

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



BVDP-Ausgabe
zum
DGPPN-Kongress
2021

Bürgerversicherung 8

Stehen die Privaten vor dem Aus?

Psychiater vor Gericht 33

Problematiken medizinisch-forensischer Gutachten

Ketamin bei Depressionen 42

Neuer Ansatz in der Psychopharmakotherapie

Mini-ICF-APP 52

Arbeitsfähigkeit psychisch Kranker beurteilen



Hier steht eine Anzeige.





»Für uns Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie hat sich einiges in Sachen Therapieoptionen getan.«

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

Die Faszination unseres Faches erleben

Schon wieder ist ein Jahr vergangen und ich präsentiere Ihnen hier die BVDP-Ausgabe des NeuroTransmitter zum DGPPN-Kongress 2021, der vom 24.–27. November in Berlin veranstaltet wird. Letztes Jahr aufgrund der COVID-19-Pandemie komplett online, findet der Kongress dieses Mal sowohl live als auch als Stream statt: ein mit Spannung erwartetes neues Format.

Was für ein Jahr liegt hinter uns! – Das zweite Jahr der Pandemie mit Schulschließungen, Lockdowns, Kontaktbeschränkungen. Insbesondere Familien und Schulkinder trugen eine hohe sozioökonomische Last. Was werden die Kinder von heute in zehn bis 20 Jahren über diese Zeit zu sagen haben?

Der Jahresanfang 2021 war sodann geprägt durch die beginnende Impfkampagne. Der knappe Impfstoff musste rationiert werden. In Deutschland wurden zuerst die besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppen in der Impfverordnung priorisiert: Für uns waren hierbei explizit die Bewohner von Alten- und Pflegeheimen und schließlich auch Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen relevant. Inzwischen sind ausreichend Impfstoffe vorhanden und die vollständige Impfquote in unserem Land ist bemerkenswert hoch: was für eine gesundheitspolitische Anstrengung und was für ein Erfolg!

Am 15. Juli 2021 ereignete sich in Rheinland-Pfalz und in Nordrhein eine historische Flutkatastrophe mit über 180 Toten. Die materiellen Schäden werden die Regionen auf Jahrzehnte prägen, die psychischen Folgen für die betroffenen Menschen und die Helfer sind auch hier noch nicht abzusehen. Diese Ereignisse und ebenso einige weltpolitische Veränderungen haben uns einmal mehr gezeigt, dass nichts bleibt, wie es ist!

Für uns Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie hat sich jedoch auch einiges in Sachen Therapieoptionen getan. Die Richtlinie des G-BA nach § 92 6b SGB V über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) wurde Anfang September verabschiedet und wir werden alles tun, um diese Versorgungsform mit Leben zu füllen. Zudem wird eine weitere G-BA-Richtlinie kontrovers diskutiert, die Vorgaben für den Personalbedarf in Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) sowie deren Auswirkungen auf die quantitative und qualitative Personalausstattung im stationären Bereich.

Beide Richtlinien und deren Ausgestaltung werden die künftige Entwicklung unseres Fachgebiets und die Versorgungssituation sowohl ambulant als auch stationär entscheidend mitbestimmen. Die Frage der künftigen psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung muss zudem stets im Zusammenhang mit der neuen Psychotherapeutenausbildung gedacht werden, die in den Startlöchern steht.

Des Weiteren stellen wir in dieser Ausgabe die neuesten Forschungsergebnisse zu Esketamin vor. Die Zukunft wird zeigen, welche depressiven Menschen von dieser doch etwas schillernden Substanz profitieren werden.

DGPPN und BVDP/BVDN haben es sich zum gemeinsamen Ziel gemacht, den Zuwachs an Psychiatern weiter zu unterstützen, denn unsere einzigartige Fachkompetenz ist unverzichtbar. Die Nachfrage wächst, bei andererseits deutlicher Tendenz zur Teilzeittätigkeit in der Medizin und immer komplexer werdenden Aufgaben. Speziell der DGPPN-Kongress, aber auch hochwertige Fortbildungen während des gesamten Jahres machen die Faszination des Faches erlebbar und sollen insbesondere junge Psychiater begeistern.

Ich wünsche Ihnen einen spannenden DGPPN-Kongress 2021 und freue mich darauf, einige von Ihnen wieder persönlich zu sehen!

Ihre



3 Editorial

Die Faszination unseres Faches erleben

Christa Roth-Sackenheim

Gesundheitspolitik

6 Nachrichten

- Genetische Untersuchungen: Versicherteninformation zum vorgeburtlichen Test auf Trisomien liegt vor
- Eingriffe an der Wirbelsäule: Anspruch auf ärztliche Zweitmeinung vor bestimmten Operationen
- Esketamin: Positive Bewertung für Akutbehandlung
- Arzneimittelrichtlinie geändert: Orale Antihypotonika bei der symptomatischen neurogenen Hypotonie
- COVID-19-Pandemie: G-BA bewertet erstmals den Zusatznutzen eines COVID-19-Arzneimittels

Christa Roth-Sackenheim

8 Stehen die Privaten vor dem Aus?

Bürgerversicherung

Christa Roth-Sackenheim

Aus den Verbänden

14 Verbandsarbeit – gestern und morgen

Entwicklung von BVDN, BDN, BVDP

Christa Roth-Sackenheim

18 „Ich war der Psychiatrie innerhalb kürzester Zeit rettungslos verfallen“

Der BVDP und seine Vorsitzende

Sabine Köhler

22 Einzigartige Informationsseite zu psychischen Erkrankungen

Neurologen und Psychiater im Netz

Jochen Lamp

26 Wie koordinierte Versorgung aussieht

Aus dem G-BA

Christa Roth-Sackenheim

29 Verbandsveranstaltungen auf dem DGPPN-Kongress 2021

Christa Roth-Sackenheim

26 Koordinierte Komplexversorgung

Der G-BA hat eine neue Richtlinie verabschiedet, die es insbesondere psychisch schwer kranken Patienten in der vertragsärztlichen Regelversorgung ermöglicht, eine strukturierte und berufsgruppenübergreifende Behandlung zu erhalten. Unter der Leitung eines Bezugsarztes oder -psychotherapeuten kann so ein Netzwerk aus Leistungserbringern verschiedener Bereiche aufgebaut werden, in dem der Versorgungsauftrag gemeinsam koordiniert und delegiert werden kann.

Wie Sie uns erreichen

Verlagsredaktion:

Dr. rer. nat. Gunter Freese

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

E-Mail: gunter.freese@springer.com

Schriftleitung:

Dr. med. Gunther Carl

Telefon: 09321 5355, Fax: 09321 8930

E-Mail: carlg@t-online.de

Aboservice:

Bei Fragen rund um Abonnement und Postbezug

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

E-Mail: leserservice@springer.com

= Dieser Beitrag ist ein Titelthema.

30 Der Alltag in der psychiatrischen Praxis wird nicht mehr sein, wie er einmal war

Demenzversorgung

Sabine Köhler

33 „Setzen Sie sich persönlich kritisch mit den Gutachten auseinander!“

Strafverfahren gegen Psychiater

Christa Roth-Sackenheim

Rund um den Beruf

38 Zusätzlicher bürokratischer Aufwand mit unzureichender Vergütung

Elektronische Patientenakte

Christa Roth-Sackenheim

40 Arbeitsunfähigkeit passgenau zur Kündigung kann angefochten werden

Jörg Hohmann

Fortbildung

42 Ketamin in der Behandlung depressiver Störungen Psychopharmakotherapie

Constantin Volkmann und Philipp Sterzer

48 Depression bei Parkinson

Psychiatrische Kasuistik

Francesca Regen

52 CME Mini-ICF-APP – Operationalisierung psychischer Funktionseinschränkungen

Markus Weih, Michael Linden, Beate Muschalla

59 CME Fragebogen

Journal

64 PSYCHOPATHOLOGIE IN KUNST & LITERATUR

Julian Barnes „Der Mann im roten Rock“

Gerhard Köpf

68 NEUROTRANSMITTER-GALERIE

Chaim Machlev: Unter die Haut

Angelika Otto

17 Buch-Tipp

41 Kleinanzeigen

62 Pharmaforum

70 Termine

71 Verbandsservice

75 Impressum/Vorschau



52 Psychische Funktionseinschränkungen

Die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit und der Erwerbsminderung ist gerade bei psychischen Erkrankungen von großer Bedeutung. Ein Instrument zur Erfassung und Quantifizierung von kontextadjustierten Fähigkeitsbeeinträchtigungen, das sich in der Praxis bewährt hat und auch in Leitlinien Erwähnung findet, ist das Mini-ICF-APP. Es beschreibt 13 wichtige Fähigkeitsdimensionen, die bei psychischen Störungen beeinträchtigt sein können. Dabei werden Operationalisierungen und Beurteilungsanweisungen vorgegeben, die eine valide sozialmedizinische Einschätzung erlauben.



Titelbild (Ausschnitt): „Stencil Collage“ von Chaim Machlev. Lesen Sie mehr in der „Galerie“ auf Seite 68.

Gesundheitspolitik

GENETISCHE UNTERSUCHUNGEN

Versicherteninformation zum vorgeburtlichen Test auf Trisomien liegt vor

➔ Nach einem Beschluss des G-BA vom 19. August 2021 soll die Versicherteninformation zum vorgeburtlichen Test auf Trisomien künftig verpflichtend als fester Bestandteil der ärztlichen Aufklärung und Beratung von Schwangeren in begründeten Einzelfällen zum Einsatz kommen. Die Frauen sollen gut informiert gemeinsam mit ihrem Arzt darüber entscheiden, ob sie in ihrer individuellen Situation einen nichtinvasiven Pränataltest (NIPT) auf die Trisomien 13, 18 oder 21 durchführen wollen.

Voraussichtlich ab Frühjahr 2022 können der Bluttest in begründeten Einzelfällen und nach ärztlicher Beratung als neue Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung und die Versicherteninformation eingesetzt werden.

Der Bluttest ist seit 2012 zugelassen, wurde bisher auf eigene Kosten genutzt und kann gegenüber den seit den 1970er-Jahren zum Leistungskatalog der Krankenkassen gehörenden invasiven Untersuchungen keine Fehlgeburten auslösen.

Das Blut einer Schwangeren enthält ab der zehnten Woche ausreichend Erbgut des ungeborenen Kindes, um es genetisch zu untersuchen und so die Wahrscheinlichkeit

für eine Trisomie zu bestimmen. Entsprechend des Gendiagnostikgesetzes müssen speziell geschulte Ärzte die Schwangere über die Bedeutung und die Tragweite von genetischen Untersuchungen aufklären und beraten.

Ausdrücklich wird in der Versicherteninformation des G-BA darauf hingewiesen, dass die Untersuchungen freiwillig sind. Es wird erklärt, was Trisomien sind, wie häufig sie auftreten, was bei der genetischen Untersuchung gemacht wird und wie die Ergebnisse zu verstehen sind. Ebenso wird ausgeführt, welche Optionen Schwangere haben, sollte ein auffälliges Testergebnis durch eine abklärende Untersuchung bestätigt werden. Hier nimmt die neue Versicherteninformation Bezug auf das Schwangerschaftskonfliktgesetz. Danach sind Schwangerschaftsabbrüche verboten, allein weil das Kind behindert ist. Erlaubt sind Schwangerschaftsabbrüche allerdings, um eine schwere Beeinträchtigung der körperlichen oder seelischen Gesundheit der schwangeren Frau zu verhindern.

Nach dem Inkrafttreten des G-BA-Beschlusses verhandeln Krankenkassen und Ärzte im Bewertungsausschuss über eine Abrech-

nungsziffer für den Test und die Beratungsleistung. Dafür haben sie maximal sechs Monate Zeit. Liegt die Abrechnungsziffer vor, kann die neue Leistung für gesetzlich versicherte Frauen erbracht und abgerechnet werden.

Kommentar: Aus psychiatrischer Sicht ist der Anspruch von schwangeren Frauen auf einen Bluttest auf Trisomien ganz klar zu befürworten. Letztlich erfordert er jedoch von der Schwangeren eine Entscheidung darüber, ob sie ihn durchführen lässt oder nicht. Um die Frauen hier gut beraten zu können, sollten Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie diese Möglichkeit kennen und darüber aufklären können, was der Bluttest kann und was nicht, um gegebenenfalls mit der Patientin zur Weiterleitung in eine humangenetische Beratung zu kommen. In einem nächsten Schritt muss die Schwangere entscheiden, wie sie mit einem unter Umständen positiven Testergebnis umgehen wird. Wenn unsere Patientinnen sich mit dieser Frage beschäftigen müssen, ist jeweils das Vorliegen der entsprechenden psychischen Erkrankung mit in die Beratung einzubeziehen. Das können nur wir Psychiater.

EINGRIFFE AN DER WIRBELSÄULE

Anspruch auf ärztliche Zweitmeinung vor bestimmten Operationen

➔ Am 16. September 2021 hat der G-BA beschlossen, dass Patienten vor bestimmten planbaren operativen Eingriffen an der Wirbelsäule künftig Anspruch auf eine ärztliche Zweitmeinung haben. Zu den Operationen, für die das Zweitmeinungsverfahren greift, zählen Osteosynthese, Spondylodese, Dekompression, Facettenoperationen, Verfahren zum Einbringen von Material in einen Wirbelkörper, Bandscheibenexzision und -endoprothese. Zweitmeinungsberechtigte Fachrichtungen sind:

- Orthopädie und Unfallchirurgie,
 - Orthopädie,
 - Chirurgie mit der Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie,
 - Neurochirurgie,
 - Physikalische und Rehabilitative Medizin,
 - Neurologie,
 - Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Anästhesiologie (jeweils mit Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“).
- Versicherte werden zweitmeinungsberechtigte Ärzte über die Website des ärztlichen

Bereitschaftsdienstes (www.116117.de/ zweitmeinung) finden können.

Kommentar: Aus neurologisch-psychiatrischer Sicht ist das Zweitmeinungsverfahren sehr zu begrüßen. Auch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie werden häufig von Patienten mit dieser Fragestellung aufgesucht. Diese können nun über das Zweitmeinungsverfahren informiert und gegebenenfalls an einen Neurologen/Doppelfacharzt in ihrem regionalen Netzwerk weitergeleitet werden.

DEPRESSION

Esketamin: Positive Bewertung für Akutbehandlung

➔ Am 19. August 2021 hat der G-BA dem Arzneimittel Spravato® (Wirkstoff Esketamin als Nasenspray) einen Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen bescheinigt, wenn es für die akute Kurzzeitbehandlung von Erwachsenen mit Depressionen bei einer mittelgradigen bis schweren Episode zusammen mit einem Antidepressivum eingesetzt wird.

Mit Esketamin ist seit wenigen Monaten erstmals ein Wirkstoff auf dem Markt, der speziell für einen psychiatrischen Notfall in einer Depression entwickelt wurde. Laut Studien verbesserte sich bei Patienten, die im Vergleich zu den bislang zur Verfügung stehenden Maßnahmen der Notfallintervention Esketamin anwandten, die allgemeine depressive Symptomatik. Nicht be-

legt werden konnte, dass das Arzneimittel die Suizidalität beeinflusst.

Kein Zusatznutzen wurde vom G-BA hingegen festgestellt, wenn Esketamin bei Erwachsenen mit einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode eingesetzt werden sollte, die bisher nicht auf mindestens zwei verschiedene Antidepressiva-Therapien angesprochen hat. Hier fehlte es an Studien, die Esketamin der zweckmäßigen Vergleichstherapie gegenüberstellen. Da der pharmazeutische Unternehmer derzeit eine weitere Studie mit dem Wirkstoff Esketamin durchführt und daraus mögliche relevante klinische Daten für die Bewertung des Zusatznutzens zu erwarten sind, hat der G-BA seinen Beschluss bis zum 15. Juni 2023 befristet.



Gesundheitspolitische Nachrichten kommentiert von

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

***Kommentar:** Der Wirkstoff Esketamin ist einer der wenigen Hoffnungsträger in der Behandlung von Depressionen. Bei der erwähnten erneuten Studie handelt es sich um die ESCAPE-TRD-Studie, eine randomisierte, doppelblinde, aktiv kontrollierte, internationale multizentrische Studie. Hierzu werden derzeit noch Patienten gesucht.*

ÄNDERUNG DER ARZNEIMITTELRICHTLINIE

Orale Antihypotonika bei der symptomatischen neurogenen Hypotonie

➔ Orale Antihypotonika sind von der Verordnung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen (Anlage III der Arzneimittelrichtlinie, Punkt 16). In einem Beschluss vom 17. Juni 2021 hat der G-BA die Verordnung der Substanzen bei der symptomatischen neurogenen Hypoto-

nie zugelassen, wenn andere Maßnahmen nicht ausreichend sind. Die Arzneimittelrichtlinie ist entsprechend geändert.

***Kommentar:** Es ist ausdrücklich zu begrüßen, dass das Vorliegen einer neurogen verursachten orthostatischen Hypotonie nun zur Verord-*

nung von Antihypotonika zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung führen kann. Diese Form der Hypotonie lässt sich exakt diagnostizieren und die Behandlung ist essenziell, da sie häufig zu Stürzen und weiteren Verletzungen bis hin zu Pflegebedürftigkeit und Invalidisierung führen kann.

COVID-19-PANDEMIE

G-BA bewertet erstmals den Zusatznutzen eines COVID-19-Arzneimittels

➔ Nach einem Beschluss zur Nutzenbewertung des G-BA vom 16. September 2021 können Erwachsene COVID-Patienten, deren Lungenentzündung noch nicht sehr schwer ist, von einer Behandlung mit Remdesivir profitieren. Aufgrund von Unsicherheiten bei den angewendeten Therapieal-

ternativen und der teils heterogenen Studienlage wird das Ausmaß des Zusatznutzens allerdings nur als gering eingestuft. Für schwerer erkrankte Erwachsene sowie Jugendliche zwischen zwölf und 18 Jahren konnte der G-BA keinen Zusatznutzen feststellen.

***Kommentar:** Hier handelt es sich um eine wichtige Information für die Praxis, da ein wesentlicher Bestandteil der Patientengespräche in psychiatrischen Praxen sich derzeit um Informationen zur Angstbewältigung im Rahmen von COVID-19-Infektionen und deren Behandlung dreht.*

Bürgerversicherung

Stehen die Privaten vor dem Aus?

Das Konzept der Bürgerversicherung geistert seit Jahren immer pünktlich zu Landtags- oder Bundestagswahlen durch die Presse und die Talkshows. Für die einen ist sie des Teufels, für die anderen ein Heilsbringer. „Eine Gerechtigkeitslücke wird geschlossen“, das Gesundheitssystem werde endlich „solidarischer“, „das Ende der Zwei-Klassen-Medizin“ sei in Sicht, heißt es in den Diskussionen. Ein Webinar mit Politikern und Vertretern des Versicherungswesens bringt neue Erkenntnisse.

Apobank und WISO Consult haben am 3. September 2021 ein hochkarätig besetztes Webinar mit dem Titel „GKV & PKV versus Bürgerversicherung – gute Gesundheit gut finanzieren. Was sagen die Parteien?“ veranstaltet. Rede und Antwort zu diesem Thema standen zum einen die politischen Akteure Erwin Rüdell (MdB, CDU, Vorsitzender des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestags), Hilde Matheis (MdB, SPD, Mitglied des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bun-

destags) und Prof. Dr. Armin Grau (Direktkandidat für Bündnis 90/Die Grünen im Kreis Ludwigshafen). Auch die Perspektive von Mitgliedern des Versicherungswesens ist in diesem Zusammenhang äußerst wertvoll. So nahmen auch Andreas Storm, Vorstandsvorsitzender der DAK Gesundheit, und Dr. Florian Reuther, Direktor des Verbands der Privaten Krankenversicherung e. V., an der Diskussion teil. Die Moderation übernahm Prof. Dr. Andreas Beivers, Professor für VWL und Studiendekan

für Gesundheitsökonomie an der Hochschule Fresenius in München. Zu Beginn gab Beivers einen Überblick zu den beiden Finanzierungsmodellen gesetzliche und private Krankenversicherung (GKV und PKV) aus volkswirtschaftlicher Perspektive (**Abb. 1**).

Status Quo der deutschen Versicherungslandschaft

Derzeit existieren GKV und PKV nebeneinander. Gesetzlich Versicherte können Leistungen, die von der GKV



Ist die Zeit für die PKV abgelaufen? Sind die Verfechter der Bürgerversicherung lediglich hinter einem Teil des großen Kuchens der Alterungsrücklagen Privatversicherter her? Eine Diskussion über die Versicherungslandschaft von morgen soll Klarheit schaffen.

nicht übernommen werden, mittels einer Zusatzversicherung abdecken (z. B. Brillen oder Zahnersatz). Das Verhältnis der Versicherten in GKV und PKV beträgt etwa 9:1. (73.052.555 GKV-Versicherte vs. 8.731.100 PKV-Versicherte).

Die Beitragsbemessungsgrenze, also der Höchstbetrag, der für die Berechnung der Sozialabgaben der gesetzlichen Versicherungen gilt, lag 2021 bei 58.050 €. Das bedeutet, wer mehr verdient, muss nicht mehr Sozialabgaben zahlen. Die Versicherungspflichtgrenze – der Betrag, ab dem die Pflichtversicherung in der GKV und der Pflegeversicherung entfällt oder anders ausgedrückt, das Jahreseinkommen, ab dem ein Übertritt in die Privatversicherung möglich wird – lag 2021 bei 64.350 €. Über sechs Millionen Versicherte haben sich in diesem Fall freiwillig gesetzlich versichert.

Es gibt eine regelmäßige Wechselbewegung zwischen GKV und PKV. So haben 2019 146.800 Personen von der gesetzlichen in die private Krankenversicherung gewechselt, in die umgekehrte Richtung 129.000 Personen. In Summe verzeichnete die PKV einen Zuwachs von 17.800 Versicherten.

16 Millionen Deutsche sind als Familienversicherte kostenlos in der GKV mitversichert. Dieses Modell existiert in der PKV nicht, hier müssen zum Beispiel auch Kinder gesondert versichert werden.

In der GKV zahlen Arbeitnehmer und Arbeitgeber paritätisch, unabhängig vom individuellen Krankheitsgeschehen, ein. Die Versicherungsgemeinschaft zahlt die anfallenden Krankheitskosten. Da es gesetzliche Krankenkassen gibt, die viele Mitglieder mit „schlechten Risiken“ haben, wurde 2009 mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz der Gesundheitsfonds eingeführt (Abb. 2). In ihn fließen die Beiträge der Mitglieder, der Arbeitgeber, der anderen Sozialversicherungsträger sowie ein Bundeszuschuss ein. Aus dem Fonds erhalten die Krankenkassen die Mittel, die sie benötigen, um die Leistungen für ihre Versicherten zu finanzieren. Die Zuwendungen an die Krankenkassen werden nach dem sogenannten Risikostrukturausgleich berechnet.

Die PKV beruht dagegen auf dem Individualisierungsprinzip. Die Versiche-

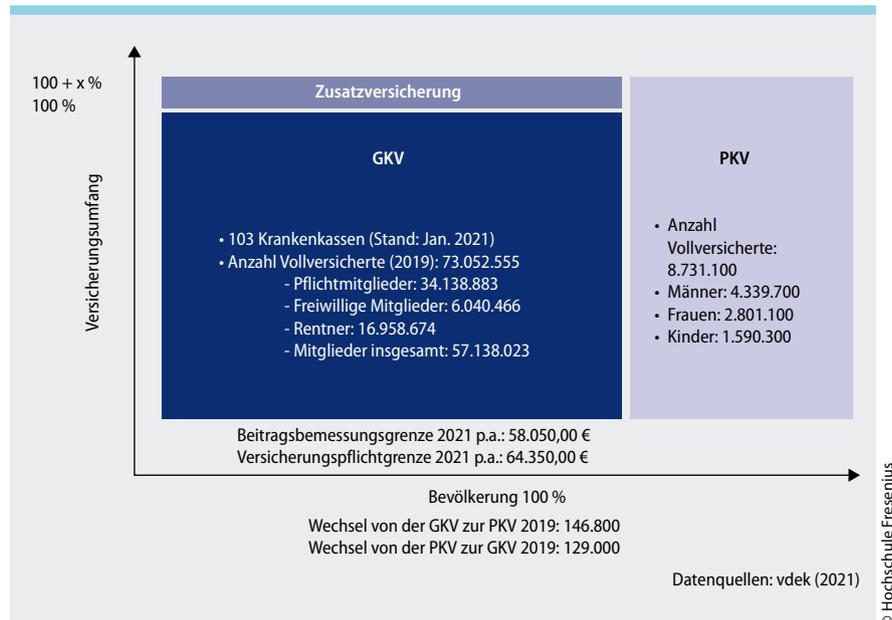


Abb. 1: Schema der aktuellen Aufteilung in PKV und GKV mit Versicherungsstatistik

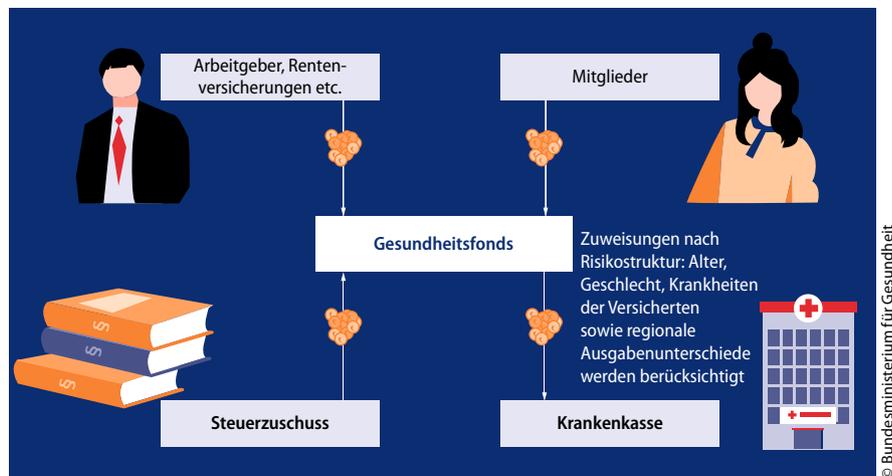


Abb. 2: Gesundheitsfonds zur Finanzierung der Versicherungsleistungen in der GKV

rungsbeiträge errechnen sich aus Eintrittsalter, Gesundheitszustand und Tarifleistungen. Alterungsrückstellungen halten die Beiträge stabil. Versicherte werden mit Beitragsrückerstattungen am Erfolg des Versicherungsunternehmens beteiligt.

Des Weiteren gibt es das Instrument der Beihilfe, also die finanzielle Unterstützung von deutschen Beamten, Soldaten und Berufsrichtern. Auch die Kinder und Ehepartner der Beamten erhalten Beihilfe, falls diese nicht sozialversicherungspflichtig sind. In der Regel sind

diese Berufsgruppen zusätzlich zur Beihilfe privat versichert.

In der PKV sammeln die Versicherten durch ihre Beiträge einen individuellen Betrag an, der quasi wie ein Sparkonto ihre späteren Gesundheitskosten abdecken soll. Dabei wird in jungen Jahren mehr eingezahlt als es versicherungswirtschaftlich für krankheitsbedingte Kosten erforderlich ist, um die Alterungsrückstellungen zu bilden. Das Geld wird vom Versicherungsunternehmen angelegt. Die Höhe dieser Rücklagen beträgt aktuell etwa 235 Milliarden €.

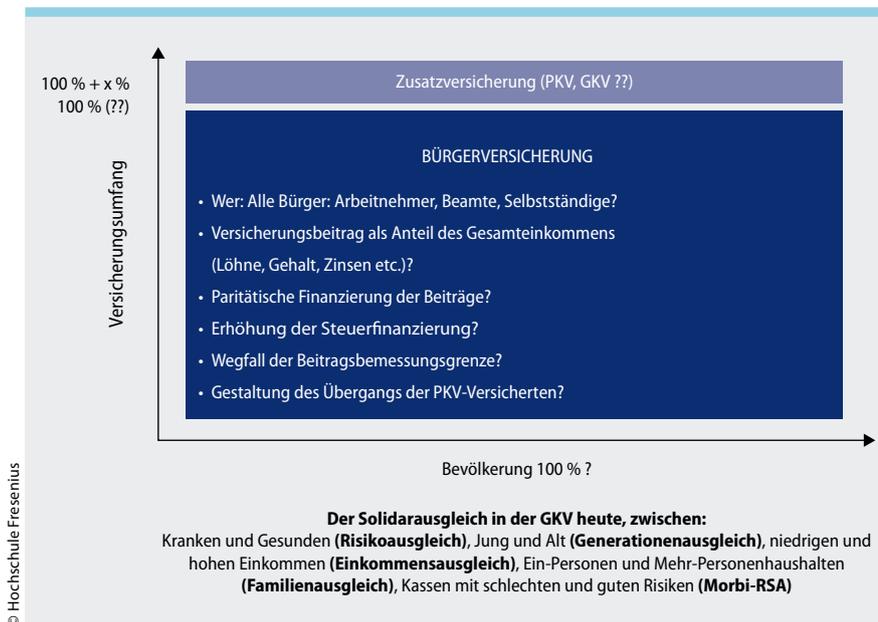


Abb. 3: Ideen einer Bürgerversicherung mit ungeklärten Fragen

Alles neu macht die Bürgerversicherung?

Mit der Bürgerversicherung soll nun eine Krankenversicherung geschaffen werden, in die alle Bürger, also Arbeitnehmer, Beamte und Selbstständige einen Anteil ihres Gesamteinkommens einzahlen. Das heißt, als Einkommen zählt nicht nur das Erwerbseinkommen, sondern auch Einkünfte etwa aus Vermietung oder Geldanlagen (Abb. 3). Einige Politiker fordern, dass die 235 Milliarden € der PKV-Alterungsrückstellungen in die Bürgerversicherung überführt werden sollen.

Einstellung der SPD

Hilde Matheis berichtete, die SPD habe bereits seit 2003 die Absicht, eine Bürgerversicherung einzuführen, da diese gerechter als das aktuelle System sei: alle zahlen ein und alle Einkommensarten zählen dazu. Diese solidarische Finanzierung werde „von der Bevölkerung erwartet“. Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens sei stark vorangeschritten, der Solidargedanke ausgehöhlt. Zum Vorwurf der „Zwangsversicherung“ sei gesagt, dass es diese bereits im Mittelalter gab: Das Zunftwesen sicherte seine Mitglieder gegen Krankheit und deren Familien im Todesfall des Mitglieds ab.

Die Länder Brandenburg, Bremen, Hamburg und Thüringen hätten ihren Beamten den Weg in die GKV bereits ebnet, so Matheis. Es solle im Übergang ein Wahlrecht für die Bürger geben, sich der gewünschten Versicherungsart anzuschließen. Die Honorarabrechnungen für die Behandlung von privat und gesetzlich versicherten Patienten sollen einander angeglichen werden. Die Beitragsbemessungsgrenze werde an die der Deutschen Rentenversicherung (DRV) angepasst. Es solle mehr Steuerfinanzierung für Investitionen und Innovationen geben, der Zusatzbeitrag werde abgeschafft und eine vollständige Parität zwischen Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteil gewährleistet.

Auch die Pflegeversicherung solle in die Bürgerversicherung eingefädelt werden. Die Ärzteschaft müsste aus ihrer Sicht keinen Einkommensverlust fürchten, sie würden ja „bereits sechsstellig verdienen und müssten schon jetzt nicht am Hungertuch nagen“.

Meinung der CDU

Die Idee der Bürgerversicherung sei ideologisch geprägt, sie könne nur mit einer rot-rot-grünen Regierung umgesetzt werden, so Erwin Rüdell. Die CDU stehe für ein solches Konzept nicht zur Verfügung. Die Bürgerversicherung be-

deute eine schlechtere Versorgung und mehr Staatsmedizin. Es sei doch bekannt, dass das Gesundheitswesen in allen Ländern, in denen es staatsmedizinische Strukturen gebe, schlechter sei als das deutsche. Sollte man die Bürgerversicherung umsetzen wollen, wären sehr große Herausforderungen zu meistern. Bei einer Systemumstellung diesen Ausmaßes würde es mindestens zwei Wahlperioden dauern, die Strukturen entsprechend zu ändern.

Letztlich werde die Gesundheitsversorgung mit der Bürgerversicherung für alle teurer. Medizinische Innovation komme überdurchschnittlich häufig über die PKV ins System. Rüdell unterstellte den Vertretern der Bürgerversicherung, dass es ihnen darum gehe, „an das Geld der PKV-Versicherten zu kommen“. Auch hätten die Beamten in den genannten Bundesländern keinen Ansturm auf die GKV unternommen, das sei offensichtlich ein Flop gewesen. Es gebe derzeit angesichts der Pandemie mehr Ausgabebedarf bei leeren Kassen. Er würde die PKV gerne stärken, indem er sie mit demselben Handwerkszeug ausstattet, über das auch die GKV verfügt. Laut EU-Rechtsprechung könne die PKV nicht generell verboten werden, sie könne aber verpflichtet werden, einen Bürgerversicherungstarif anzubieten.

Abgesehen von der Bürgerversicherung bestünden bei CDU und SPD keine großen Unterschiede in ihren gesundheitspolitischen Forderungen: Es brauche dringend eine umfassende Krankenhausreform mit einer Umstrukturierung der Finanzierung. Die Länder kämen ihren Verpflichtungen zur Finanzierung der Krankenhäuser und der Pflege bereits seit Jahrzehnten nicht nach. Darüber hinaus sei ein Schub in der Digitalisierung unabdingbar, was eine differenzierte Diskussion über den Datenschutz erforderte.

Statement von Bündnis 90/Die Grünen

Nach Armin Grau ist die PKV unsolidarisch. Viele Leistungen seien in der PKV schlechter, wie die Psychotherapie, REHA-Leistungen und die Pflege. Viele Privatversicherte hätten im Alter Probleme, den Beitrag zu stemmen. Die GKV-Mitglieder könnten dagegen zwar jetzt

Hier steht eine Anzeige.



schon ihre gesetzlichen Kassen wechseln, erhielten aber zu wenig Information über die Leistungen der verschiedenen Anbieter. Sowohl die GKV als auch die PKV sollte zu mehr Transparenz verpflichtet werden. Der PKV-Ombudsmann sollte gestärkt werden.

Die Vorstellungen der Grünen zur Bürgerversicherung unterschieden sich von denen der SPD. Alle sollten in den Gesundheitsfonds einzahlen und erhielten dann einen Zuschuss für die Krankenkassenprämie. Im zweiten Schritt wollte man einführen, dass jeder ab Geburt versichert sei. Alle Einkommensanteile würden hinzugezogen, allerdings sollte es Freibeträge für kleinere Kapitaleinkünfte geben, um die private Altersvorsorge nicht zu gefährden. Die PKV sollte fortbestehen. Die Beitragsrückstellungen der PKV können in die GKV mitgenommen werden.

Die Sicht des Versicherungswesens

Andreas Storm von der DAK erinnerte daran, dass die Bürgerversicherung nun schon seit einiger Zeit bei jeder Bundestagswahl diskutiert werde. Etwas sei diesmal jedoch entscheidend anders: Elemente der Bürgerversicherung würden sowohl von der SPD als auch von den Grünen vorgetragen und mindestens eine dieser Parteien werde höchstwahrscheinlich an der nächsten Regierung beteiligt sein. Er glaube auch, dass die Bürgerversicherung nicht rasch umzusetzen sei, deshalb stelle sich für ihn die Frage, welches Vorgehen auf kurzfristige Sicht praktikabel wäre. Er vermute, dass die Pflegeversicherung als Pilotprojekt für die Bürgerversicherung erhalten könne. Das sei deshalb interessant, weil hier ein einheitlicher Leistungskatalog bestünde.

Die von Grau vorgestellte zweite Phase beinhalte bereits die Einbeziehung der Privatversicherten in die GKV. Der Grundgedanke, dass alle Neugeborenen hier künftig eingeschlossen wären, wäre ebenfalls schnell zu realisieren. Storm glaube, es müsse nicht auf eine Entwerder-oder-Lösung hinauslaufen. Realistisch sei für ihn, dass Elemente der Bürgerversicherung nach und nach im System etabliert würden.

Florian Reuther vom PKV-Verband glaube keinesfalls an ein nahendes Ende

der PKV. Er sehe auch nicht, dass die PKV unsolidarisch sei, sie sei einfach anders aufgebaut. Sollte eine Bürgerversicherung eingeführt werden, würden insbesondere Rentner, die privat vorgesorgt haben, zur Kasse gebeten. Er könne sich gut vorstellen, dass die enorme Summe von 235 Milliarden € Alterungsrückstellungen der Versicherten in der PKV enorme Begehrlichkeiten weckten. Das sei aber das Geld der Versicherten, diese könnten nicht im Handstreich enteignet werden.

Es werde auch in einer Welt der Bürgerversicherung viele Gründe geben, eine private Versicherung abzuschließen, da anzunehmen sei, dass der Leistungskatalog in einer Bürgerversicherung geringer werde als aktuell. Des Weiteren seien die Forderungen der PKV denen der GKV in vielen Punkten ähnlich. Es brauche einen Schub in der Digitalisierung: „Wie kommen wir weg vom Fax?“ Auch die Krankenhausfinanzierung müsse aus Rheuters Sicht dringend reformiert werden.

Bewertung und Fazit für die Praxis

Die Politik muss in den nächsten Jahren unbedingt eine neue Finanzierungsgrundlage im Gesundheitswesen schaffen, sowohl für die vertragsärztliche als auch die stationäre Versorgung. Insbesondere Letztere gilt als defizitär. Die gesetzlichen Krankenkassen beklagen Milliardenverluste und führen als Begründung in erster Linie die Pandemie an, was nicht ganz glaubhaft ist, da der Bund die Hauptlast der Pandemiekosten getragen hat (Bettenfreihaltepauschale, Kurzarbeitergeld etc.). Letztlich kranken die gesetzlichen Krankenkassen auch an der Explosion von sogenannten versicherungsfremden Leistungen, wie zuletzt dem Kinderkrankengeld.

Ein vorrangiges gesundheitspolitisches Ziel ist die Ambulantisierung. Dies wird in der Regel in der Politik als Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung verstanden, nicht als Stärkung des vertragsärztlichen Sektors. Die Ambulantisierung in dieser Lesart hat zum Ziel, eine Kostendämpfung im Krankenhaussektor zu etablieren.

Eine Bürgerversicherung oder einzelne Elemente einer Bürgerversicherung würden, so glauben die Verfechter dieser These, die Finanzierungsgrundlage auf eine brei-

tere Basis stellen. Unübersehbar ist jedoch der Versuch, die Summe von 235 Milliarden € Altersrückstellungen in der PKV in eine künftige Bürgerversicherung zu überführen. Hier bestehen allerdings hohe rechtliche Hürden. Dies wird nicht dauerhaft die Finanzierungsgrundlage der GKV sichern können, betragen doch die Gesamtjahresausgaben der GKV fast die gleiche Summe. Ein sehr wahrscheinliches Szenario ist, dass bei einer Bürgerversicherung letztlich mehr gesundheitliche Risiken aus dem Leistungskatalog der GKV gestrichen und in die private Absicherung überführt werden sollen. Dies gibt aber keiner der Verfechter zu. Aus meiner Sicht würde das eine Zwei-Klassen-Medizin noch verstärken.

Ideologisch wird eine Neiddebatte geführt. Insbesondere das Argument von Matheis, die Ökonomisierung im Gesundheitswesen sei stark fortgeschritten und habe zur Aushöhlung des Solidarprinzips geführt, erstaunt angesichts des von der SPD unter der Gesundheitsministerin Ulla Schmidt eingeführten Wettbewerbs im Gesundheitswesen.

Wir wissen als Vertragsärzte, dass es negative Auswüchse durch gewinnorientierte Kapitalgesellschaften in der Gesundheitsversorgung gibt. Diese treten jedoch fast überwiegend im stationären Bereich auf. Letztlich werden wir uns als Vertragsärzte auf politisch gewollte Einschnitte in der Freiberuflichkeit, in der ärztlichen Selbstverwaltung sowie sehr wahrscheinlich auch in der Therapiefreiheit einstellen müssen. Deshalb – aber nicht nur – sind starke Berufsverbände wichtig!

AUTORIN

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim

Vorsitzende des BVDP
 Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie,
 Psychotherapie,
 Psychotherapeutische
 Medizin
 Breite Straße 63
 56626 Andernach

E-Mail: C@Dr-Roth-Sackenheim.de



Hier steht eine Anzeige.



Aus den Verbänden

Entwicklung von BVDN, BDN, BVDP

Verbandsarbeit – gestern und morgen

Kein anderes medizinisches Gebiet hat in den letzten Jahrzehnten so rasante Fortschritte gemacht und wird sich auch künftig immer weiterentwickeln müssen wie die Fächer Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie. Wie verlief die Evolution unserer Fachgebiete bis heute und wie können wir die Zukunft der Verbände sichern?

Zu den Zeiten der Psychiatrie-Enquête in den 1970er-Jahren waren in Deutschland etwa 1.000 vertragsärztlich Nervenärzte tätig. Die Weiterbildung zum Arzt für Nervenheilkunde oder für Neurologie und Psychiatrie dauerte fünf Jahre mit einer Mindestdauer von zwei Jahren in jedem Fach.

Es gab bereits die Weiterbildung in den Gebieten Neurologie und Psychiatrie, die vier Jahre dauerte, davon wurde jeweils ein Jahr im Komplementärfach

absolviert. Im vertragsärztlichen Bereich war allerdings die weit überwiegende Anzahl von Kollegen in der Nervenheilkunde beziehungsweise nervenärztlich ausgebildet. In der Welt der Vertragsärzte gab es noch keine Bedarfsplanung, keine Niederlassungsbeschränkung, kein Budget und keine Regelleistungsvolumina.

Die stationäre und ambulante psychiatrische Versorgung umfasste in der Regel keine psychotherapeutische Behand-

lung. Wollten sich Psychiater psychotherapeutische Expertise aneignen, mussten sie den Zusatztitel Psychotherapie oder Psychoanalyse erwerben.

Die Sozialpsychiatrie erlebte in der Schizophreniebehandlung eine Blütezeit, sowohl stationär als auch ambulant. Daneben waren Depressionen und Bipolare Störungen die Hauptbehandlungsfelder, ebenso hirnrorganische beziehungsweise demenzielle Erkrankungen. Persönlichkeitsstörungen galten eher als nicht behandelbar und es gab noch das Neurosenkonzept in der psychotherapeutischen Behandlung – letztlich beäugte die Psychiatrie die Psychotherapie und insbesondere die Psychoanalyse recht skeptisch.

Die ganze Entität der Psychotraumatologie war noch nicht etabliert. Es gab keine Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Die Richtlinienpsychotherapie war noch im Delegations- und Erstattungsverfahren für Psychologische Psychotherapeuten geregelt. Immerhin war die Richtlinienpsychotherapie schon seit 1967 als Leistung der gesetzlichen und privaten Krankenkassen verankert.

Umstrukturierung der Großinstitutionen in den 80ern

In den 1980er-Jahren wuchs die Zahl der vertragsärztlich tätigen Nervenärzte langsam aber stetig an. Die Psychiatrie-Enquête wurde nach und nach umgesetzt, die psychiatrischen Großkrankenhäuser erlebten einen deutlichen Struk-



© peshkov / stock.adobe.com

Wir blicken auf eine bewegte Vergangenheit zurück – damit die Verbände in die Zukunft durchstarten können, setzen wir unter anderem auf digitale Angebote.

a			b			c				
Mitgliederentwicklung gesamt			Mitgliederentwicklung pro Verband			Anteil Senioren				
Jahr	BVDN/BDN/BVDP	Senioren	Jahr	BVDN	BDN	BVDP	Jahr	BVDN	BDN	BVDP
	-15 %	+53 %		-22 %	+35 %	+58 %		15,1 %	1,9 %	3,7 %
2011	3.061	231	2011	2.701	599	377	2011	225	6	0
2012	3.003	261	2012	2.661	605	487	2012	252	6	3
2013	2.933	276	2013	2.597	619	505	2013	167	6	3
2014	2.865	300	2014	2.533	637	503	2014	288	8	4
2015	2.797	320	2015	2.464	641	511	2015	306	8	6
2016	2.749	336	2016	2.410	653	525	2016	322	7	7
2017	2.674	341	2017	2.319	673	530	2017	322	11	8
2018	2.691	351	2018	2.297	707	536	2018	332	10	9
2019	2.678	346	2019	2.244	755	552	2019	321	11	14
2020	2.568	357	2020	2.082	752	596	2020	319	16	22
2021	2.599	354	2021	2.096	812	597	2021	316	16	22

© BVDN, BDN, BVDP

Abb. 1: Entwicklung der Verbände in den letzten zehn Jahren. (a) Gesamte Mitgliederentwicklung und Seniorenanteil von BVDN, BDN und BVDP (b) Mitgliederentwicklung pro Verband, unabhängig von Doppel- oder Dreifachmitgliedschaften (c) Seniorenanteil pro Verband

turwandel. Es wurden etwa die Hälfte der stationären Betten in den Landeskrankenhäusern abgebaut und neue Strukturen, wie psychiatrische Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern oder Tageskliniken, etabliert. Die Gemeindepneumologie wurde ausgebaut, um wohnortnahe Angebote zu schaffen.

Auch die Psychotherapie entwickelte sich weiter. Die berufsständigen Organisationen der Psychologischen Psychotherapeuten begannen ihr Ziel eines Psychotherapeutengesetzes zu verfolgen, das Delegationsverfahren und Erstattungspsychotherapie ablösen sollte.

Die Ärzteschaft, beziehungsweise die ärztlichen Psychotherapeuten, diskutierten, wie sie mit dieser Entwicklung Schritt halten könnten. Es sollte verhindert werden, dass die Psychotherapie aus der Medizin herausgelöst und als alleiniges Gebiet der Psychologischen Psychotherapeuten angesehen werden würde. Insofern entstanden in den 1980er-Jahren Konzepte für eine Facharztlösung in der Psychotherapie.

Neue Weiterbildungsordnung und Kostendämpfung in den 90ern

Die 1990er-Jahre brachten im deutschen Gesundheitswesen mehrere nachhaltige Änderungen: Der Deutsche Ärztetag 1992 beschloss eine weitreichende Änderung der Weiterbildungsordnung. Der Nervenarzt alter Weiterbildungsordnung wurde abgeschafft. Die neue Gebietsbezeichnung Facharzt für Psychotherapeutische Medizin wurde geschaffen. Hier galt eine fünfjährige Übergangsfrist, sodass alle Ärzte, die bereits einen Zusatztitel Psychotherapie oder Psychoanalyse erhalten hatten und eine gewisse Anzahl an genehmigten Psychotherapieanträgen vorweisen konnten, diesen Facharzttitel erwerben konnten.

Mit der Abschaffung des Nervenarztes alter Weiterbildungsordnung wurden die Gebiete Neurologie und Psychiatrie aufgewertet. Die Weiterbildung war nun in fünf Jahren zu absolvieren, wobei jeweils ein Jahr im Komplementärfach abgeleistet wurde. Die Gesamt-Weiterbildungszeit für Doppelfachärzte, also

„Nervenärzte neuer Weiterbildungsordnung“, betrug acht Jahre.

In der Weiterbildungsordnung der Psychiater wurde die gesamte Psychotherapie integriert, sodass Absolventen seit 1992 als „Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie“ betitelt werden.

Die 1990er-Jahre waren die Zeit der Kostendämpfungsgesetze im Gesundheitswesen. Bereits in den 80ern war von einer „Ärztenschwemme“ die Rede. 1995 wurde die Bedarfsplanung eingeführt, weitere Honorarbegrenzungsmaßnahmen wurden etabliert.

1998 wurde schließlich nach mehreren Anläufen das Psychotherapeutengesetz umgesetzt. Die Psychotherapeutenkammern wurden aufgebaut. Psychologische Psychotherapeuten erhielten ein Erstzuzugangsrecht.

Wie haben unsere Verbände diese Entwicklung bisher begleitet?

Den früheren Vorständen des BVDN war die beschriebene Entwicklung sehr bewusst. Es wurden deshalb Schritte für

Altersstruktur im BVDN

- 2.600 Mitglieder
- 1.440 Angabe des Geburtsdatums
- 21 Mitglieder U40
- 109 Mitglieder U50
- 531 Mitglieder U60
- 779 Mitglieder Ü60

Schritt konzeptuelle Vorbereitungen getroffen, die erforderlichen Strukturen zu schaffen, um diese voraussehbare Entwicklung so vorbereiten und anbahnen zu können, dass die berufspolitische Vertretung zu jeder Zeit so schlagkräftig für die sich ändernde Zielgruppe auftreten konnte, wie es der jeweilige Entwicklungsstatus verlangte. Dazu mussten einige Voraussetzungen angenommen werden: Zum einen war absehbar, dass es mit einer Latenz von etwa zehn bis 20 Jahren (ab 1992 gerechnet, inklusive sechs Jahre Medizinstudium plus mindestens fünf Jahre Facharztweiterbildung, gegebenenfalls weitere klinische Tätigkeit vor Niederlassung) zu einem starken Anstieg der Anzahl an Neurologen sowie der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie kommen würde. Gleichzeitig musste damit gerechnet werden, dass sich die Menge der Nervenärzte „alter“ Weiterbildungsordnung reduzieren würde, denn diese waren zum Zeitpunkt der Änderung der Weiterbildungsordnung im Durchschnitt 55 Jahre alt. Damals galt noch die Altersbegrenzung von 68 Jahren für die vertragsärztliche Tätigkeit; mit Erreichen dieses Alters musste diese beendet werden. Das bedeutete für unsere Überlegungen, dass von einer massiven Umgestaltung des Versorgungsgeschehens in den „Nuller-Jahren“ ausgegangen werden musste. Gleichzeitig würden sich, so war unsere Annahme, auch die berufspolitischen Vertretungsansprüche der Mitglieder, die nun vorwiegend Einzelfachärzte sein würden, ändern.

Wie haben wir auf diese Änderungen reagiert?

Nach und nach wurden Konzepte entwickelt, um den Mitgliedern die Einzelvertretungen für die Fachärzte für Psychia-

trie und Psychotherapie und für die Neurologen ersichtlicher zu machen. Ab 1992 arbeiteten wir daran, innerhalb des BVDN-Vorstandes zunächst Schwerpunkte, dann Sektionen für Neurologie und für Psychiatrie/Psychotherapie zu schaffen. Die Gründung eigener Berufsverbände für die beiden Gebiete erfolgte dann um die Jahrtausendwende. Der BVDP wurde im Jahr 2000 in Leipzig gegründet.

Aus den jeweiligen Sektionen wurde durch ehrenamtliches Engagement schließlich die Vereinsgründung der „jungen Verbände“ BVDP und BDN vorangetrieben. Diese waren als Bundesverbände aufgestellt. Es war von Anfang an ausdrücklich nicht unser Ziel gewesen, in jedem Bundesland analog zum BVDN auch BDN- und BVDP-Landesverbände zu gründen. Dagegen spricht bis heute, dass die Bedarfsplanung und ebenso in den meisten KVen die Honorarverteilung in der Neurologie, Psychiatrie/Psychotherapie und bei den Doppelfachärzten gemeinsam organisiert ist. Daran hat auch die Neuerung der Bedarfsplanungsrichtlinie im Jahr 2020 nichts geändert.

Genau wie in der „großen Politik“ hat sich in der Berufspolitik gezeigt, dass man gemeinsam einfach stärker ist. Im Haifischbecken der Honorarverteilung müssen sich unsere Fachgruppen in jeder KV individuell organisieren, um gegen die anderen großen Interessensvertretungen, wie die der Internisten oder der operativ tätigen Fächer, ein Gegengewicht und eine ernsthafte Größe darzustellen.

Wie haben sich die Facharztzahlen tatsächlich entwickelt?

Wie angenommen, nahm die Anzahl der Nervenärzte „alter“ Weiterbildungsordnung zunächst langsam, aber allmählich immer schneller ab. Das geschah etwas verzögerter als wir es im schlimmsten Fall befürchtet hatten. Offenbar hatte der Wegfall der Altersgrenze von 68 Jahren viele Kollegen dazu gebracht, länger vertragsärztlich tätig zu sein. Was nicht grundlos gewesen sein mag, einmal schlicht der Freude an der Arbeit wegen, sicher aber auch aufgrund der Schwierigkeit, eine Praxisnachfolge zu finden. Nur nebenbei: Die Freude am Beruf ist

in unserer Fachgruppe mit am höchsten. Der direkte und langfristige Patientenkontakt, den wir in unserer Tätigkeit in besonderer Weise pflegen, trägt sehr stark zur guten Zufriedenheit mit dem psychiatrischen Berufsfeld bei.

Der Aufwuchs der Anzahl der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und der Neurologen erfolgte in größerem Maße als wir es vorhergesehen hatten, da es einen deutlichen Trend zur Teilzeittätigkeit gibt, der weiterhin ungebrochen ist. Um den aktuellen Stand der Mitgliederzahlen zu erfassen, möchten wir einen Überblick über die Entwicklung aller drei Verbände seit 2011 (Abb. 1) und die momentane Altersstruktur des BVDN geben. Die Einnahmen durch Mitgliedsbeiträge verringerten sich seit 2014 von 1.439.952 € auf nun 1.219.061 €. Dieser dramatischen Entwicklung müssen wir ein nachhaltiges Zukunftskonzept entgegensetzen.

Unser Zukunftskonzept

Um die Entwicklung unserer Berufsverbände weiter voranzutreiben, setzen wir zum einen auf die Erneuerung unserer Kommunikationskonzepte. Die neuen Verbandshomepages (s. unten) dienen der schnellen und direkten Information von Mitgliedern und Kenntnisvermittlung des Mehrwerts einer Mitgliedschaft für Nichtmitglieder. Außerdem werden regelmäßige Video-Jour-Fixes mit den Landesvorsitzenden und den BVDP- und BDN-Landessprechern zum schnellen Briefing der Verbandsmultiplikatoren veranstaltet werden. Diese Videokonferenzen erlauben es, die Frühjahrs- und Herbsttagung zeitlich und inhaltlich von wichtigen berufspolitischen Diskussionen zu entlasten. Abstimmungen über berufspolitische Entscheidungen, Entwicklung von sukzessiven Diskussionsprozessen und das frühzeitige Erkennen anfänglicher Probleme können kontinuierlich verbessert und so näher an der Basis aufgenommen werden. Darüber hinaus soll das Netzwerken unter den Landesverbänden und den Landesprechern gefördert werden.

Auch hochkarätige Fortbildungsangebote sind für die Nachwuchsgewinnung essenziell. Hier haben sich die neuen Konzepte Psych Online und Neuro Online, die gemeinsam mit der Firma Dia-

plan organisiert werden, bereits bestens etabliert. Die Bewertungen der Teilnehmenden sind durch die Bank sehr gut bis begeistert. In weiteren Terminen sollen unter anderem Themen wie die ärztliche Niederlassung behandelt werden.

Wir wollen Mitglieder zudem in der Beantragung einer Weiterbildungsermächtigung unterstützen, um die Praxen zu stärken. In der neuen Muster-Weiterbildungsordnung im Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie sind von den insgesamt 60 Monaten der Weiterbildung 24 Monate im stationären Bereich abzuleisten. Praxisinhaber, die eine „normale“ Praxis führen, (damit ist gemeint: keine Schwerpunktpraxis wie etwa für Substitution) können relativ problemlos eine Weiterbildungsermächtigung für bis zu 24 Monate erhalten. Der Antrag bei der Landesärztekammer folgt bestimmten Regeln und bedeutet einen gewissen Aufwand, der aber zu bewältigen ist.

Die meisten KVen fördern die Weiterbildung in den Praxen inzwischen nicht nur für Hausärzte, sondern auch für Fachärzte. Unsere Fachgruppen zählen in der Regel zu den geförderten Gebieten. Häufig ist eine Unterstützung von 5.000 € monatlich bei einer Vollzeitweiterbildung möglich. Die Weiterbildung in der vertragsärztlichen Praxis ist hervorragend geeignet, um den Weiterbildungsassistenten einen wertvollen Einblick in diesem Sektor zu geben, die Freude an dieser Versorgungsform zu wecken und mögliche Vorurteile abzubauen.

Der erste Workshop zur Stärkung der Praxen in der Weiterbildung findet am 19. November 2021 statt (siehe auch Termine im Verbandsservice am Ende dieser NeuroTransmitter-Ausgabe), weitere werden folgen.

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach

Mehr Informationen:

berufsverband-neurologen.de
berufsverband-nervenaerzte.de
berufsverband-psychiater.de

Buchtip!

Psychologische Beratung in unserer Zeit



Birgit Knatz, Bernard Dodier

Mailen, chatten, zoomen: Digitale Beratungsformen in der Praxis

Klett-Cotta, 1. Auflage 2021, 304 Seiten, broschiert
32,00 €, ISBN 978-3-608-89272-7

Online zu sein, ist heute Normalzustand. Kaum jemand spricht noch davon, „ins Internet zu gehen“. Insbesondere für jüngere Menschen ist das Smartphone ein selbstverständlicher Begleiter in allen Lebenslagen. Gerade sie wünschen sich daher auch digitale Beratungsformen, die im neu erschienenen Buch der beiden Sozialarbeiter Birgit Knatz und Bernard Dodier anschaulich dargestellt werden. Mailen, chatten, Sprachnachrichten senden – auf diesen Wegen Unterstützung zu suchen ist niedrigschwellig möglich und kommt vor allem mobilitätseingeschränkten Personen oder Menschen, die beispielsweise angstbedingt das Haus nicht verlassen können oder direkte Kontakte meiden, zugute. Es profitieren auch die, die sich schreibend besser ausdrücken können als sprechend, auch weil vorher reflektiert werden kann. Ist das Tippen doch zu aufwändig, bieten sich wiederum Sprachnachrichten als Medium an, oder natürlich die bereits bekannte Videoberatung.

Das Praxishandbuch stellt deutlich heraus, dass Beratende sich gezielt auf die veränderte Kommunikation einstellen müssen. So sind etwa Schreib- und Lesekompetenzen erforderlich. Nicht jeder Beratende schreibt gerne, unter anderem aus Angst vor möglichen Missverständnissen. Zudem ist eine Mail grundsätzlich anders zu verfassen als eine Chatnachricht. Letztere entsteht in einem Dialog, fast wie im direkten Gespräch, bedarf also kurzer, verständlicher Sätze, die nichtsdestotrotz gut überlegt sein wollen. Eine Mail-Antwort kann dagegen auch für später, mit konkreter Angabe des Zeitraums, versprochen werden. Ein im Buch vorgestelltes Vier-Folien-Prinzip erleichtert es den Beratenden, sich über die digital vorgebrachten

Anliegen klarer zu werden, zu stellende Fragen zu erkennen, den etwaigen Beratungsauftrag zu erfassen und schließlich adäquat zu antworten.

Gesellschaftlich betrachtet ist digitale Beratung jedoch auch symptomatisch für die Tatsache, dass immer weniger direkte Ansprechpartner für schwierige Fragen zur Verfügung stehen, ob in Familie, Kirche oder sozialem Umfeld. Das dürfte wiederum, neben anderen Faktoren, eine Nebenwirkung des heutigen digitalen Zeitalters sein, mit seinen unverbindlichen Kontakten, nachlassender Empathie und häufiger Einsamkeit [1. Greenfield S. Mind Change: How digital technologies are leaving their mark on our brains. Random House, New York, 2015]. Dafür jedoch ist digitale Beratung bequem und rasch verfügbar, so wie viele digitale Errungenschaften, auch die politisch gewollte Telemedizin.

Hier fügt sich dieser neue Beratungsmodus somit gut ein. Wie bei jeder Kommunikation entsteht dabei zwar durchaus eine Beziehung. Für eine therapeutisch nachhaltige Wirkung wird aber auch weiterhin der direkte analoge Kontakt nötig sein, der zudem für Ältere, sozial Schwächere oder generell nicht technikaffine Menschen die einzige Beratungsform bleibt. Digitale Beratung muss es in der heutigen Internetdominanz wohl geben, wird aber bei schweren Krisen zwangsläufig die Bereitschaft zu analogen Behandlungsangeboten bewirken müssen. Denn diese werden durch digitale Beratung nicht ersetzt, sondern nur ergänzt. Für ihre Durchführung jedoch vermittelt das Praxishandbuch wertvolle Anregungen und Beispiele.

Dr. med Andreas Meißner, München

Der BVDP und seine Vorsitzende

„Ich war der Psychiatrie innerhalb kürzester Zeit rettungslos verfallen“

Dr. Christa Roth-Sackenheim ist Mitgründerin und langjährige Vorsitzende des BVDP. Sie setzt sich in unzähligen Gremien und Runden für die Belange insbesondere der vertragsärztlich tätigen Psychiater ein und vertritt „ihr“ Fach sowohl in psychiatrischen als auch speziell psychotherapeutischen Aspekten. BVDP-Vorsitzende Dr. Sabine Köhler interessiert 20 Jahre nach der Gründung des BVDP, wie die Kollegin diese Entwicklung und die wachsende Bedeutung des Psychiater-Verbandes erlebt und vorangetrieben hat.

? Liebe Christa, du hast in Homburg an der Saar Medizin studiert. Wie verlief dein Weg zur Entscheidung für das Fach Psychiatrie und Psychotherapie? War es nach dem Abitur dein Plan, Psychotherapeutin zu werden?

Dr. Christa Roth-Sackenheim: Eigentlich wollte ich nie Psychiaterin werden, obwohl es im Grunde immer sehr naheliegend gewesen wäre. In meiner Familie waren aus heutiger Sicht eine Menge der heutigen F-Diagnosen-Kapitel vertreten, natürlich ohne dass mir als Kind und später als Jugendliche bewusst gewesen wäre, dass diese Menschen krank sein sollten. Im Ge-

genteil, diese Menschen waren mir sehr wichtig, gaben mir Halt und hatten aus meiner Sicht einen durchaus positiven Einfluss auf mich. Es hatte seinerzeit auch nie ein Arzt psychiatrische Diagnosen gestellt. In unserer damaligen Lebenswirklichkeit kam es lange nicht vor, die Hilfe eines Nervenarztes oder Psychiaters zu brauchen. Es gab zum Beispiel den alkoholkranken Onkel, die Tante, die jahrzehntelang bis zu ihrem Tod im Bett lag, nicht mehr sprach oder aufstand, nachdem sie einen Sohn in Stalingrad und eine Tochter durch einen Narkoseunfall verloren hatte, und die andere Tante, die ab und zu im Abendkleid singend durchs Dorf lief, wenn alle anderen Dorfbewohner eigentlich zur Ernte fahren wollten. Die Umgebung wusste aber damit umzugehen und irgendwie waren diese Menschen auf ihre Weise mit ihren Eigenheiten im Umfeld integriert. Oder aber das Umfeld akzeptierte das einfach und lebte damit. Die Geschichten werden noch heute in meiner Familie erzählt.

Ich hatte jedoch schon vorher ein für meinen Wunsch, Ärztin zu werden, prägendes und einschneidendes Erlebnis. Mit etwa acht Jahren wurde ich Zeugin eines schweren Verkehrsunfalles auf einer einsamen Landstraße in der Nähe meines Heimatortes Ludwigshafen am Rhein. Drei Menschen lagen schwer verletzt neben dem Autowrack. Die Hilflosigkeit und das elendig lange Warten bis zum Eintreffen der Rettungskräfte bewirkten, dass sich als mein erster Berufswunsch der der Notärztin ausbildete, am besten noch mit eigenem Hubschrauber.

Irgendwann lernte ich zwar, dass der Rettungshubschrauber von einem eigenen Piloten geflogen wird, der Berufswunsch der Notärztin blieb aber noch bis ins Studium hinein erhalten. In der Schulzeit absolvierte ich in den Ferien mehrere Praktika in der örtlichen BG-Unfallklinik. Hierher kam auch mehrfach die Woche der Rettungshubschrauber und brachte Schwerbrandverletzte, Arbeiter aus der nahe gelegenen BASF, deren Gliedmaßen unter einen Container gekommen waren, oder die zwischen die Kiefer einer Baggerschaufel geraten waren. Meine Famulaturen absolvierte ich überwiegend in der Intensivmedizin.

? Welches Fachgebiet hat dich im Laufe von Studium und Ausbildung fasziniert? Ging dein Weg gerade in die Psychiatrie?

Roth-Sackenheim: Im letzten Jahr des Medizinstudiums, dem Praktischen Jahr, verbrachte ich das Trimester der Inneren Medizin in der Endokrinologie, das chirurgische Trimester in der Neurochirurgie sowie das Wahl-Trimester in der Gynäkologie und Geburtshilfe. In der Neurochirurgie war ich auf der Intensivstation und wurde häufig bei Hirn-, aber auch Bandscheibenoperationen eingebunden. Dort war es meine Aufgabe, beinahe täglich bei allen Patienten eine Lumbalpunktion durchzuführen, den Liquordruck zu messen und, wenn nötig, Liquor abzulassen, bis ein normaler Druck erreicht war. Die meisten Patienten waren dauerkomatös oder hirntisch schwer beeinträchtigt.

Es klingt vielleicht etwas merkwürdig, aber spätestens zu diesem Zeitpunkt habe



Dr. Christa Roth-Sackenheim, Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, ist Vorsitzende des BVDP.

Hier steht eine Anzeige.



ich gelernt, dass ohne ein gesundes Gehirn ein normales Leben nicht möglich ist. In der späteren Zusammenarbeit mit Kollegen anderer Fachrichtungen habe ich manchmal den Eindruck gewonnen, diese arbeiten so, als gäbe es kein Gehirn im Menschen.

Ich wollte danach unbedingt Neurologin werden. In der Neurologischen Abteilung, in der ich mich vorstellte, hieß es, wir nehmen Sie, Sie müssen aber vorher in die Psychiatrie und dort den psychiatrischen Teil der Weiterbildung machen. Die psychiatrische Klinik stellte mich ein, und ich war der Psychiatrie innerhalb kürzester Zeit rettungslos verfallen. Es war einfach unglaublich spannend und vielseitig und ich hatte gute, menschliche und sehr erfahrene Weiterbilderinnen und Weiterbilder.

Als ich nach zwei Jahren meine neurologische Tätigkeit aufnahm, war ich betroffen, wie anders ich die Arbeit dort erlebte. Nachdem die ärztliche Tätigkeit in der Psychiatrie so wirkungsvoll gewesen war, schien es in der Neurologie damals oft deprimierend wenig zu sein, was man tun konnte. Mittlerweile hat sich das deutlich geändert.

? Letztlich im Fach Psychiatrie und Psychotherapie angekommen, welche Therapieausbildung hast du gewählt?

Roth-Sackenheim: Die psychotherapeutische Weiterbildung hatte ich mit Beginn der psychiatrischen Tätigkeit im Jahr 1987 begonnen. Damals war die Weiterbildungsreform zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie noch nicht spruchreif, diese kam erst fünf Jahre später. Die psychotherapeutische Weiterbildung des Psychiaters war damals noch freiwillig. Ich hatte mir die psychoanalytische Weiterbildung vorgenommen. Rückblickend war die Lehnanalyse eine sehr segensreiche Gelegenheit, viele biografische Belastungen zu verarbeiten. Mein Schwerpunkt lag auf der Katathym-imaginativen Psychotherapie und auf der Gruppentherapie.

? Wahrscheinlich hast du in deiner Facharztausbildung und auch danach in Kliniken verschiedene Stationen durchlaufen. Wie kam es letztlich zur Entscheidung, als Vertragsärztin tätig zu werden? In welcher Praxisform bist du heute tätig?

Roth-Sackenheim: Mein Mann hatte Mitte der 1990er-Jahre ebenfalls seine Facharztweiterbildung für Neurologie und Psychiatrie-Psychotherapie abgeschlossen und

erwog 1995 die Niederlassung. Ich war mittlerweile Oberärztin und wollte eigentlich stationär tätig bleiben. In letzter Minute, bevor die Niederlassungsbeschränkungen in Kraft traten, entschied ich mich jedoch, mit ihm gemeinsam die Niederlassung als Vertragsärztin zu wagen, da ich es als Herausforderung empfand, noch einmal ein anderes Versorgungssegment kennenzulernen. Wir waren der Meinung, dass wir beide gemeinsam die verschiedenen Facetten der Neurologie und Psychiatrie in der Praxis gut abbilden könnten. Nun sind wir seit über 25 Jahren als Vertragsärzte tätig, mittlerweile mit insgesamt 4 Ärztinnen und Ärzten und zwei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Ich empfand die wirtschaftliche Eigenverantwortung anfangs durchaus als beängstigend und es hat etwa drei Jahre gedauert, bis ich darauf vertrauen konnte, dass wir das finanziell schaffen. Letztlich habe ich die Entscheidung, Vertragsärztin zu werden, keine Sekunde bereut.

»Es ist erstaunlich, wie wenig Gesundheitspolitiker, aber auch Arztkollegen anderer Fachgruppen über die Tätigkeit eines Psychiaters wissen – strukturelle Stigmatisierung pur!«

? Liebe Christa, Arbeitsalltag für dich bedeutet neben deiner Tätigkeit in der Praxis auch die als Vorsitzende des BVDP. Du warst bei der Gründung des Verbandes 2000 in Leipzig dabei. Kannst du uns davon erzählen? Wie entwickelte sich die Entscheidung, neben dem BVDN einen eigenen Verband für die Psychiatrer zu gründen?

Roth-Sackenheim: Die Berufspolitik ist ein wichtiges zweites Arbeitsfeld geworden, einfach deshalb, weil die vertragsärztliche psychiatrische Tätigkeit sich in vielen Aspekten von den anderen Fachgruppen unterscheidet. Es geht nicht um apparativ-technische Leistungen, sondern der Psychiater selbst ist Diagnostik- und Therapieinstrument, muss die Leistung stets höchstpersönlich erbringen, kann nichts delegieren. Andererseits ist die Tätigkeit auch vollkommen anders als die reiner Psychotherapeuten, da sie Akuttherapie, Kriseninterventionen, Angehörigenarbeit, Psychoedukation, Psychopharmakotherapie sowie Diagnostik und Therapie von somatischen Komorbiditäten umfasst und oft

zeitlich – auf die Lebensspanne des Patienten gerechnet – unbegrenzt sein muss.

Insofern besteht die berufspolitische Arbeit zur Verbesserung der Darstellung der psychiatrischen Tätigkeit oft darin, zu sagen, was ein Psychiater eigentlich macht. Es ist erstaunlich, wie wenig Gesundheitspolitiker, aber auch Kollegen anderer Fachgruppen über die psychiatrische Tätigkeit wissen – strukturelle Stigmatisierung pur!

Die Gründung des BVDP war im Grunde eine logische Folge der Veränderung der Musterweiterbildungsordnung (M-WBO) 1992 mit der Abschaffung des Nervenarztes alter WBO bei gleichzeitiger Aufwertung der Gebiete Neurologie und Psychiatrie-Psychotherapie. Die Integration der Psychotherapie in das Fachgebiet der Psychiatrie kann berufspolitisch rückblickend gar nicht hoch genug geschätzt werden.

? Erinnerst du dich an frühere Mitstreiter und Mitgründer?

Roth-Sackenheim: Selbstverständlich! Die Weichenstellungen in Richtung Gründung eines Berufsverbandes der Deutschen Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie wären nicht möglich gewesen ohne die visionäre Aufbauarbeit von Dr. Adelheid Barth-Stopik aus Berlin, Dr. Sibylle Schreckling aus Hürth, PD Albert Zacher aus Regensburg, Dr. Gerd Wermke aus Homburg/Saar und sicherlich vielen weiteren, bei denen ich mich schon einmal vorsorglich entschuldige, dass ich sie hier nicht namentlich erwähne. Entscheidend war aber gleichermaßen, dass seitens des langjährigen BVDN-Vorstandes, namentlich Dr. Frank Bergmann und Dr. Gunther Carl, die Entwicklung der jungen Verbände BDN und BVDP ganz aktiv und nachhaltig bis heute gefördert wurde. All diesen Menschen gilt mein ganz besonderer Dank!

? Wie entwickelte sich der Verband? Wie viele Mitglieder hat er und welche Kooperationen pflegt der BVDP?

Roth-Sackenheim: Inzwischen ist der BVDP ein junger lebendiger Verband mit etwa 500

Mitgliedern. Der BVDP ist als Bundesverband aufgestellt. Die Landesberufspolitik wird in den Landesverbänden des BVDN geleistet. Diese sind allesamt selbstständige eingetragene Vereine. Weitere Details dazu finden sich im Artikel zur Weiterentwicklung unserer drei Verbände in dieser Ausgabe.

Der BVDP pflegt eine ganze Reihe von Kooperationen zu anderen Verbänden, sowohl auf berufspolitischer als auch auf wissenschaftlicher Ebene. Zuerst möchte ich den Schwester-Verband BDN und natürlich den Mutter-Verband BVDN nennen. Der Zusammenhalt und die gemeinsame strategische Aufstellung in der Bundesberufspolitik ist von unschätzbarem Wert.

Mit den Verbänden der Kinder- und Jugend-Psychiatrie und Psychotherapie (BKJPP), Vorsitzender Dr. Gundolf Berg, der Psychosomatik und Psychotherapie (BPM), Vorsitzende Dr. Irmgard Pfaffinger, und dem Berufsverband der ärztlichen Psychotherapeuten (BÄP) in der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse und Tiefenpsychologie (DGPT, der älteste psychotherapeutische Verband), Vorsitzende Dr. Ingrid Moeslein-Teising, arbeiten wir im Spitzenverband ZNS seit Jahren sehr fruchtbar zusammen. Die kleine EBM-Reform mit Aufwertung der Gesprächsziffern ist ganz wesentlich auf diese Kooperation zurückzuführen.

Eine weitere langjährige sehr enge Kooperation besteht zu unserer wissenschaftlichen Fachgesellschaft, der DGPPN. In den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung (Gemeinsamer Bundesausschuss, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Bundesärztekammer, Deutscher Ärztetag) ist der BVDP vertreten.

? Vor 20 Jahren bestand die berufspolitische Aufgabe darin, die vertragsärztlich tätigen Psychiater zukunftsfähig zu vertreten und das Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie im Chor der Berufsverbände selbstbewusst zu vertreten. Dazu wurde der BVDP gegründet. Welche Aufgaben siehst du in den kommenden zehn Jahren?

Roth-Sackenheim: Es ist letztlich so, dass die von uns bereits bei Vereinsgründung befürchtete erdrutschartige Umwälzbewegung der teilnehmenden Vertragsärzte etwas abgemildert wurde. Dies liegt daran, dass die Nervenärzte alter Weiterbildungsordnung nicht in der Menge in Ruhestand gingen, wie sie es angesichts ihres Alters

hätten tun können, sondern einfach weitergearbeitet haben. Unterstützt wurde dies auch durch den Wegfall der Altersgrenze von 68 Jahren für die vertragsärztliche Tätigkeit. Letztlich wird diese Entwicklung aber nicht ewig so weiter gehen, wir sehen die Auswirkungen jeden Tag in unseren Praxen, die Kollegen suchen Nachfolger, geben ihre Praxen ab und die Breite der Versorgung verändert sich, weil die übernehmenden Nachfolger oft Einzelfachärzte für Neurologie und für Psychiatrie-Psychotherapie sind.

Insofern sind die Sicherstellung der Versorgung und der Honorare für die sprechende Medizin und die somatische Kompetenz der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie die vorrangigsten Aufgaben des BVDP auch in Zukunft.

? Warum sollte jeder vertragsärztlich tätige Psychiater Mitglied im BVDP sein?

Roth-Sackenheim: Weil es einen enormen Mehrwert bedeutet, der in Geld nicht aufgewogen werden kann. Man ist dann Teil einer starken Gemeinschaft, die das Fach und die vertragsärztlich Tätigen prominent vertritt. Der Psychiater erhält aktuelle Trendmeldungen und konkrete Unterstützung in der Praxisführung und Berufsausübung. Dies wird in Zukunft umso wichtiger, da das Primat der Freiberuflichkeit von mehreren Seiten aus verschiedenen (politisch-ideologischen, konzerngetriebenen, finanziellen) Gründen ganz massiv angegriffen wird. Zudem werden die Versorgungsaufgaben unseres Fachgebietes in Zukunft eher mehr als weniger. Wir können zwar gut zum Beispiel mit unseren psychologisch-psychotherapeutischen Kollegen zusammenarbeiten und uns vernetzen, aber die spezifisch ärztlich-somatische Kompetenz der Psychiater findet sich nur dort, in keinem anderen medizinischen Gebiet.

? Liebe Christa, nicht nur der BVDP hatte letztes Jahr ein Jubiläum, wir haben auch dir in diesem Jahr zu einem Jubelgeburtstag gratulieren dürfen. Wie beschreibst du selbst deine Verbindung zum BVDP?

Roth-Sackenheim: Danke nochmals für die Glückwünsche zu meinem 60. Geburtstag, das war eine gelungene Überraschung, davon im NeuroTransmitter zu lesen! Es ist unfassbar, wie schnell die Zeit vergeht und man selbst zu der Personengruppe gehört,

die man früher als uralte empfunden hat. Eigentlich habe ich das Gefühl, die Studentenzeit war doch gerade erst vorbei. Der BVDP begleitet eigentlich fast meine gesamte berufspolitische Zeit. Im Jahr 1996 haben wir in Rheinland-Pfalz, damals auf Initiative des langjährigen BVDN-Vorstandsmitglieds PD Dr. Paul Reuther, den BVDN-Landesverband neu aufgestellt. Darüber schnupperte ich in die Bundesberufspolitik und war im Jahr 2000 Gründungs- und Vorstandsmitglied des BVDP. Das Amt der Vorsitzenden des BVDP habe ich 2001 von Dr. Albert Zacher recht kurzfristig übernommen, als dieser aus familiären Gründen andere Schwerpunkte setzen wollte. Seither hat sich die Gesundheitspolitik insgesamt enorm verändert, aber wir haben als drei Berufsverbände gemeinsam stets wichtige Entwicklungen vorausgesehen und Strukturen dafür geschaffen. Wir haben uns in der Zeit massiv professionalisiert und strukturell neu aufgestellt. An dieser Stelle möchte ich nochmals meinen Dank an die frühere Geschäftsstellenleiterin Dagmar Differt-Fritz, die Ende letzten Jahres in den wohlverdienten Ruhestand gegangen ist, und an Thorsten Seehagen richten, der die Geschäftsstelle, die mittlerweile in Berlin sitzt, auch heute kräftig unterstützt.

? Was möchtest du den Mitgliedern und dem Vorstand des BVDP mit auf den Weg geben?

Roth-Sackenheim: Den Mitgliedern möchte ich sagen: Seien Sie mit Freude Psychiater, es ist der schönste Beruf der Welt! Bleiben Sie dem BVDP gewogen und unterstützen Sie uns weiter! Wir werden uns weiter für Sie ins Zeug legen!

Dem Vorstand möchte ich für die vielen Jahre des kontinuierlichen, vertrauensvollen und konstruktiven Arbeitens danken. Es sind wirkliche Arbeitsfreundschaften entstanden, wenn es diesen Begriff überhaupt gibt. Man vertraut sich, man freut sich, wenn man sich sieht oder hört, man hat Freude am gemeinsamen Gestalten und Voranbringen, es ging und geht stets um die Sache und die gemeinsame Identifikation mit unserem Fach. Aus dem gemeinsamen Arbeiten ist mir die Kraft zugewachsen, neben der schönen, aber manchmal auch anstrengenden und erschöpfenden Praxistätigkeit so lange berufspolitisch tätig sein zu wollen.

? Liebe Christa, Danke für das Interview!

Neurologen und Psychiater im Netz

Einzigartige Informationsseite zu psychischen Erkrankungen

„SimilarWeb.com“, eine Webseiten-Analyseplattform, hat dem Patienteninformationsportal „Neurologen und Psychiater im Netz“ ein Alleinstellungsmerkmal im Bereich „Mental Health“ bescheinigt. Mit 8,6 Millionen Besuchern im ersten Halbjahr des laufenden Jahres sind die „Neurologen und Psychiater im Netz“ die Nummer 1 unter den Informationsseiten im Internet zu psychischen und neurologischen Erkrankungen.

Die Idee, Patienten, Angehörige und andere Interessierte im Internet zu neuropsychiatrischen Themen zu informieren, hatten die Berufsverbände im Jahr 2004. Zwei Jahre später war es soweit – die Neurologen und Psychiater im Netz (NPiN), herausgegeben von den neurologischen und psychiatrischen sowie den kinder- und jugendpsychiatrischen Berufsverbänden und Fachgesellschaften, gingen online. 2013 erhielten die Seiten ein neues, moderneres und nutzerfreundlicheres Design, die Textinformationen wurden einer umfangreichen Überarbeitung unterzogen und die Arztsuche für Patienten verbessert.

Der Erfolg ließ nicht lange auf sich warten: Zwischen 2014 und 2020 stiegen

die Besucherzahlen von rund einer Million auf mehr als 16 Millionen pro Jahr an. Und die Webseite gewinnt weiter an Beliebtheit: Für 2021 werden deutlich mehr als 18 Millionen Besucher erwartet. Gegenüber dem Vorjahr entspricht das einem Anstieg um rund 15 %. Damit wachsen die Besucherzahlen des Internetnetzwerkes NPiN konstant sehr dynamisch.

Detailliertes Informationsangebot

Mit seinen umfangreichen Informationen zu psychiatrischen und neurologischen Themen trägt NPiN der zunehmenden Bedeutung neuropsychiatrischer Erkrankungen Rechnung. Hier finden Patienten, Angehörige und Inte-

ressierte aktuelle Informationen aus Forschung, Klinik und Praxis sowie Ratgeberartikel mit Tipps und Anregungen. Kernstück des Informationsangebotes sind die umfangreichen Kapitel zu psychischen Erkrankungen mit speziellen Rubriken zur Vorbeugung, Früherkennung, Diagnose, Therapie und vielem mehr. Hinzu kommen nützliche Serviceangebote für Patienten und Angehörige mit Hinweisen auf Hilfsangebote und Beratungsstellen sowie Früherkennungs- und Therapiezentren. Die Seiten sind gut und übersichtlich strukturiert, die grafische Aufbereitung ist attraktiv und verständlich. Die inhaltliche Kernkompetenz sowie die permanente Suchmaschinenoptimierung tragen dazu bei, die Position der Plattform als meistbesuchte, deutschsprachige Internetseite zu neurologischen und psychiatrischen Themen weiter auszubauen.

Pressearbeit als Erfolgsgarant

Ein wesentlicher Bestandteil der positiven Entwicklung ist die kontinuierliche Presse- und Öffentlichkeitsarbeit. Seit dem Start von NPiN besteht eine enge Kooperation mit der Deutschen Presseagentur (DPA). Im Rahmen dieser Zusammenarbeit erstellt die NPiN-Redaktion Ratgeberartikel, die von der DPA bearbeitet und an zahlreiche Redaktionen von Zeitungen, Zeitschriften, Hörfunk, Fernsehen und Online-Medien verteilt werden. Zudem werden Kontakte zu zahlreichen Redaktionen gepflegt. Daraus ergaben sich bereits viele Interviews mit den Experten der Berufsverbände, die in Zeitungen und Zeitschrif-

The screenshot shows the website interface. At the top, there are navigation tabs for 'Psychiatrie, Psychosomatik & Psychotherapie', 'Kinder- & Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie', and 'Neurologie'. Below the tabs is a search bar and a breadcrumb trail: 'Sie sind hier: Startseite > Psychiatrie, Psychosomatik & Psychotherapie > Übersicht'. The main content area is titled 'Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik' and features a sidebar with a menu: 'Übersicht', 'Störungen / Erkrankungen', 'Diagnostik', 'Therapie', 'Risikofaktoren', 'News-Archiv', 'Ratgeber-Archiv', and 'Begriffe'. The main article is titled 'Stiftung Anerkennung und Hilfe' and includes a sub-header 'Unsere Gesellschaft braucht junge Psychiater' and a large graphic with the text 'Generation PSY'. The article text discusses the recognition and support of people affected by mental illness, particularly children and adolescents, and mentions the 'Stiftung Anerkennung und Hilfe'.

Von der NPiN-Startseite gelangen Besucher in den psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich, der neueste Fachinformationen übersichtlich präsentiert.

Hier steht eine Anzeige.



Neurologen und Psychiater im Netz

Das Informationsportal zur psychischen Gesundheit und Nervenkrankungen

Herausgegeben von Berufsverbänden und Fachgesellschaften für Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Nervenheilkunde und Neurologie aus Deutschland und der Schweiz.

Angststörungen - Therapie bzw. Behandlung

Patienten mit einer Angststörung kommen oft erst nach jahrelang bestehender Erkrankung zum Arzt. Je früher diese aber behandelt wird, umso besser sind die Aussichten auf Besserung.

In der Behandlung der Angststörungen wurden in den vergangenen Jahren deutliche Fortschritte erzielt. Die überzeugendsten Wirksamkeitsnachweise liegen für die **kognitiven Verhaltenstherapien**, eine medikamentöse Therapie (SSRI, SNRI, Priligalin und andere) und die Kombination aus kognitiver Verhaltenstherapie und diesen Medikamenten vor. Für eine erfolgversprechende Behandlung sind die Motivation des Patienten und eine umfassende Aufklärung über das Krankheitsbild entscheidend. Wichtig ist, dass der Patient lernt, seine Beschwerden als Ausdruck von Angst zu erkennen und auch zu seiner Krankheit zu stehen.

Was kann man selbst tun?

Die wichtigste Regel ist, dass man niemals vor den Angst auslösenden Situationen flüchtet. Das heißt, dass man beispielsweise bei einer Agoraphobie nicht vor einem Fahrstuhl „kneift“ und stattdessen die Treppe benutzt, den Einkauf in einem Supermarkt macht und dafür in einem teuren kleinen Geschäft einkauft oder mit einem Taxi fährt, weil man Angst vor einer Busfahrt hat. Je häufiger und je mehr man sich diesen Angst auslösenden Situationen aussetzt, desto eher kann man die Angst abbauen. Sicherlich kostet es große Überwindung, in solche Situationen hineinzugehen, nachdem man sie jahrelang gemieden hat.

Wenn Sie unter einer generalisierten Angststörung leiden, sollten Sie Dinge nicht vermeiden oder aufschieben, wie Reisen. Wenn Sie soziale Ängste haben, sollten Sie üben, Fremde anzusprechen, Reden zu halten, dem Gegenüber in

© Neurologen und Psychiater im Netz

Auch gezielte Informationen zu einzelnen psychiatrischen Themen können bei NPiN nachgelesen werden.

Homepage im Internet verfügt, kann sich eine Startseite in der NPiN-Ärzteliste einrichten lassen und diese mit seiner bereits bestehenden Webseite verlinken.

Seit kurzem können sich Ärzte, die eine Praxis-Homepage bei NPiN haben, auch eine zertifizierte Videosprechstunde nutzen. Diese kann gemeinsam mit der PraxisApp „Mein Psychiater“ oder auch unabhängig davon gebucht werden. Gerade in Zeiten der COVID-19-Pandemie hat sich die Nachfrage von Patienten und Ärzten zur Videosprechstunde deutlich erhöht, eine Entwicklung, die sich sicher weiter fortsetzen wird. Mit diesem Angebot schaffen die psychiatrischen und neurologischen Berufsverbände eine sichere und komfortable Lösung für die Videosprechstunde. Sie ist nach den Vergütungsregelungen der KBV für alle Patienten abrechenbar. Informationen zur PraxisApp „Mein Psychiater“, finden Sie unter www.monksaerzte-im-netz.de/praxisapp/praxisapp-mein-psychiater/.

Für eine Praxis-Homepage bei den „Neurologen und Psychiater im Netz“ liegen die monatlichen Abonnementkosten zwischen 8 € und 12 € (zzgl. MwSt.). Bei einer Anmeldung bis zum 31. Dezember 2021 ist die Homepage-Erstellung im Rahmen der diesjährigen Herbstaktion kostenfrei. Alle wichtigen Informationen finden Sie im Anmeldeformular auf der nächsten Seite.

Unterstützung in jeder Lebenssituation: NPiN gibt Hilfestellungen, wie im Krisenfall zu handeln ist.

Krise/Notfall: Akute psychische Krise

Psychische Krisen können jeden Menschen treffen, unabhängig von Alter, Bildung, Beruf, Herkunft und sozialem Status. Dabei kann eine Krise aus einer kurzfristig einwirkenden Belastung wie einer Schockreaktion aufgrund einer realen Gefahrensituation resultieren oder die Folge einer länger andauernden, kumulativen Belastung sein. Die Ursachen für eine akute seelische Notlage sind vielfältig und können zum Beispiel durch Verlusterlebnisse oder Enttäuschungen, traumatische Erlebnisse, psychosoziale Konflikte, lebensverändernde Umstände oder Umbrüche, Entwurzelung oder Vereinsamung sowie psychische Erkrankungen wie Psychosen, Depressionen oder Angststörungen ausgelöst werden. Menschen mit vorbestehenden psychischen Erkrankungen weisen oft eine erhöhte Anfälligkeit gegenüber krisenhaften Anlässen auf.

Eine akute Krise beinhaltet den Verlust des inneren Gleichgewichts, den Menschen verspüren, wenn sie mit Situationen oder Lebensumständen konfrontiert werden, die sie momentan nicht bewältigen können, weil die gewohnten Verhaltensstrategien nicht greifen oder zusammenbrechen. In so einer Situation sind oft das Denken und das Fühlen gestört. Die Gedanken drehen sich im Kreis, sind zerstreut und können nicht sinnvoll zu Ende gebracht werden. Manchmal sind die eigenen Gefühle nur schwer wahrnehmbar. Andererseits können sie auch so intensiv auftreten, dass sie schwer zu kontrollieren sind und beispielsweise Angst, Wut, Hoffungslosigkeit, Einsamkeit oder Trauer als übermächtig und bedrohlich erscheinen. Grundsätzlich können verschiedene Symptome mit unterschiedlicher Intensität auftreten, wie unter anderem Anspannung, Angst, Aggressivität, Verwirrtheit oder auch eine Verengung der Wahrnehmung bis hin zu Wahn und Halluzinationen.

Sobald in einer entsprechenden Situation unmittelbare Selbst- oder Fremdgefährdung (insbesondere Suizidgefährdung) besteht, sollte man nicht zögern, sofort einen psychiatrischen Notdienst, den Rettungsdienst (112) oder die Polizei zu verständigen.

Sollten Sie sich aktuell in einer psychischen Krise befinden, können Sie:

- zu Ihrem Arzt gehen oder ihn anrufen,
- Kontakt mit einer Klinik (bzw. einem Spital) mit psychiatrischer Abteilung aufnehmen,
- Kontakt mit dem ärztlichen (psychiatrischen) Bereitschaftsdienst (bundesweite Tel.: 116 117) aufnehmen,
- oder sich an ein Hilfs- bzw. Beratungsangebot für akute Krisensituationen wenden (siehe nachfolgend stehende Adressen):

Deutschland

- **Telefonseelsorge**
www.telefonseelsorge.de
anonyme, kostenlose Beratung zu jeder Tages- und Nachtzeit unter den bundesweiten Telefonnummern 0800 - 1101111 oder 0800 - 1110222 bzw. www.telefonseelsorge.de
- **Kinder- und Jugendtelefon „Nummer gegen Kummer“** www.nummergegenkummer.de
kostenlose Beratung von Mo bis Fr 15.00 bis 19.00 Uhr unter der bundesweiten Telefonnummer: 0800 - 111 0 333

© Neurologen und Psychiater im Netz

ten, Online-Medien, Agenturmeldungen sowie Hörfunk- und Fernsehbeiträgen publik wurden.

Praxis-Homepage mit Videosprechstunde

Die NPiN sind das größte psychiatrische Informationsnetzwerk im deutschsprachigen Raum. Damit bietet die Webseite die ideale Plattform für eine Praxis-Homepage, die niedergelassene Psychi-

ater und Psychotherapeuten, Nervenärzte und Neurologen hier anmelden können, um Patienten über die Praxis, die ärztlichen Leistungen und andere Angebote zu informieren. Sie enthält Angaben zum Leistungsspektrum, zu Behandlungsschwerpunkten, Praxiszeiten und vielem mehr. Einen visuellen Eindruck von der Praxis vermitteln Bilder des Praxisteams und der Behandlungsräume. Wer bereits über eine Praxis-

AUTOR

Jochen Lamp

Redaktion Monks –
Ärzte im Netz GmbH
Frankfurt

E-Mail: jochen.lamp@monks.de

Praxis-Homepage & PraxisApp Neurologen und Psychiater im Netz

Herausgegeben von Berufsverbänden und Fachgesellschaften für Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Nervenheilkunde und Neurologie aus Deutschland und der Schweiz



Keine Anmeldegebühr im
Aktionszeitraum bis 31.12.2021

Ihre Anmeldung



Praxis-Homepage bei www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org

Einzelpraxis
8,- €/Monat *

Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft
12,- €/Monat *



PraxisApp*

PraxisApp „Mein Neurologe“
5,- €/Monat * pro Arzt

mit Online-Video-Sprechstunde
zusätzlich 2,50 €/Monat * pro Arzt

PraxisApp „Mein Psychiater“
5,- €/Monat * pro Arzt

mit Online-Video-Sprechstunde
zusätzlich 2,50 €/Monat * pro Arzt



Monks-Videosprechstunde

Einzelpraxis
20,- €/Monat *

Praxen/Organisationen bis 3 Ärzte
35,- €/Monat *

* Alle Preise zzgl. ges. MwSt., Preis für MVZ oder Klinik auf Anfrage.

* Die PraxisApp kann nur in Verbindung mit einer Praxis-Homepage bei www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org gebucht werden.

Ihre Daten

Titel, Name, Vorname

Bei Gemeinschaftspraxen: weitere Ärzte

Gesetzliche Berufsbezeichnung, Zusatzbezeichnung, Staat

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort, Stadtteil

Telefon/Fax

Webseite

Ärztchammer, Kassenärztliche Vereinigung

Ggf. Umsatzsteuer-Identifikationsnummer; Handelsregister, Vereinsregister, Partnerschaftsregister oder Genossenschaftsregister, in das Sie eingetragen sind

E-Mail zur Veröffentlichung auf Ihrer Arzt-Homepage

E-Mail für Korrespondenz/Login in die PraxisApp-Verwaltung

Weitere Angaben

wie Sprechstundenzeiten, Besonderheiten, Schwerpunkte, Fremdsprachen

Ich/Wir zahle/n per SEPA-Lastschriftmandat

Kontoinhaber

Geldinstitut (Name und BIC)

DE

IBAN

Datum, Ort und Unterschrift

Gläubiger-Identifikationsnummer DE81ZZZ00000700791. Ihre Mandatsreferenznummer finden Sie im Buchungstext der halbjährlichen Abbuchung Ihres Kontoauszuges.

Ich ermächtige die Monks-Ärzte im Netz GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Monks-Ärzte im Netz GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich/Wir bestätige/n, Mitglied in einer der oben genannten Fachorganisationen zu sein.

Ich/Wir bestätige/n, dass alle Nutzungsrechte meiner/unserer bestehenden Homepage bzw. der zur Verfügung gestellten Materialien bei mir/uns liegen. Die Monks-Ärzte im Netz GmbH und die beteiligten Fachorganisationen sind von Ansprüchen Dritter freigestellt.

Schicken Sie Ihre Anmeldung an:

Monks Ärzte im Netz GmbH

Tegernseer Landstraße 138

81539 München

E-Mail: support@neurologen-und-psychiater-im-netz.org

Fax: 089 / 64 20 95 29

Mehr Informationen unter

www.monks-aerzte-im-netz.de

oder unter 089 / 64 24 82 12

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die AGB (siehe: www.monks-aerzte-im-netz.de/agb). Widerrufsrecht: Sie können Ihre Bestellung innerhalb von 2 Wochen ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung an Monks-Ärzte im Netz GmbH, Tegernseer Landstr. 138, 81539 München, Geschäftsführer: Sean Monks, Amtsgericht München, HRB 160883, USt-IDNr.: DE 246543509. Unsere Datenschutzerklärung finden Sie unter www.monks-aerzte-im-netz.de/datenschutz.

Aus dem G-BA

Wie koordinierte Versorgung aussieht

Unsere drei Verbände versuchen seit mindestens 20 Jahren in der vertragsärztlichen Regelversorgung Strukturen zu etablieren, die es Patienten ermöglichen und erleichtern, ein Komplexangebot zu erhalten. Vor zwei Jahren hatte der G-BA den Auftrag erhalten, eine eigene Richtlinie zur berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und koordinierten Versorgung zu erarbeiten. Diese wurde nun verabschiedet.

Mit der KBV-Vertragswerkstatt wurden bereits im Jahr 2008 erste Konzepte erarbeitet, um das Konstrukt der Selektivverträge mit Leben zu füllen. Diese Vertragskonzepte mussten allerdings mit den Krankenkassen verhandelt werden und waren letztlich niemals für die Regelversorgung gedacht. Insofern schlummern sie nach wie vor in der Schublade, keine Krankenkasse hat sich jemals mit uns an den Verhandlungstisch gesetzt. Somit war es das größte Interesse unserer Verbände, ein gutes Konzept in die Struktur einer Anlage zum Bundesmantelvertrag (BMV) zu gießen.

In diesen Anlagen werden besondere Konzepte der Regelversorgung festgehalten, die bundesweit und für alle Krankenkassen Gültigkeit haben. Beispiele dafür sind die Sozialpsychiatrievereinbarung der Kinder- und Jugendpsychiater sowie die Psychotherapie-, Dialyse-, Schmerztherapie- und Onkologievereinbarungen.

Ein prominentes und durch den Innovationsfonds gefördertes Konzept ist das Projekt Neurologisch-psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung (NPPV) in Nordrhein (wir berichteten zuletzt in Neurotransmitter 2021;32(3):

14-20). Die Evaluationsphase läuft derzeit und die Ergebnisse werden an anderer Stelle detailliert veröffentlicht werden. Es zeigt sich jedoch bereits, dass die in diesem Projekt gelebte berufsgruppenübergreifende, strukturierte und koordinierte Versorgung die Behandlungsergebnisse deutlich verbessert.

Neue Versorgungsrichtlinie des G-BA

Im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wurde 2019 festgelegt, dass der G-BA eine eigene Richtlinie zur berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und koordinierten Versorgung erarbeiten solle. Das NPPV-Projekt galt mitunter als Ideengeber für diese Richtlinie. Ursprünglich sollte sie bereits Ende 2020 verabschiedet werden, das hat sich jedoch nach intensiven Beratungen im G-BA auf den 3. September 2021 verschoben. Die Richtlinie tritt nun – bei Nichtbeanstandung durch das Bundesgesundheitsministerium – in einigen Wochen in Kraft.

Im nächsten Schritt müssen die entsprechenden Leistungskomplexe formuliert und durch den Bewertungsausschuss evaluiert werden. Ob dieses komplexe Konzept in der Versorgungsrealität Fuß fassen kann oder ob ihr ein ähnlich trostlos dahindümpelndes Dasein droht, wie es der ambulanten spezialärztlichen Versorgung (ASV) beschieden ist, wird letztlich von ihrer Lukrativität abhängen.

Im Folgenden werden die wichtigsten Punkte der neuen G-BA-Richtlinie in einer gestrafften Übersicht wiedergegeben. Die für unsere Berufsverbände besonders relevanten Themen sind **fett gedruckt**.



© alvarez / Getty Images / iStock (Symbolbild mit Fotomoellen)

Der Bezugsarzt ist der zentrale Ansprechpartner in der fachübergreifenden Versorgung und kann die Koordination delegieren.

§ 1 Ziele der Richtlinie

- Verbesserung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten, berufsgruppenübergreifenden Krankenbehandlung,
- **zeitnahe Diagnostik und Feststellung des Versorgungsbedarfs**,
- qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung,
- Behandlungsleitung durch einen Bezugsarzt oder -psychotherapeuten,
- Koordination der Versorgung der Patienten im Netzverbund,
- **abgestimmter, verbindlicher Gesamtbehandlungsplan**,
- Leichtere Übergang zwischen stationärer und ambulanter Behandlung,
- Einbezug des sozialen Umfelds,
- **strukturierter Austausch und Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen außerhalb des SGB V.**

§ 2 Patientengruppe

- Ab 18 Jahren,
- **Diagnose F10-F99**,
- deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen,
- **GAF-Wert ≤ 50 .**
- Zur Erreichung des Behandlungsziels ist pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringer unterschiedlicher Disziplinen der teilnahmeberechtigten Leistungserbringer notwendig

§ 3 Teilhabeberechtigte Leistungserbringer

- Der Netzverbund ist ein vertraglicher Zusammenschluss von zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern einer Region.
- Netzverbundmitglieder können sein:
 - Fachärzte für
 - Psychiatrie und Psychotherapie,
 - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
 - Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie,
 - ärztliche und psychologische Psychotherapeuten sowie
 - Fachärzte für Neurologie.
- Der Netzverbund besteht aus **mindestens zehn Fachärzten und Psychotherapeuten** (von beiden Gruppen jeweils mindestens vier).

- Der Netzverbund muss Kooperationsverträge abschließen mit
 - einem Krankenhaus mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene (mindestens ein Krankenhaus muss pflichtversorgend sein; wenn Patienten mit Suchterkrankung in den Verbund eingeschlossen werden, muss das Krankenhaus qualifizierte Entzugsbehandlung durchführen können)
- und mindestens einem der folgenden Leistungserbringer:
 - einem Leistungserbringer für Ergotherapie oder
 - einem Leistungserbringer mit Vertrag zur Soziotherapie oder
 - einem Leistungserbringer mit Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege.
- Eine Kooperation mit einem Krankenhaus, das über psychosomatische Kompetenzen verfügt, ist anzustreben.
- Bei Bedarf können auch weitere Leistungserbringer, insbesondere bei Patienten bis zu einem Alter von 21 Jahren, Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, einbezogen werden
- Bei Bedarf sind zur Adressierung des Versorgungsziels zudem insbesondere zu berücksichtigen:
 - sozialpsychiatrische Dienste und, soweit vorhanden, Krisendienste,
 - Leistungserbringer der Eingliederungshilfe,
 - Leistungserbringer zur Teilhabe am Arbeitsleben,
 - zugelassene voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen sowie ambulante Pflegedienste, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen haben,
 - Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Menschen mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung,
 - psychosoziale Beratungsstellen und Suchtberatungsstellen,
 - Traumaambulanzen nach § 31 SGB XIV,
 - Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung und

- psychosoziale Einrichtungen zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung Geflüchteter.

§ 4 Bezugsarzt oder -psychotherapeut

- Zentraler Ansprechpartner, verantwortlich für
 - Erstellung, dokumentierte Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans,
 - unverzügliche Einleitung einer ambulanten, teilstationären, stationsäquivalenten oder vollstationären Behandlung sowie
 - Einleitung einer somatischen Abklärung und, falls erforderlich, Veranlassung einer Behandlung.
- Muss über vollen Versorgungsauftrag verfügen und die Koordination der Versorgung an nichtärztliches Personal delegieren können:
- Zugelassene Fachgruppen:
 - Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie,
 - Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
 - Fachärzte für Nervenheilkunde oder Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie,
 - Ärztliche oder Psychologische Psychotherapeuten.
- Soll während gesamter Versorgung nach Richtlinie beibehalten werden, Wechsel möglich.
- **Bezugsarzt notwendig**,
 - wenn behandlungsleitende **somatische Hauptdiagnosen** vorliegen,
 - wenn für die Behandlung **relevante somatische Komorbiditäten**, die kontinuierlicher ärztlicher Behandlung oder Überwachung bedürfen, vorliegen, oder
 - wenn deren **psychopharmakologische Behandlungen** einer **regelmäßigen Dosisanpassung** oder einem **häufig wechselnden Therapieschema** unterliegen.
- Bezugsärzte oder Bezugspsychotherapeuten können auch Fachärzte oder Psychotherapeuten in Psychiatrischen Institutambulanzen sein.

§ 5 und § 10 Koordination der Versorgung

- Die Koordination der Versorgung wird von Bezugsarzt/-psychotherapeut an nichtärztliche Person übertragen.

- Zugelassene Fachgruppen:
 - soziotherapeutische Leistungserbringer,
 - Ergotherapeuten,
 - psychiatrische häusliche Krankenpfleger,
 - medizinische Fachangestellte,
 - Sozialarbeiter,
 - Sozialpädagogen,
 - Pflegefachpersonen,
 - Psychologen.
- Die Koordination der Versorgung umfasst
 - die Vernetzung mit anderen an der Versorgung des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringern,
 - das Nachhalten der Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans,
 - die Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringern für den Patienten auf Basis des Gesamtbehandlungsplanes,
 - mit Patienteneinverständnis das Aufsuchen des Patienten im häuslichen Umfeld, sofern erforderlich,
 - das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen, sofern notwendig,
 - erforderlichenfalls den wöchentlichen telefonischen oder persönlichen Kontakt mit dem Patienten und das Hinwirken auf Termintreue,
 - Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystems mit dem Patienten sowie
 - Kontaktaufnahme und den Austausch zur Anbahnung von weiteren Leistungen und Hilfen für den jeweiligen Patienten.

§ 6 Aufgaben und Koordination des Netzverbands

- Netzverbandsmitglieder haben durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur sicherzustellen, dass
 - die Koordination erfolgt,
 - die Herstellung des Erstkontakts **nach Überweisung oder Empfehlung in Eingangssprechstunde zur Klärung der Voraussetzungen innerhalb von sieben Werktagen** erfolgt,
 - die **differenzialdiagnostische Abklärung innerhalb von sieben**

- **Werktagen** nach Feststellen des Vorliegens der Voraussetzungen erfolgt,
- der Beginn der Behandlung zeitnah erfolgt,
- eine einheitliche Patientenkommunikation gewährleistet ist,
- eine einheitliche Befund- und Behandlungsdokumentation erfolgt,
- die elektronische Kommunikation innerhalb des Netzverbundes gewährleistet ist,
- **die Patienten in Krisen jederzeit betreut werden können,**
- Regelungen zur Terminfindung innerhalb des Netzverbundes getroffen werden,
- **patientenorientierte regelmäßige Fallbesprechungen** (erstmalig spätestens einen Monat nach Erstgespräch, danach mindestens zweimal im Quartal) erfolgen sowie
- Qualitätsmanagementverfahren vereinbart und dann eingehalten werden.
- Die Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgt auf Basis einer informierten Einwilligung.

§ 7 Zugang

- Die Versorgung nach dieser Richtlinie bedarf der Überweisung oder der Empfehlung, sofern ein direkter Zugang nicht bei einem Netzverbandsmitglied erfolgt.
- Überweisung oder Empfehlung durch alle an der Versorgung beteiligten Vertragsärzte/-psychotherapeuten, sozialpsychiatrischen Dienste oder Einrichtungen möglich, kann im Rahmen des Entlassmanagements ausgesprochen werden.

§ 8 Diagnostik und Behandlung

- **Eingangssprechstunde (innerhalb von sieben Werktagen): Facharzt oder Psychotherapeut überprüfen Vorliegen der Kriterien**
 - Diagnose,
 - Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen sowie
 - Notwendigkeit des Einsatzes von mindestens zwei Maßnahmen pro Quartal durch Leistungserbringer unterschiedlicher Disziplinen.

- **Differenzialdiagnostische Abklärung durch Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin oder Nervenheilkunde (spätestens sieben Tage später):**
 - psychische, somatische und soziale, soweit erforderlich interdisziplinär abzustimmende Diagnostik und Indikationsstellung sowie
 - Grundlage für vorläufigen Gesamtbehandlungsplan.
- **Bezugsarzt dann obligat**, wenn behandlungsleitende somatische Hauptdiagnose, relevante somatische Komorbidität oder psychopharmakologische Behandlung (Dosiseinstellung) vorliegen.

§ 9 Gesamtbehandlungsplan

- Wird auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung erstellt.
- Wird durch Bezugsarzt/-therapeut erstellt, beteiligte Leistungserbringer sind einzubeziehen.
- Enthält:
 - Therapieziele,
 - Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen,
 - Bedarf an Heilmitteln, Soziotherapie und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege,
 - Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringer außerhalb der Versorgung sowie
 - Kriseninterventionsplan.
- Ist während der gesamten Behandlung nach Richtlinien für alle Beteiligten verbindlich.
- Etwaiger Änderungsbedarf wird Bezugsarzt/-therapeut mitgeteilt, die Entscheidung liegt bei ihm.

§ 11 Erleichterung des Sektorenübergangs

- Im Rahmen des Entlassmanagements ist die Versorgung nach Richtlinie zu berücksichtigen.
- Bei Verdacht auf Indikation nach § 2 empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer Versorgung nach Richtlinie, nimmt Kontakt zu Netzverbund an und vereinbart einen Termin zur

Eingangssprechstunde (innerhalb von sieben Werktagen nach Entlassung).

- Im Falle einer psychotherapeutischen Behandlung im Rahmen einer anschließenden Versorgung nach Richtlinie kann eine probatorische Sitzung in einer vertragsärztlichen Praxis oder im Krankenhaus stattfinden

§ 12 Verlaufskontrolle und Beendigung

- Die Beurteilung des Behandlungsfortschritts ist regelmäßig durch Bezugsarzt/-therapeut vorzunehmen und soweit erforderlich Ziele anzupassen.
- Das Vorliegen der Voraussetzungen ist halbjährlich durch Bezugsarzt/-therapeut zu überprüfen.
- Bei Erreichen der Ziele ist die Versorgung außerhalb der Richtlinie frühzeitig anzustreben, personelle Kontinuität ist nach Möglichkeit zu wahren.
- Der Bezugsarzt/-therapeut erstellt einen Überleitungsplan mit wesentlichen Informationen über den Behandlungsverlauf.

§ 13 Evaluation

- Der G-BA evaluiert **innerhalb von fünf Jahren** die Auswirkungen des Konzepts auf die Versorgungsqualität der Zielgruppe.

Fazit der Verbände

Wir begrüßen es sehr, dass die Richtlinie nun verabschiedet wurde. Das Konzept soll in einem großen Wurf viele Versorgungsprobleme lösen: das Wartezeitenproblem, die Koordination von mehreren Berufsgruppen angesichts der komplexen Versorgungsbedürfnisse bei den Erkrankungen in unseren Gebieten, eine bessere Kooperation mit den Krankenhäusern sowie das Entlassmanagement. Die meisten der Ziele unserer Verbände wurden erreicht. Wir hätten uns allerdings gewünscht, dass auch die demenziellen Erkrankungen in diese Versorgungsrichtlinie eingeschlossen wären. Hier besteht aus unserer Sicht ein enormer Versorgungsbedarf. Zudem halten wir es für ausgesprochen schade, dass Fachärzte für Neurologie zwar teilnehmen können, jedoch nicht als Bezugsärzte fungieren dür-

fen. Darüber hinaus ist die Zugangsvoraussetzung eines GAF-Werts von ≤ 50 eine hohe Hürde.

Besonders erfreut sind wir dagegen darüber, dass in der Position der Koordinatoren auch unsere medizinischen Fachangestellten aufgeführt werden. Diese sind mit der Behandlung von neurologischen und psychiatrischen Krankheitsbildern und mit den besonderen Kommunikationsbedürfnissen der Patienten genauso gut und häufig sogar besser vertraut als die aktuell genannten Berufsgruppen der Ergotherapeuten, Sozialtherapeuten und weitere.

Letztlich bleibt die spannende Frage, wie sich das Konzept in den realen Behandlungsalltag integrieren wird. Wir werden als Verbände entsprechende Schulungen anbieten, sobald die Umsetzung begonnen werden kann.

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach

DGPPN-Kongress 2021

Termine zu Verbandsveranstaltungen und Mitgliederversammlung

- 24. November 2021
13:30–15:00 Uhr, Saal A 5
DF-02 Diskussionsforum: Ärztliche Psychotherapie
- 24. November 2021
13:30–15:00 Uhr, Saal A 2
DF-03 Diskussionsforum: Psychische Belastungen von Einsatzkräften im Zusammenhang mit der Flutkatastrophe in RLP und NRW
- 24. November 2021
15:30–19:30 Uhr, Raum R 9
WS-112 Ein-Tages-Workshop: Digitale Angebote in der psychiatrischen Versorgung
- 25. November 2021
08:30–10:00 Uhr, Saal New York 2
S-049 Symposium: Psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit kognitiven Einschränkungen
- 25. November 2021
10:15–11:45 Uhr, Saal London 1
S-062 Symposium: Vernetzte Versorgung in Psychiatrie und Psychotherapie

- 25. November 2021
17:15–18:45 Uhr, Saal New York 1
S-044 Symposium: Körperliche Abklärung psychischer Beschwerden und Mitbehandlung somatischer Komorbiditäten – eine Aufgabe der Versorgungscoordination.
Vortrag von Dr. Roth-Sackenheim: „Das ist alles nur psychisch (...)\", wenn der Psychiater zum medizinischen Detektiv wird
- 25. November 2021
17:15–18:45 Uhr, Raum M 1
FV-13 Freie Vorträge: Angebot und Inanspruchnahme sowie Herausforderungen und Good-Practice-Lösungen im ambulanten psychiatrischen Versorgungssystem in der Pandemie – Ergebnisse der COVID-Psy ambulant Studie
- 26. November 2021
10:15–11:45 Uhr, Saal Paris 1
s-118 Symposium: Die ambulante Versorgung psychisch kranker Menschen während der Corona-Pandemie.
Vortrag von Dr. Sabine Köhler: Vertragsärztliche psychiatrische Versorgung während

der Corona-Pandemie: in der Praxis, im Pflegeheim und durch Videosprechstunde

- 26. November 2021
15:30–17:00 Uhr, Saal Paris 2
DF-14 Diskussionsforum: Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen brauchen ambulante Komplexleistungen
- 27. November 2021
8:30–12:30 Uhr, Raum R 7
WS-164 Ein-Tages-Workshop: Eigene Praxis – der Weg zum Erfolg
- 27. November 2021
12:30–13:00 Uhr, Saal A 1
DF-17 Diskussionsforum Aducanumab

Mitgliederversammlung BVDP:

26. November 2021
12:00–14:00 Uhr, per Videokonferenz
Zugangsdaten werden nach Anmeldung auf der Homepage (www.berufsverband-psychiater.de) versendet.

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach

Demenzversorgung

Der Alltag in der psychiatrischen Praxis wird nicht mehr sein, wie er einmal war

Die Versorgung von Demenzpatienten gehört für uns Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Nervenärzte zum Praxisalltag. Wir sind in Diagnostik und psychosoziale Interventionen involviert. Die Neuzulassung eines ersten Beta-Amyloid-Antikörpers verändert jedoch die Welt der Demenzversorgung – was kommt auf uns zu?

Aufklärungskampagnen in den vergangenen Jahrzehnten führten dazu, dass wir Demenzpatienten heute häufiger in einem frühen Krankheitsstadium sehen und nicht selten die Erstdiagnostik durchführen. Allerdings kennen wir auch Patienten, bei denen eine Vorstellung zu einem deutlich früheren Zeitpunkt wünschenswert gewesen wäre. Die Bandbreite von Personen mit gewünschter Demenzdiagnostik reicht von stark besorgten und mitunter sehr jungen Menschen über solche vor oder kurz nach dem 60. Lebensjahr, die ihre Vergesslichkeit untersuchen lassen wollen, bis hin zu hochbetagten und multimorbiden Patienten in Pflegeheimen. Bei Betroffenen mit einer Demenzdiagnose sehen wir sowohl „psychopathologische Unauffälligkeit“ als auch extreme und durch scheinbar nichts zu beeinflussende Verhaltensauffälligkeiten.

ten. Eine Diagnostik sollte so früh wie möglich erfolgen, um Krankheitsbefürchtungen ausschließen zu können, somatische Erkrankungen zu identifizieren und die notwendige Behandlung zu ermöglichen.

Werden wir als Fachärzte konsultiert, prüfen wir die bereits erfolgte sowie aktuell notwendige Diagnostik und beraten die Patienten dann gegebenenfalls zu einer möglichen Behandlung. Dabei gilt stets, dass ein frühestmöglicher Beginn der Behandlung von enormer Bedeutung ist, denn mithilfe von Antidementiva besteht die Möglichkeit, den Krankheitsverlauf zumindest zu verzögern und Verhaltensauffälligkeiten zu mindern oder gar zu vermeiden. Dem Krankheitsbild „Demenz“ haftet allerdings noch immer die hartnäckige Vorstellung an, dass hier ein unveränderbarer Schicksalsweg beschritten werden muss. Dies führt nicht

selten zu einer verspäteten Diagnostik, was eine Behandlung zu einem möglichst frühen Zeitpunkt verhindert. Folglich kommen auch sozialmedizinische Interventionen erst zeitverzögert zum Einsatz. Nicht allein die Patienten, sondern auch deren Angehörige können somit von einem Versorgungsdefizit betroffen sein.

Das pharmakologische Know-how der Psychiater bei der Demenz

Bedeutungsvoll ist zunächst die Differenzialdiagnostik der „Gedächtnisstörungen“. Hier gilt es insbesondere, Erkrankungen mit begleitenden Gedächtnisstörungen, wie Vitaminmangelzustände, Schilddrüsenerkrankungen oder einen Normaldruckhydrozephalus zu identifizieren und deren Akutbehandlung zu beginnen. Besteht der Verdacht auf eine Demenz vom Alzheimer-Typ, kommen nach Ausschluss anderer Ursachen Antidementiva aus der Gruppe der Cholinesterasehemmer oder das etablierte Memantin zum Einsatz.

Pharmakologisch werden viele Psychiater erst zu Rate gezogen, wenn in einem fortgeschrittenen Demenzstadium Verhaltensauffälligkeiten die Versorgung und Pflege erschweren. Die Behandlung von Schlafproblemen, Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus, depressive Verstimmungen oder aber Unruhe, Hinfälligkeit sowie Aggressivität bis hin zu tätlichen Übergriffen insbesondere in der Körperpflege erfordern umfassende Kenntnisse der Psychopharmakologie, die der Psychiater und Nervenarzt während seiner Facharztweiterbildung er-



Die Diagnose Demenz verändert das gesamte Leben – sollte hierzulande eine erste krankheitsmodifizierende Therapie zugelassen werden, ist also zu erwarten, dass sich immer mehr Besorgte in unseren Praxen vorstellen werden.

worben und im Praxisalltag vertieft hat. Wir Ärzte kennen atypische Verläufe einer Demenzerkrankung, bei der das Lebensumfeld des Betroffenen aufgrund durchwachter Nächte und lauter sowie aggressiver verbaler und tätlicher Entäußerungen an die Belastungsgrenzen kommt. Das Bemühen um eine ausreichende medikamentöse Behandlung der beschriebenen Beschwerden ist groß, gelingt jedoch leider nicht immer in einem zufriedenstellenden Maße. Psychiater beherrschen den differenzierten Einsatz von Antipsychotika in der Behandlung demenzbedingter Verhaltensauffälligkeiten. Sie besitzen Kenntnisse zum Wechsel- und Nebenwirkungsprofil der eingesetzten Substanzen und sollten aus diesen Gründen unbedingt in die Behandlung der Demenzpatienten eng mit einbezogen werden.

Im Dschungel der Demenzversorgung

Die Behandlung erfolgt in Facharztpraxen, im Rahmen von Hausbesuchen im Lebensumfeld der Patienten und vor allem in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheimen). Insbesondere bei Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung, gelegentlich aber auch schon bei einer erkennbar beginnenden Demenz, werden die betreuenden Angehörigen (z. B. Partner, Kinder) oder andere Bezugspersonen (z. B. Betreuer, Pflegekräfte) in die Behandlung integriert. Es erfolgt zumeist im Rahmen der Fremdanamnese eine Erhebung der Problemsituation im Lebenskontext, eine Beratung zur sozialmedizinischen Unterstützung sowie eine Mitbetreuung der Pflegenden. Hier ist also der sozialmedizinische Aspekt von besonderer Bedeutung. Wir können die Erkrankung des Gehirns eines Demenzpatienten nicht isoliert behandeln, sondern müssen ihn in seiner Lebenssituation und sozialen Einbettung kennenlernen. Nur wenn wir auch die Ressourcen für die Betreuung des Patienten kennen, können wir kluge medizinische Entscheidungen bei der Behandlung treffen, Medikamente sparsam einsetzen und unsere Empfehlungen und Beratungen zielgerichtet weitergeben.

Schlussendlich sehen wir Patienten oft in einem fortgeschrittenen Krankheits-

stadium. Wir Psychiater steuern dann vor allem die Behandlung der demenzbedingten Verhaltensauffälligkeiten und beraten die Angehörigen zur Pflege der Patienten.

Psychosoziale Interventionen

Begibt sich ein Mensch mit der Sorge, unter einer Demenzerkrankung zu leiden, in eine psychiatrische Praxis, erwartet ihn ein sehr intensives Explorationsgespräch. Neben der Erfragung der möglichen Symptome und der zeitlichen Entwicklung kommen Lebensumstände und biografische Daten zu Sprache. Gespräche im Zusammenhang mit der Diagnostik und vor allem Behandlung einer Demenzerkrankung führen zu den sozialmedizinischen Faktoren, die enorme Bedeutung für den Patienten selbst, aber auch für sein Umfeld haben. Nicht selten sind Lebenspartner, Kinder, andere Verwandte oder Freunde bei diesen Gesprächen anwesend und müssen zusammen mit dem Patienten sensibel über Prognose, Behandlung und medizinische sowie soziale Probleme der identifizierten Erkrankung aufgeklärt werden. Fragen zur Vorsorgevollmacht oder gesetzlichen Betreuung, zur Wohnsituation, nichtmedikamentösen Behandlungsformen und vieles mehr, müssen im sozialen Kontext besprochen werden. Häufig kommt es zu einer Mitbehandlung der zunehmend überforderten Angehörigen. Hier ist ein stilles Versorgungsdefizit zu bemerken: Hauptversorger von Demenzpatienten sind Angehörige, die wiederum selbst Unterstützung und Anleitung in der für sie neuen und mitunter alltagseinschränkenden Lebensphase benötigen.

Kern der Gespräche mit den Angehörigen von Demenzpatienten sowie in den Gesprächen mit Betroffenen in frühen Krankheitsphasen ist der Einsatz nicht-medikamentöser Behandlungs- und Unterstützungsoptionen. Diese reichen vom Training kognitiver- und Alltagsfähigkeiten bis hin zu spezifischen Gesprächstechniken zur Kontaktaufnahme mit schwer dementen Personen. **Psychosoziale Interventionen** für Demenzpatienten und deren Angehörige und Bezugspersonen sollten aus diesen Gründen Standard in der Demenzversorgung sein.

Psychosoziale Interventionen bei Demenz

- Ergotherapie – individuell an den Patienten angepasst
- Körperliche Aktivierung
- Künstlerische Therapien – insbesondere Musiktherapie (auch Kunst-, Tanztherapie, ...)
- Sensorische Verfahren: Aromatherapie, Snoezelen, Massagen/Berührung
- Familienähnliche Essenssituationen
- Tagesstrukturierung und -aktivierung
- Psychoedukation für Angehörige, „Angehörigentraining“

Ein Paukenschlag in der Alzheimer-Therapie

In den vergangenen Jahrzehnten wurden Anstrengungen zur Entwicklung von Medikamenten unternommen, die heilend in den Krankheitsprozess der Demenz eingreifen. Wir wissen, dass die Alzheimer-Demenz sich bereits viele Jahre vor dem Auftreten der ersten wahrnehmbaren Symptome entwickelt. Diagnostizieren wir heute eine sogenannte leichte kognitive Beeinträchtigung (mild cognitive impairment, MCI) können wir allerdings nicht therapeutisch eingreifen.

Es war wie ein Paukenschlag: Nach Misserfolgen in der Forschung wurde in den USA eine Substanz zugelassen, die krankheitsmodulierend – insbesondere in die Frühphase der Demenz vom Alzheimer-Typ – eingreifen kann (wir berichteten, zuletzt in NeuroTransmitter 2021;32(10):22-4). Ein monoklonaler Antikörper gegen Beta-Amyloid weckt die Hoffnung auf eine wirksame Beeinflussung des Krankheitsverlaufs. Damit verbunden wird auch in Deutschland die Zahl der Menschen steigen, die gefühlt oder tatsächlich unter Gedächtnisstörungen leiden und deswegen eine Diagnostik wünschen.

Verstärkte Nachfrage nach Diagnostik

Eine möglichst frühe **Diagnostik** der schleichend beginnenden Erkrankung ist, wie eingangs erwähnt, für jede Intervention von großer Bedeutung. Neben der klinischen Untersuchung kommen Testinstrumente, Bildgebung und Li-

Demenzdiagnostik

- Anamnese (Eigen-, Fremd-, Familien- und Sozialanamnese)
- Körperliche und psychopathologische Untersuchung
- Kognitiver Kurztest (z. B. DemTect, MMST, MoCA, auch Uhrentest)
- Bildgebung mittels cMRT oder cCT sowie gegebenenfalls PET
- Labor: BB, Elektrolyte, BZ, TSH, BSG (oder CRP), GOT, GGT, Kreatinin, Harnstoff, Vitamin B12
- Erweiterte Labordiagnostik bei unklarer Symptomkonstellation
- Gegebenenfalls EEG
- Liquordiagnostik – insbesondere mit Bestimmung der Destruktionsparameter Beta-Amyloid-1-42, Gesamt-Tau und pTau
- Vertiefte neuropsychologische Diagnostik (z. B. mittels CERAD, ADAS-cog, CDR ...)

quorpunktion zum Einsatz. Letztere wird vor dem Einsatz des Beta-Amyloid-Antikörpers unverzichtbar sein. Klinische Untersuchungen, die Erhebung des psychopathologischen Befundes sowie die differenzialdiagnostische Laboruntersuchung gehören zum psychiatrischen Handwerk. Entscheidend für den Behandlungsbeginn wird die Liquorpunktion sein, denn eine typische Befundkonstellation aus Beta-Amyloid und Tau-Protein birgt zusammen mit der klinischen Untersuchung, neuropsychologischen Testung, zerebralen Bildgebung und dem Ausschluss konkurrierender Erkrankungen, die zuverlässigste Aussagekraft für das Vorliegen einer beginnenden Alzheimer-Demenz.

Aufgrund der bereits erwähnten steigenden Nachfrage nach einer frühen Diagnostik werden Patienten verstärkt ihre Hausärzte, dann aber auch insbesondere die hier kompetenten Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie aufsuchen.

Die erforderliche Diagnostik kann vollumfänglich ambulant erfolgen, denn alle Untersuchungsmethoden werden von Psychiatern und Neurologen während der Facharztweiterbildung erlernt und angewendet. Sie könnten fast ausnahmslos in der Praxis durchgeführt werden. In der Behandlung der Multiplen Sklerose hat sich die umfängliche Diagnostik einschließlich der Lumbalpunktion in neurologische Praxen vielerorts durchgesetzt. Auch angehende Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie erlernen verpflichtend diese Untersuchungsmethode, entweder während ihrer Ausbildung in der Psychiatrie – zumeist auf den Akutstationen oder in der Gerontopsychiatrie – oder aber im Weiterbildungsjahr Neurologie.

Wegen der bislang nur geringen Relevanz der Diagnostik in einer großen psychiatrischen Versorgerpraxis wurde eine Liquorpunktion bisher nicht im ambulanten vertragsärztlichen Setting durchgeführt. Da fiel es auch gar nicht auf, dass die Abrechnungsmöglichkeit einer solchen Untersuchung im EBM-Kapitel für Psychiater fehlt. Dies sowie die angemessene Erhöhung der Bewertung dieser Untersuchungsziffer muss dringend im Bewertungsausschuss aufgearbeitet werden.

Probleme in der neuropsychologischen Versorgung

Die Erbringung differenzierter neuropsychologischer Untersuchungen, wie von der aktuell geltenden Leitlinie empfohlen, findet heute vor allem in Spezialambulanzen und gerontopsychiatrischen, geriatrischen oder neurologischen Tageskliniken statt. Die Etablierung ambulant vertragsärztlich vorzunehmender neuropsychologischer Leistungen im Rahmen der Demenzdiagnostik ist bisher nicht gelungen. Spezialisierte Neuropsychologen werden zwar ausgebildet, jedoch ist die Hürde zum Erreichen dieser Spezialisierung sehr hoch und die Möglichkeit einer Kassensitz-Niederlassung an die Planung der Psychotherapeutenplätze gebunden. Für Fachärzte ist die Erbringung dieser spezialisierten Leistung gar nicht möglich, obwohl sie die in vielen Ausbildungseinrichtungen und Kliniken erlernen und erster Ansprechpartner für die Patienten sind, die einer neuropsychologischen Diagnostik und Behandlung bedürfen. Eine Überarbeitung der Regularien ist dringend geboten, damit diese Leistung niederschwellig erbracht wer-

den kann und eine Flaschenhalsbildung im Zugang zu notwendigen Behandlungen vermieden wird.

Fazit: Beta-Amyloid-Antikörper bald auch in Deutschland?

Diese Frage kann heute noch nicht definitiv beantwortet werden. Jedoch besteht nach Jahren der Stagnation in der Demenzforschung nun eine Behandlungsoption – bisher nur in Übersee, doch der Transfer in die deutschen Praxen, Kliniken und Spezialambulanzen ist nicht unwahrscheinlich.

In einer Phase der Erkrankung, die wir bisher aufgrund der fehlenden Empfehlungen wenig beachtet haben, gibt es nun eine Therapieoption. Es ist zu erwarten, dass es zu einer wachsenden Inanspruchnahme von Diagnostikleistungen kommen wird. Diese muss differenziert fachärztlich erfolgen. Psychiater und Neurologen in den vertragsärztlichen Praxen sind fachlich hervorragend ausgebildet und verfügen über Vernetzungen im Rahmen ihrer KV und Region mit Hausärzten, anderen Fachärzten, Psychotherapeuten und Kliniken. Diagnostik und Behandlung können im Verbund mit den entsprechenden Fachkollegen vollumfänglich ambulant erfolgen. Allerdings müssen Rahmenbedingungen verbessert werden, damit zum einen die Diagnostik Elemente niederschwellig und flexibel eingesetzt werden können (vor allem die Neuropsychologie), zum anderen die Versorgung kostendeckend durch alle Experten möglich ist (die Liquorpunktion ist durch vertragsärztlich tätige Neurologen und Psychiater erbringbar). Diese Zielforderungen verfolgen die Berufsverbände BVDP und BVDN im Zusammenschluss mit dem BDN aktuell intensiv in den Selbstverwaltungsgremien.

AUTORIN

Dr. med. Sabine Köhler

Vorsitzende des BVDN
 Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

E-Mail: sab.koehler@web.de



Strafverfahren gegen Psychiater

„Setzen Sie sich persönlich kritisch mit den Gutachten auseinander!“

Im Gespräch mit der BVDP-Vorsitzenden Dr. Christa Roth-Sackenheim teilt der ehemalige leitende Oberarzt und stellvertretende Direktor der Psychiatrischen Klinik der Universität zu Lübeck Prof. Dr. Ulrich Schweiger seine Einschätzung zum Ablauf von Strafverfahren gegen psychiatrisch Tätige. Er stellt dazu zwei Fälle vor und zeigt detailliert auf, welche Fehler bei der medizinisch-forensischen Begutachtung unterlaufen sind und wie diese das öffentliche Ansehen der Psychiatrie beschädigen können.

? Herr Schweiger, Sie haben gemeinsam mit dem Direktor des Amtsgerichts Bad Segeberg, Dr. Jörg Grotkopp, im Juli diesen Jahres im Schleswig-Holsteinischen Justizministerialblatt (SchlHA 7/2021, www.researchgate.net/profile/Ulrich-Schweiger/research) einen Artikel mit dem Titel „Psychiatrie auf der Anklagebank“ veröffentlicht. Wie kam es dazu?

Prof. Dr. Ulrich Schweiger: In den letzten Jahren kam es bedauerlicherweise zu zwei Todesfällen von Patienten in der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Lübeck. Diese wurden zum Gegenstand von Strafverfahren, die zwar jeweils ohne Verurteilung endeten, jedoch wegen ihrer Öffentlichkeitswirksamkeit zu einem erheblichen Ansehensverlust der Psychiatrie geführt haben. Wie Sie sich vorstellen können, haben die Strafverfahren auch die behandelnden Ärzte und Therapeuten, die sich ihrer Verantwortung natürlich vollkommen bewusst sind und diese auch bereitwillig tragen, erheblich verunsichert und nachhaltig belastet.

? Haben Sie deshalb den Untertitel „Im Spannungsfeld zwischen medizinisch-ethischer und juristischer Verantwortung“ gewählt?

Schweiger: So ist es. Tatsächlich lagen in beiden Fällen gravierende Mängel der medizinisch-forensischen Gutachten vor. Ziel meines Diskussionsbeitrages soll es sein, das Bewusstsein für die problematischen Fragen zu schärfen und damit unnötige signifikante Belastungen für Beteiligte nach Möglichkeit in der Zukunft zu vermeiden.

? Sie schildern im Artikel die beiden Fälle ausführlich. Können Sie diese für uns bitte kurz zusammenfassen?

Schweiger: Es handelte sich in dem ersten Fall um einen 33-jährigen Mann, der im August 2017 auf einer sogenannten Goa-Party zu Gast war. Am nachfolgenden Tag geriet er in einen für ihn völlig untypischen, sich immer weiter steigenden Erregungszustand mit Schlagen, lautem Schreien, Spucken sowie vollkommen fehlender Zugänglichkeit gegenüber sämtlichen Deeskalationsversuchen. Das Team der psychiatrischen Notaufnahme mit zwei Ärzten, drei Mitarbeitern des Pflegedienstes und zwei Mitarbeitern des Sicherheitsdienstes versuchten unter Mithilfe von fünf Polizeibeamten den Patienten zu fixieren und mit Rapid Tranquillization zu sedieren (es handelt sich hierbei um die Standard Operating Procedure für diese Situation mit einer intramuskulären Injektion einer neuroleptischen Substanz und eines Benzodiazepins). Etwa 15 Minuten nach Beginn dieser Maßnahme erlitt der Patient einen plötzlichen Herzstillstand. Es wurden sofort und erfolgreich Reanimationsmaßnahmen durchgeführt. Er wurde intubiert und beatmet auf eine Intensivstation verlegt. Er verstarb zwei Tage später an den Folgen einer hypoxischen Hirnschädigung.

? In der Folge entstand der strafrechtlich relevante Vorwurf, die Fixierungsversuche hätten in Form von exzessiver Gewaltanwendung zum Tod des Patienten geführt, man habe ihm mehrfach ein Kissen aufs Gesicht gedrückt, richtig?

Schweiger: Genau. Hierbei handelte es sich jedoch um eine Falschdarstellung, die man leicht hätte aufklären können. Medizinisch ist für uns Psychiater jedoch viel relevanter, dass solche Erregungszustände nach einem oft im Nachhinein nicht mehr zu klärenden Konsum verschiedener Substanzen immer häufiger auftreten. Im vorliegenden Fall wurden post mortem verschiedene Substanzen wie Kokain, andere Amphetamine sowie 5F-ADB, ein synthetisches Cannabinoid, festgestellt.



Prof. Dr. med. Ulrich Schweiger ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und seit 2021 im Ruhestand.

? *Eine gefährliche Mischung ...*

Schweiger: 5F-ADB ist ein hochpotenter Agonist am CB1- und CB2-Rezeptor. Es handelt sich um ein synthetisches Cannabinoid, das zum Beispiel als „Badesalz“ vertrieben wird. Wichtige unerwünschte psychische Wirkungen von Cannabinoiden sind: Agitation, Halluzinationen, Panikattacken und akute Psychosen (Moosmann B, Auwärter V. *Handb Exp Pharmacol.* 2018;252:383–410). Die Substanz greift zudem stark in die Regulation des Kreislaufs durch das autonome Nervensystem ein. Bei Intoxikation kann ein gesteigerter Sauerstoffverbrauch entstehen, der nicht durch den Parasympathikus gedämpft wird und nicht ausreichend durch vermehrte Atmung kompensiert werden kann. Die Substanz wird mit einer Reihe von plötzlichen Todesfällen in Verbindung gebracht. Mitarbeiter von Rettungsdiensten berichten über Fälle von außergewöhnlich intensiver Aggressivität im Zusammenhang mit Cannabinoid-Intoxikationen. Dies steht im Kontrast zu der intuitiven Erwartung eines sedierenden Effekts dieser Substanzen.

Bei der Autopsie von Menschen, deren Tod vermutlich durch 5F-ADB bedingt war, zeigten sich Hirnödem, Lungenödem, Blutstauung in den inneren Organen und petechiale Blutungen an den Augenlidern und der Gesichtshaut (Angerer V et al. *Forensic Sci Int.* 2017;281:e9–e15). Es handelt sich also bei der Autopsie um ein Muster von Befunden, das große Ähnlichkeit mit einem Tod durch Erstickung hat. Wie aus der Schilderung deutlich wird, ist im vorliegenden Fall die Intoxikation mit 5F-ADB eine wahrscheinliche Todesursache. Da die Intoxikation erst post mortem und nur qualitativ nachgewiesen wurde, ist dies natürlich nicht mit Sicherheit zu beweisen.

Rapid Tranquilization ist bei ausgeprägten Intoxikationen mit Cannabinoiden (mit Einschränkungen) keine medizinisch ausreichende Behandlung, da der möglicherweise zum Tode führende Pathomechanismus des gesteigerten Sauerstoffverbrauchs nicht schnell genug unterbrochen wird. Die möglichst rasche Einleitung einer Narkose, Relaxation und Beatmung kann hier lebensrettend sein. Diese Möglichkeit steht allerdings in einer psychiatrischen Notaufnahme typischerweise nicht zur Verfügung.

? *Wie verhielt es sich nun hierbei mit dem Vorwurf der Erstickung?*

Schweiger: Ein wichtiges Thema ist hierbei „positional asphyxia“. Der Begriff beschreibt das Phänomen plötzlicher Todesfälle im Zusammenhang mit Einschränkungen der Bewegungsmöglichkeiten, also durch Anwendung von Zwangsmaßnahmen, insbesondere bei in Bauchlage auf dem Boden liegenden Menschen. Traditionell wurde angenommen, dass der Tod durch Einschränkung der Bewegungsmöglichkeiten des Atemapparates und der dadurch resultierenden Asphyxie eintritt. Tatsächlich muss dieses Konstrukt differenziert betrachtet werden. So wurde bei einer großen Zahl der in diesem Zusammenhang aufgetretenen Todesfälle ein Konsum von Stimulanzien und Cannabinoiden nachgewiesen. Weiterhin ist unklar, welche Kräfte tatsächlich einwirken müssen, um die Sauerstoffzufuhr relevant einzuschränken (Karch SB. *J Forensic Leg Med.* 2016;41:36–41).

Unabhängig von diesen Überlegungen stehen Ärzte, die es in Notaufnahmen mit hochgradig agitierten Patienten zu tun haben, vor dem Dilemma, einerseits die

»Die richtige Dosierung der Gewaltanwendung ist ein wichtiges Thema; zu wenig verlängert den agitierten Zustand, zu viel kann den Patienten schädigen oder auch psychologisch traumatisieren.«

Patienten vor den Folgen des Erregungszustandes schützen zu müssen, andererseits mit Fixierung und Notfallmedikation eine Intervention durchzuführen, die mit Risiken und Nebenwirkungen verbunden ist. Die richtige Dosierung der Gewaltanwendung ist ein wichtiges Thema; zu wenig verlängert den agitierten Zustand, zu viel kann den Patienten schädigen oder auch psychologisch traumatisieren. Die meisten psychiatrischen Kliniken schulen deshalb ihre Mitarbeiter durch zertifizierte Trainer. Der Einsatz eines Kissens zum Schutz des Kopfes war im vorliegenden Fall das Ergebnis einer derartigen Schulung und wurde einem von an der Situation Beteiligten als „Drücken eines Kissens auf den Kopf“ wahrgenommen, was vom Gutachter unhinterfragt als Tatsache übernommen wurde.

? *Und wie lief schließlich der Prozess?*

Schweiger: Die Staatsanwaltschaft erhob Anklage wegen des Verdachts der Körperverletzung mit Todesfolge gegen zwei

Mitarbeiter des von dem Klinikum eingesetzten Sicherheitsdienstes, drei Krankenpflegekräfte, zwei Ärztinnen und die fünf an dem Einsatz beteiligten Polizeibeamten beim Landgericht Lübeck. Im weiteren Verlauf wurde seitens der Verteidigung darauf hingewiesen, dass das rechtsmedizinische Gutachten erhebliche Qualitätsmängel aufwies. Betont wurde insbesondere, dass die aus einer einzigen Aussage abgeleitete Annahme des Geschehensablaufes als wesentliche Tatsachengrundlage in das Gutachten übernommen wurde. In der Folge wurden keine ausreichenden Recherchen zu den differenzialdiagnostischen Möglichkeiten durchgeführt. Dies wiederum führte dazu, dass die Exposition gegenüber 5F-ADB zwar erwähnt wurde, die Implikationen für die Bewertung des pathologischen Befundes aber nicht einmal diskutiert wurden. Die zuständige Große Strafkammer lehnte im Zwischenverfahren aus verschiedenen Gründen die Eröffnung des Hauptverfahrens im Sinne der §§ 199,204 StPO ab. Die von der Staatsanwaltschaft hiergegen ge-

mäß § 210 Abs. 2 StPO beim Schleswig-Holsteinischen Oberlandesgericht eingelegte Beschwerde blieb ohne Erfolg.

? *In diesem Fall beschreiben Sie das Zusammenwirken einer Grenzsituation psychiatrischen Notfallhandelns mit neuen medizinischen Herausforderungen durch „Designer-Drugs“, deren Pharmakologie und tödliche Bedrohung zunehmend erforscht und verstanden wird. Für diese gibt es dringenden Fortbildungsbedarf bei uns Psychiatern, aber auch bei Anästhesisten und Intensivmedizinern. In Ihrem zweiten Fall bestand die Kniffligkeit ebenfalls in pharmakologischen Besonderheiten, richtig?*

Schweiger: Im zweiten Fall, der sich im März 2016 ereignete, war die 25-jährige Patientin bereits seit sechs Wochen stationär in der Spezialstation für Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und Essstörung in Behandlung gewesen. Sie litt seit etwas über zehn Jahren an einer Essstörung in

Form einer Anorexia nervosa. Sie war mit 42 kg bei einer Körpergröße von 171 cm ausgeprägt untergewichtig (BMI 14 kg/m²). Sie erbrach sich etwa zehn Mal am Tag und litt dadurch schon seit Jahren unter einer chronischen Hypokaliämie. Weitere psychiatrische Diagnosen waren eine Borderline-Persönlichkeitsstörung, eine chronische Depression und eine posttraumatische Belastungsstörung. Sie war eine sehr jung wirkende Person, die sehr aktiv war, Strecken innerhalb des Klinikums problemlos zu Fuß ging und mit vielen Mitpatienten und Teammitgliedern häufig und gerne in Kontakt war. Sie nahm auf der Station an einer intensiven Psychotherapie teil und wurde psychopharmakologisch mit den Substanzen Fluoxetin und Trimipramin, jeweils in Standarddosierungen behandelt. Um die Gefährdung durch die Hypokaliämie und mögliche Toxizität durch die Psychopharmaka einzugrenzen, wurden jeden Dienstag und Freitag ein Routinelabor untersucht und durch die internistische Abteilung des Universitätsklinikums ein EKG abgeleitet. An einem Mittwoch nahm sie noch am Mittagessen teil und zog sich dann in ihr Zimmer zurück. Sie wurde gegen 14:30 Uhr auf dem Bett sitzend tot aufgefunden. Wiederbelebungsmaßnahmen blieben erfolglos.

Auf der Grundlage der Autopsie, die sechs Tage nach dem Tod der Patientin stattfand, ergaben sich unter anderem folgende Post-mortem-Befunde:

- niedriges Gewicht des Herzens.
- Im Herzvollblut wurden folgende Medikamentenkonzentrationen gefunden:
 - Fluoxetin 1.600 ng/ml,
 - Norfluoxetin 740 ng/ml,
 - Trimipramin 1.600 ng/l,
 - Nortrimipramin 1.500 ng/ml.
- Im Blut der Vena cava lagen folgende Medikamentenkonzentrationen vor:
 - Fluoxetin 680 ng/ml,
 - Norfluoxetin 280 ng/ml,
 - Trimipramin 1.500 ng/l,
 - Nortrimipramin 690 ng/ml.

? Eine Fallkonstellation, wie wir sie auch im ambulanten Bereich häufig sehen: langjährige Anorexia nervosa, extrem niedriges Gewicht, häufiges Erbrechen, oft auch Missbrauch von Diuretika und Laxantien, Hypokaliämie, dabei leitliniengerechte Behandlung hochdosiert mit Fluoxetin, gegebenenfalls kombiniert mit Trimipramin. Was bestimmte den Prozess?

Schweiger: Es wurden durch die Staatsanwaltschaft mehrere Gutachten, ein psychiatrisches sowie ein rechtsmedizinisches (jeweils nebst Ergänzung), beauftragt. Die Gutachten kamen zu dem Schluss, dass der Tod infolge einer Trimipramin-Intoxikation und dadurch ausgelöst einer tödlich verlaufenden Herzrhythmusstörung erfolgt sei. Auf die Limitationen der erst sechs Tage post mortem erfolgten Autopsie und der vorher nicht vorliegenden Intoxikationszeichen wurde in den Gutachten nicht eingegangen.

? Wie war Ihre Position dazu?

Schweiger: Eine Literaturrecherche zum Thema Intoxikation mit einem trizyklischen Antidepressivum führt zum Thema Post-mortem-Redistribution und der Warnung vor Fehlklassifikationen von Todesfällen aufgrund dieses Phänomens. Nach Auffassung einer Vielzahl von Publikationen und Lehrbuchmeinungen macht eine Post-mortem-Distribution bei trizyklischen Antidepressiva wie Trimipramin und bei vielen anderen Pharmaka eine Quantifizierung der Ante-mortem-Konzentration unmöglich. Nur qualitative Aussagen dahingehend, ob beziehungsweise dass das Pharmakon genommen wurde, sind möglich. Es gibt eine Serie von tierexperimentellen Studien von Thor Hilberg aus Oslo zu dem Thema, die nach 96 Stunden etwa zehnfach höhere Werte in der Vena cava zeigen als in vivo (Hilberg T et al. J Forensic Sci. 1993;38:81–90). Eine aktuelle quasi-experimentelle Humanstudie von Dylan Mantiniaks aus Melbourne vom Department of Forensic Medicine der Monash University zeigt Folgendes: Bereits 18 Stunden nach dem Tod waren die Konzentrationen von Amitriptylin im Mittel um den Faktor 2,6 höher. Sehr auffällig war die hohe Streuung: Einzelne Werte waren bis zu 224-mal höher als ante mortem, andere dreifach niedriger (Mantiniaks D et al. J Anal Toxicol. 2021;45:368–77).

? Also hätte schon eine Literaturrecherche Aufklärung bringen können?

Schweiger: So ist es. Weiterhin zum Aspekt der Polypharmazie als Todesursache: Jegliche Polypharmazie ist aufgrund der damit verbundenen Risiken prinzipiell problematisch, allerdings bei vielen schweren psychischen und somatischen Erkrankungen unvermeidlich, um die Lebensqualität der Patienten zu erhalten (Carolan A et al. Evid



Post mortem kann sich die Verteilung von trizyklischen Antidepressiva im Körper ändern - das muss bei der forensischen Begutachtung beachtet werden.

Based Ment Health. 2019;22:139–41). Es handelt sich also immer um eine schwierige individuelle Güterabwägung. Im konkreten Fall ist es wichtig zu wissen, dass Fluoxetin die einzige Substanz ist, die für die Behandlung bulimischer Symptomatik zugelassen ist. Die Standarddosierung ist dabei 60 mg. Diese Substanz löst durch eine Blockade von Cytochrom P450 2D6 Wechselwirkungen mit praktisch allen weiteren Psychopharmaka aus, sodass unter anderem auf die Notwendigkeit besonderer Vorsicht beim gleichzeitigen Einsatz von Trimipramin hingewiesen wird. Eine Literaturrecherche belegt, dass bisher kein einziger Todesfall durch die therapeutische Einnahme dieser Kombination dokumentiert ist. Eine schleichende Intoxikation würde sich mit sehr großer Wahrscheinlichkeit durch Zeichen wie Sedierung, Gangunsicherheit oder Sprachstörung zeigen. Eine Einstufung der Kombination von Fluoxetin und Trimipramin als Behandlungsfehler ergibt sich weder aus Leitlinien noch Lehrbüchern noch aus dem konkreten Kontext, in dem eine engmaschige klinische Überwachung keine Hinweise auf eine Toxizität ergeben hat. Von dem im Verfahren hinzugezogenen internistischen Gutachter wurde ebenfalls verneint, dass es sich bei dem Einsatz dieser Kombination um einen Behandlungsfehler handelt.

? Auch die Interpretation der EKG-Befunde spielte hier eine Rolle ...

Schweiger: Die dem EKG entnommene QTc-Zeit ist ein wichtiger Indikator für das Risiko

von Herzrhythmusstörungen. Bei Frauen ist ein Wert von bis zu 470 ms normal, ab 500 ms ist von einer beginnenden, ab 600 ms von einer ausgeprägten Gefährdung auszugehen. Die Messung und Errechnung der QTc-Zeit erfordert eingehende Kenntnisse in der Auswertung von EKGs. Beispielsweise kann ein Kaliummangel zum Auftreten einer U-Welle führen, die dann in der automatischen Auswertung eine erhöhte QTc-Zeit vortäuscht. Im konkreten Fall wertete der hinzugezogene internistische Gutachter das EKG im Gerichtssaal aus und kam zu einem Wert von etwa 460 ms, also einem normalen Wert.

Patientinnen mit Anorexia nervosa, insbesondere die Patientinnen, die zusätzlich eine bulimische Symptomatik zeigen, sind in erheblichem Ausmaß von einem plötzlichen Herztod bedroht. Bereits bei im Mittel leichtgradiger Erkrankung steigt das Risiko um etwa den Faktor 15 (Frederiksen et al. *Electrophysiol.* 2018;11:e005995). Das Risiko ergibt sich aus mikrostrukturellen Veränderungen des Herzens, aus den Veränderungen im Elektrolytstoffwechsel und aus den Veränderungen im autonomen Nervensystem (Giovino et al. *Eat Weight Disord.* 2019;24:199–207). Plötzlicher Herztod ist die führende Todesursache bei dieser Patientengruppe. Das wurde auch von dem in dem Verfahren hinzugezogenen internistischen Gutachter bestätigt.

? *Wie lief schließlich dieser Strafprozess?*

Schweiger: Die Staatsanwaltschaft erhob Anklage wegen des Verdachts auf fahrlässige Tötung gegen den für die Behandlung der Patientin verantwortlichen Oberarzt. Im Rahmen der Hauptverhandlung wurden die erheblichen Qualitätsmängel des rechtsmedizinischen, aber auch des psychiatrischen Gutachtens deutlich. Es wurden dort keine Recherchen zu den methodischen Limitationen der Interpretation von Post-mortem-Konzentrationen von Pharmaka durchgeführt; der Einsatz von Pharmakakombinationen, die besondere Vorsicht erfordern, wurde mit einem Behandlungsfehler gleichgesetzt. Ferner waren mögliche Fehlerquellen bei der automatischen Auswertung von EKGs dem psychiatrischen Gutachter nicht bekannt. Es wurden Lehrbuchempfehlungen mit Leitlinienempfehlungen gleichgesetzt. Schließlich fehlten sowohl dem rechtsmedizinischen wie dem psychiatrischen Gutachter vertiefte Kenntnisse zu

den Besonderheiten der medizinischen Gefährdung bei Anorexia nervosa.

In der Folge wurde es erforderlich, weitere Gutachter aus den Gebieten der Pharmakologie und der Kardiologie in der Hauptverhandlung zu hören. Durch ihre Expertise konnten die Hypothesen der Anklage entkräftet werden. Ferner stellten sich getroffene Sicherungsmaßnahmen durch

» Wenn die Arbeit auf Stationen, auf der viele auch vital bedrohte Patienten versorgt werden, aus der Sicht der jungen Ärzte mit der Aussicht verbunden ist, dann „mit einem Bein im Gefängnis zu stehen“, dann ist das keine Werbung für unsere Fächer. «

die Nachbefundung des EKG im Gerichtssaal als ausreichend dar, die psychiatrische Medikation demgegenüber als nicht ungewöhnlich risikoreich. Das Verfahren endete letztlich nach für ein amtsgerichtliches Verfahren durchaus als aufwändig zu bezeichnender Beweisaufnahme mit einem Freispruch. Ein Rechtsmittel wurde seitens der Staatsanwaltschaft nicht eingelegt.

? *Was ist Ihr persönliches Fazit aus diesen Erfahrungen?*

Schweiger: Derartige Ereignisse können alle treffen, die in der Psychiatrie oder Psychosomatik tätig sind. Bei plötzlichen Todesfällen bei Patienten mit psychischen Störungen und einer angemessenen psychopharmakologischen Therapie ist eine Fehlklassifikation als Tod durch Intoxikation ein reales Risiko, wenn es an Hintergrundwissen über Post-mortem-Veränderungen fehlt.

Die Behandlung schwerkranker Patienten in der Psychiatrie und Psychosomatik wurde letztlich beschädigt. Wenn die Arbeit auf Stationen, auf der viele auch vital bedrohte Patienten versorgt werden, aus der Sicht der jungen Ärzte mit der Aussicht verbunden ist, dann „mit einem Bein im Gefängnis zu stehen“, dann ist das keine Werbung für unsere Fächer.

Wir müssen gewisse Standards bei der Erstellung von Gutachten erwarten können. Niemand will einen Korpsgeist im Sinne von „keine Krähe hackt der anderen ein Auge aus“. Gutachten müssen von Sachkenntnis, Sorgfalt, Fairness und Gerechtigkeit getragen sein. Gutachten dürfen nicht der Ort von Rivalitäten und Besserwisseri sein.

In keinem der beiden dargestellten Fälle ist letztlich eine Verurteilung der Beschuldigten beziehungsweise Angeklagten erfolgt. Man kann also bestätigen, dass das System der Strafjustiz im Ergebnis funktioniert hat. Der Verfahrensablauf allerdings gestaltete sich sicherlich nicht optimal. Für die Verfahrensbeteiligten, denen es ja von Berufs wegen stets um das Wohl der Patien-

ten geht, war der Vorwurf der Begehung eines Tötungsdeliktes ganz erheblich belastend. Hinzu kamen die Folgen der öffentlichen Berichterstattung. Die Beteiligten sahen sich einer Vorverurteilung in der Presse ausgesetzt.

Es wäre zu begrüßen, wenn die aufgezeigten Schwächen in den Gutachten dazu führten, dass zukünftig in vergleichbaren Fällen die allgemein geltenden Anforderungen an die Prüfung der Nachvollziehbarkeit und Schlüssigkeit bereits frühzeitig mit der erforderlichen Sorgfalt vorgenommen würden. Ansonsten droht im hochsensiblen Bereich der Psychiatrie, wo täglich ad hoc weitreichende Entscheidungen verantwortlich getroffen werden müssen, eine unangemessene Pönalisierung der medizinischen Arbeit, die am Ende dazu führen kann, dass aus Angst vor Kriminalisierung die im Sinne des Patienten wirklich erforderlichen Maßnahmen unterbleiben.

Noch ein Ratschlag an alle Kollegen, die in eine vergleichbare Situation geraten: Setzen Sie sich persönlich kritisch mit den Gutachten auseinander! In den beiden hier vorgestellten Fällen war jeweils nach einigen Stunden Recherche in PubMed und einigen Telefonaten mit Experten klar, dass die Schlussfolgerungen der Gutachter nicht aufrechtzuerhalten waren. Die Ihnen in einer derartigen Situation zugeordneten Juristen können das nicht leisten und weitere Gutachten ordnet ein Gericht typischerweise erst an, wenn Sie Rechtsmittel gegen ein bereits ergangenes Urteil einlegen.

? *Herr Schweiger, danke für das Interview!*

Hier steht eine Anzeige.



Rund um den Beruf

Elektronische Patientenakte

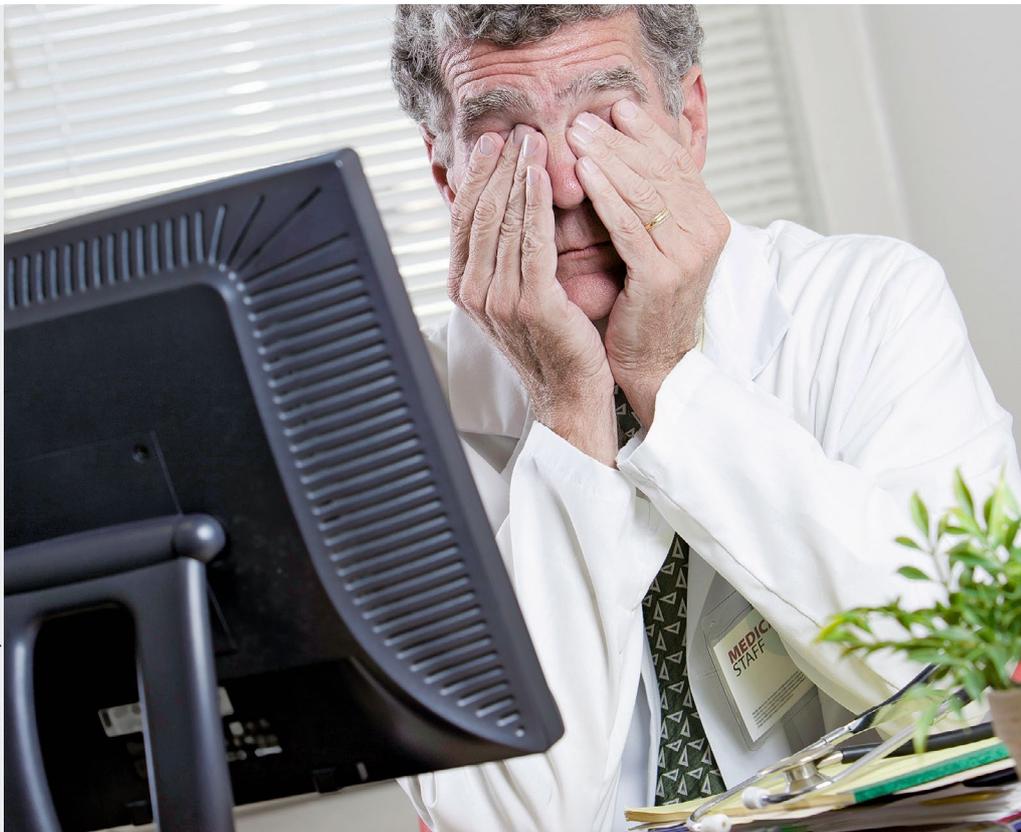
Zusätzlicher bürokratischer Aufwand mit unzureichender Vergütung

Als Teil der Telematikinfrastruktur steht Patienten seit Jahresanfang die elektronische Patientenakte zur Verfügung. Seit Mitte 2021 müssen Vertragsarzt- und -psychotherapiepraxen auf den Umgang mit dem digitalen Dokument vorbereitet sein. Einzelheiten zur Abrechnung der neuen ärztlichen Aufgaben in diesem Zusammenhang waren bisher nicht bekannt. Dies hat sich jetzt nach einer Mitteilung des KBV geändert.

Werden neue Versorgungsmaßnahmen eingeführt, wie es aktuell häufig bei den Ansätzen zur Digitalisierung im Gesundheitswe-

sen der Fall ist, so muss für diese auch ein Vergütungskonzept entworfen werden. Im Fall der Neubefüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) hat die

KBV dieses nun vorgestellt. Deren Informationen geben wir im Folgenden in gekürzter Form wieder (www.kbv.de/html/epa.php):



Allem Anschein nach wird die elektronische Patientenakte den ohnehin schon enormen bürokratischen Aufwand in Arztpraxen noch einmal weiter erhöhen.

Zur Vergütung vertragsärztlicher Tätigkeiten im Zusammenhang mit der sektorenübergreifenden Erstbefüllung einer ePA ist ein Konsens mit GKV-Spitzenverband, KBV und Deutscher Krankenhausgesellschaft gefunden worden. Wir informieren Sie nachfolgend über die vierseitige Vereinbarung sowie die bilaterale Abrechnungsregelung für die vertragsärztliche Versorgung gemäß Anlage Ia mit dem GKV-Spitzenverband.

Hintergrund zur Vereinbarung

Die ePA ist laut Gesetz eine patientengeführte, fach- und sektorenübergreifende elektronische Akte. Vertragsärzte haben die Versicherten auf deren Wunsch hin bei der Befüllung ihrer ePA mit Inhalten aus dem aktuellen Behandlungskontext zu unterstützen.

Für die sektorenübergreifende Erstbefüllung der ePA sieht der Gesetzgeber für das Jahr 2021 eine pauschale Vergütung von 10 € pro Akte vor. Ab dem Jahr 2022 ist eine Überführung dieser Leistung für Vertragsärzte in den EBM vorgesehen. Die Erstbefüllung darf sektorenübergreifend je Patient nur einmal durchgeführt und abgerechnet werden. Hierzu ist laut Gesetz eine gesonderte Vereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband, KBV und Deutscher Krankenhausgesellschaft zu treffen. Das ist jetzt erfolgt.

Vergütung der Erstbefüllung

Vertragsärzte setzen bei einer auf Wunsch des Versicherten vorgenommenen sektorenübergreifenden Erstbefüllung der ePA die Pseudo-Gebührenordnungsposition (GOP) 88270 an (Bewertung: 10 €). Sie ist im Behandlungspauschal neben den GOP 01647 „Zusatzpauschale ePA-Unterstützungsleistung“ und 01431 „Zusatzpauschale elektronische Patientenakte zu den GOP 01430, 01435 und 01820“ berechnungsfähig.

Mit der sektorenübergreifenden Erstbefüllung sind keine vertragsärztlichen Beratungspflichten der Versicherten zur Funktionalität oder Nutzung der ePA verbunden.

Wie kann eine Erstbefüllung der ePA erkannt werden?

Eine Erstbefüllung liegt vor, wenn noch keine Inhalte von einem Vertragsarzt, einem im Krankenhaus tätigen Arzt oder Psychotherapeuten oder einem Zahnarzt in die ePA eingestellt worden sind. Eine Erstbefüllung kann auch dann noch vorliegen, wenn der Versicherte selbst bereits eigene Inhalte in die ePA eingestellt hat.

Die ePA differenziert in der derzeitigen Ausbaustufe nach Herkunft der Inhalte in drei Bereiche: Versichertenbereich, Leistungserbringerbereich und Krankenkassenbereich. Das erkennbare Fehlen von Inhalten im Leistungserbringerbereich der ePA ist ein Indiz für den Vertragsarzt, dass er die ePA als Erster befüllt. Der Versicherte hat bei der patientengeführten ePA jedoch die volle Souveränität und kann eingestellte Daten löschen. Deshalb können aus einem Leistungserbringerbereich der ePA, in dem zum Zeitpunkt der Einsichtnahme keine Inhalte abgelegt sind, im Einzelfall bereits eingestellte Inhalte durch den Versicherten gelöscht worden sein. In diesem Fall hat der Vertragsarzt keinen Anspruch auf Berechnung der Erstbefüllungspauschale.

Prüfung durch die Krankenkassen und mögliche Verrechnung

Somit besteht bei der ePA momentan das Problem, dass Vertragsärzte nicht sicher erkennen können, ob sie im Einzelfall eine sektorenübergreifende Erstbefüllung vornehmen. Vertragsärzte können die Versicherten im Zweifel fragen, ob bereits vorher durch einen anderen Vertragsarzt, Krankenhaus- oder Zahnarzt Inhalte in die ePA eingestellt worden sind. Dieses Vorgehen sichert allerdings keinen vertragsärztlichen Anspruch auf Erhalt der Erstbefüllungspauschale ab, wenn es im Einzelfall trotz anderslautender Angabe des Versicherten bereits vorher eine Erstbefüllung gab.

Die Krankenkasse prüft, ob im Einzelfall für einen Versicherten eine Erst-

befüllung sektorenübergreifend mehr als einmal abgerechnet worden ist. Falls sich herausstellt, dass ein Vertragsarzt aufgrund einer vorherigen Erstbefüllung keinen Anspruch auf die Erstbefüllungspauschale von 10 € hat, erhält die Kassenärztliche Vereinigung (KV) eine Rückforderung der Krankenkasse. Die KV streicht in diesem Fall die berechnete Erstbefüllungspauschale in der vertragsärztlichen Abrechnung und setzt anstelle dessen die Zusatzpauschale für die ePA-Unterstützungsleistung nach der GOP 01647 (15 Punkte; 1,67 €) zu. Der Rückforderungsanspruch der Krankenkasse wird somit verrechnet (entspricht einer reduzierten Rückforderung an die Krankenkasse von 8,33 €).

Gemeinsames Engagement für bessere Transparenz

Die Vereinbarungspartner haben in einer Protokollnotiz zur Vereinbarung festgelegt, dass in den Gremien der gematik gemeinsam darauf hingewirkt wird, die Transparenz über vorgenommene Erstbefüllungen durch technische Lösungen in der ePA zu verbessern. Hierdurch soll der notwendige bürokratische Aufwand zur Prüfung und möglichen nachträglichen Verrechnung durch die KVen entfallen.

Fazit für die Praxis

Es sieht so aus, als hätten sich die Voraussagen unserer Verbände bewahrheitet: Das Befüllen der ePA wird allem Anschein nach zu einem zusätzlichen Bürokratieaufwand werden, der zulasten der Vertragsärzte geht. Zwar soll es für das Erstbefüllen 10 € geben, doch wer tatsächlich der Erstbefüller ist, kann selten mit Sicherheit gesagt werden. Zudem sind 10 € in keinem Fall kostendeckend. Hier muss dringend nachgebessert werden!

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim,
Andernach

Medizinrecht

Arbeitsunfähigkeit passgenau zur Kündigung kann angefochten werden

Kündigt ein Arbeitnehmer sein Arbeitsverhältnis und wird am Tag der Kündigung krankgeschrieben, kann dies den Beweiswert der Arbeitsunfähigkeit erschüttern, insbesondere wenn das Attest exakt die Dauer der Kündigungsfrist umfasst. Im Streitfall kann es zur Vernehmung des verantwortlichen Arztes vor Gericht kommen. Deshalb ist bei der Ausstellung und Dokumentation einer solchen Bescheinigung besondere Vorsicht geboten.

Nach einem Urteil des Bundesarbeitsgerichts (vom 8. September 2021 – 5 AZR 149/21) wurde die Klage einer kaufmännischen Angestellten abgewiesen, die bei einer Personalvermittlung beschäftigt gewesen war. Am 8. Februar 2019 kündigte sie das Arbeitsverhältnis zum 22. Februar 2019 und legte der Beklagten, ihrer Arbeitgeberin, eine auf den 8. Februar 2019 datierte, als Erstbe-

scheinigung gekennzeichnete Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) vor. Die Beklagte verweigerte die Entgeltfortzahlung. Der Beweiswert der AU sei erschüttert, weil diese genau die Restlaufzeit des Arbeitsverhältnisses nach der Eigenkündigung der Klägerin abdecke. Diese hat demgegenüber geltend gemacht, sie sei ordnungsgemäß krankgeschrieben gewesen und habe vor einem

Burn-Out gestanden. Die Vorinstanzen haben der Klage auf Entgeltfortzahlung zunächst stattgegeben.

Die Klägerin hat die von ihr behauptete Arbeitsunfähigkeit im Streitzeitraum zunächst mit einer AU nachgewiesen. Diese ist das in einem solchen Fall gesetzlich vorgesehene Beweismittel. Dessen Beweiswert kann der Arbeitgeber allerdings erschüttern, wenn er tatsächliche Umstände darlegt, die Anlass zu ernsthaften Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit geben, und diese gegebenenfalls beweist. Gelingt das dem Arbeitgeber, muss der Arbeitnehmer substantiiert darlegen und beweisen, dass er tatsächlich arbeitsunfähig war. Der Beweis kann insbesondere durch Vernehmung des behandelnden Arztes nach entsprechender Befreiung von der Schweigepflicht erfolgen. Nach diesen Grundsätzen hatte der Arbeitgeber den Beweiswert der AU erschüttert. Die exakte Koinzidenz zwischen der Restlaufzeit des Arbeitsverhältnisses und der bescheinigten Arbeitsunfähigkeit begründet einen ernsthaften Zweifel an der bescheinigten Arbeitsunfähigkeit, den die Klägerin im Prozess nicht ausräumen konnte.

Arzt muss Zweifel vor Gericht entkräften

Arbeitgeber dürfen berechnete Zweifel an einer Arbeitsunfähigkeit haben, wenn die Bescheinigung passgenau die Zeit zwischen Kündigung und letztem Arbeitstag umfasst. Der Beweiswert der ärztlichen AU ist dann erschüttert. Ärz-

Beide Augen zugeedrückt und ein Attest exakt über den Kündigungszeitraum ausgestellt? Das kann im schlimmsten Fall vor dem Arbeitsgericht enden.



© rclassenlayouts / Getty Images / iStock

Praxistipp!

Bei der Attestierung einer Krankheit im Kündigungszeitraum sollten die Gründe exakt festgehalten werden, für den Fall, dass es zu einer Anfechtung durch den Arbeitgeber kommt.

te müssen in einem solchen Fall mit einer gerichtlichen Zeugenvernehmung rechnen, weil Arbeitnehmer meist nur dadurch die Zweifel wieder entkräften können.

Im vorgestellten Fall konnte die Klägerin trotz eines richterlichen Hinweises des Senats die Zweifel an der AU nicht beseitigen. Übliches Beweismittel bei einem Streit um eine AU ist eine Vernehmung des Arztes. Hierfür muss der Arbeitnehmer ihn von der Schweigepflicht freistellen.

AU bei Kündigung – darauf ist zu achten

Wollen Ärzte Versicherte im Zeitraum einer Kündigung bei deren Arbeitgeber krankschreiben, sollten sie jetzt noch genauer auf die Dokumentation, auch was den Grund für die AU betrifft, achten. Arbeitgeber haben nach ständiger Rechtsprechung das Recht, eine AU gegebenenfalls zu hinterfragen. Dafür müssen sie ernsthafte Zweifel vorbringen, etwa bei Krankschreibungen pünktlich nach jedem Urlaub (zuletzt BVerwG vom 28. März 2019 – 2 WD 13.18) oder nach dem jüngsten, hier beschriebenen Urteil auch

bei passgenauen AU anlässlich der Kündigung. Arbeitgeber können dann über die Krankenkasse der Mitarbeiter den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) um eine Begutachtung ersuchen. Hierbei sollten sich angerufene Ärzte vergewissern, dass es sich beim Anrufer wirklich um einen Mitarbeiter des MDK handelt und nicht um den Personalchef des Patienten. Ist der Anrufer vom MDK unbekannt, könnte dieser unter der offiziellen Nummer zurückgerufen werden.

Auch nach dem Urteil des Bundesarbeitsgerichts sind AU für Menschen während oder zur Kündigung ihrer Arbeitsstelle selbstverständlich möglich, wenn diese auch medizinisch indiziert ist. Gefälligkeitsatteste oder eine schnelle AU durch die MFA sind absolut tabu und können erhebliche rechtliche Konsequenzen haben. So könnten sich Ärzte in solchen Fällen gemäß § 823 Abs. 2 BGB schadensersatzpflichtig machen. § 106 Abs. 3a SGB V sieht sogar ausdrücklich eine Schadensersatzpflicht des Arztes gegenüber dem Arbeitgeber und der Krankenkasse in dem Fall vor, dass dieser die Arbeitsunfähigkeit grob fahrlässig oder vorsätzlich attestiert, obwohl die Voraussetzungen dafür nicht vorliegen. Die wissentliche Ausstellung falscher AU erfüllt zudem den Straftatbestand des § 278 StGB.

Nach der AU-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses kann eine Arbeitsunfähigkeit auch dann vorliegen, „wenn aufgrund eines bestimmten Krankheitszustandes [...] absehbar ist,

dass aus der Ausübung der Tätigkeit für die Gesundheit oder die Gesundung abträgliche Folgen erwachsen [...]“. In solchen Fällen kann eine medizinische Indikation für eine AU bestehen. Dabei muss die AU-Dauer nicht exakt zum Kündigungstermin oder gar rückwirkend festgelegt werden, sondern gegebenenfalls zunächst für eine oder zwei Wochen. Die Gründe sollten in jedem Fall genau dokumentiert werden. Bei psychosomatischen Ursachen der Arbeitsunfähigkeit sollte nicht sofort zu einer F-Diagnose gegriffen werden, gegebenenfalls kann die Symptomatik mittels R-Ziffern kodiert werden. Nach der AU-Richtlinie dürfen solche Befunde aber zunächst nur zu einer AU für sieben Tage führen. Für eine Anschluss-AU müsste dann eine Diagnose oder Verdachtsdiagnose vorliegen.

AUTOR

Jörg Hohmann

Rechtsanwalt
Kanzlei für Medizinrecht
Prof. Schlegel Hohmann und Partner
Mittelweg 185
20148 Hamburg

E-Mail: eh@gesundheitsrecht.com



Kleinanzeigen aus der Praxis

Praxisbörse

Nervenarztpraxis in Wuppertal in 2022 abzugeben. Ärztehaus. Toplage. Gestaltungsspielraum vorhanden. **Kontakt:** praxis-lips@t-online.de oder 0157 72710161

Suche Facharzt für Neurologie (m/w/d). Teil- oder Vollzeit in unserer neuropsychiatrischen Praxis mit 3 Ärztinnen und 6 MFA. Regelmäßige Arbeitszeit nach Absprache, keine Nachtdienste, Bezahlung nach Tarif. **Kontakt:** info@antje-huber.de oder 06224 174064

Suche Facharzt für Psychiatrie und Neurologie (m/w/d) für Praxisgemeinschaft in Hamburg in langjährig bestehender Praxis (BAG mit 2 Fachärzten) mit vorwiegend psychiatrischem Schwerpunkt zum 1.1.2021 oder später. Zentrale Lage. Kolleginnen und Kollegen mit eigenem Kassensitz wären ideal, auch andere Kooperationsmodelle sind möglich. **Kontakt:** gaby.maas@yahoo.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 sind nicht möglich) an die Geschäftsstelle in Krefeld: bvdn.bund@t-online.de

Einsendeschluss: 24. November 2021

Fortbildung



Wenn die Seele nur noch regnet: Bei Depressionen kann Ketamin als Alternative zu konventionellen Antidepressiva eingesetzt werden.

Psychopharmakotherapie

Ketamin in der Behandlung depressiver Störungen

Ketamin und sein (S)-Enantiomer Esketamin stellen einen relativ neuen Ansatz in der antidepressiven medikamentösen Therapie dar. Während ursprünglich nur eine intravenöse Anwendung möglich war, steht Esketamin seit 2020 in der EU als Nasenspray für eine Add-on-Behandlung bei therapieresistenter Depression und bei akuten Notfällen zur Verfügung. Ein Überblick über die aktuelle Evidenz zur Wirksamkeit der Substanzen für verschiedene Indikationen in der Depressionsbehandlung.

CONSTANTIN VOLKMANN, PHILIPP STERZER

Ketamin wurde Anfang der 1960er-Jahre von der US-amerikanischen Firma Parke-Davis & Co. in Detroit als neuartiges Anästhetikum entwickelt [1]. Die erste Vorläufersubstanz, die wie Ketamin der Gruppe der Cyclohexamine angehört, wurde 1956 synthetisiert und hieß Phencyclidin (N-[1-phenyl-cyclohexyl]-piperidine, kurz PCP). Im Tierversuch an Affen erwies sich die Substanz als effektives Analgetikum, das aber im Gegensatz zu anderen Anästhetika einen Zustand mit Aufhebung motorischer und sensorischer Funktionen ohne Bewusstseinsbeschränkung hervorrief, der als Katalapsie bezeichnet wurde. PCP wurde in der Folge in klinischen Studien getestet und zeigte zwar günstige Eigenschaften als Anästhetikum, insbesondere keine kardio- oder atemdepressive Wirkung, aber auch inakzeptable Nebenwirkungen in Form heftiger und langanhaltender Erregungszustände und hypertensiver Krisen [2].

Mit Unterstützung von Parke-Davis synthetisierte der Chemiker Calvin Lee Stevens an der Wayne State University in Detroit eine Reihe von PCP-Derivaten, unter anderem die Substanz CI-581 (2-[O-chlorophenyl]-2-[methylamino]-

cyclohexanone). Sie zeichnete sich durch eine sehr kurze Halbwertszeit aus und wurde aufgrund ihrer chemischen Zusammensetzung aus einem Keton und einem Amin Ketamin genannt (**Abb. 1**) [1]. Das Wirkprofil war mit Analgesie und Katalapsie in der Abwesenheit hypnotischer Eigenschaften dem von PCP sehr ähnlich, allerdings erwies sich das Spektrum an Nebenwirkungen als deutlich günstiger. Zusätzlich wurden jedoch in mindestens einem Drittel der Fälle während oder nach Ketaminanästhesie psychische Phänomene beschrieben, wie zum Beispiel das Gefühl, außerhalb des Körpers im Raum zu schweben oder die eigenen Gliedmaßen nicht mehr zu spüren, was neben einer euphorisierenden Wirkung dazu führte, dass Ketamin auch heute noch als Partydroge populär ist [1].

Erste Anwendungen von Ketamin

Ketamin wurde erstmals 1963 in Belgien als Anästhetikum in der Veterinärmedizin zugelassen. Die Zulassung für die Verwendung an Menschen erfolgte 1970 in den USA, woraufhin die Substanz, nicht zuletzt aufgrund ihrer großen therapeutischen Breite bei gleichzei-

tig guter analgetischer Wirksamkeit, als Feldanästhetikum im Vietnamkrieg zum Einsatz kam [1]. In diesem Rahmen und auch in der Folge des Krieges kam es zum häufigen Missbrauch von Ketamin, was zusammen mit den psychedelischen Eigenschaften zu kontroversen Diskussionen und einem Rückgang der Verwendung als Anästhetikum führte [3].

In den folgenden Jahrzehnten rückte Ketamin zunehmend in das Interesse der neurowissenschaftlichen Grundlagenforschung, vor allem in seiner Eigenschaft als N-methyl-D-aspartat-Rezeptor[NMDAR]-Antagonist. NMDAR gehören zu den wichtigsten Glutamatrezeptoren im Gehirn. Die Eigenschaft, bei Gesunden psychotische Zustände auszulösen, leistete einen entscheidenden Beitrag zur Formulierung der einflussreichen Glutamat-Hypothese der Schizophrenie und zur Verwendung von Ketamin als Schizophreniemodell in der psychiatrischen Forschung [4, 5, 6, 7].

Eine antidepressive Wirkung von niedrigdosiertem Ketamin wurde das erste Mal 1975 in einer tierexperimentellen Studie beschrieben und als der von Imipramin unterlegen eingeordnet [8].

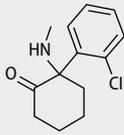


Abb. 1: Strukturformel von Ketamin (ohne Berücksichtigung der Stereochemie)

Die erste randomisierte kontrollierte Studie (RCT) an Menschen wurde erst 25 Jahre später von der Arbeitsgruppe um John Krystal an der Yale Universität veröffentlicht [9]. Hier wurde innerhalb derselben Stichprobe von sieben (!) Patienten mit der Diagnose einer majoren depressiven Episode bei doppelblind-randomisierter Gabe einer subanästhetischen Ketamindosis (0,5 mg/kg Körpergewicht) im Vergleich zu Placebo ein geradezu dramatischer antidepressiver Effekt beobachtet. Während in der Placebogruppe keine Veränderung gesehen wurde, zeigte sich innerhalb der ersten 72 Stunden nach Ketamingabe ein Rückgang der depressiven Symptomatik um im Mittel 14 Punkte auf der Hamilton-Depressionskala. Es folgte eine weitere Studie [10], in der eine Verbesserung des postoperativen Zustands von Patienten mit Depression beschrieben wurde, sowie eine RCT an einer etwas größeren Stichprobe (n = 18) von Patienten mit therapieresistenter Depression (TRD), die den antidepressiven Effekt von Ketamin bestätigte [11].

In diesen ersten Studien zeigte sich wie in allen nachfolgenden die charakteristische Kinetik der antidepressiven Wirkung von Ketamin: Der maximale Effekt wird in den ersten drei Tagen erreicht, bevor die Wirkung relativ schnell innerhalb der ersten Woche nach Verabreichung zurückgeht. In dieser Kinetik unterscheidet sich Ketamin deutlich von herkömmlichen Antidepressiva, bei denen die Wirkung nach frühestens zehn bis vierzehn Tagen eintritt. Nachfolgende Studien legten außerdem einen schnell eintretenden antisuizidalen [12, 13] und antianhedonen Effekt nahe [14, 15].

Wirkmechanismus

Ketamin ist ein nicht kompetitiver Antagonist am glutamatergen NMDAR. An-

dere NMDAR-Antagonisten, wie Memantin, scheinen allerdings nicht die gleiche antidepressive Wirkung wie Ketamin zu haben [16], sodass vermutlich der NMDAR-Antagonismus nicht allein für den antidepressiven Effekt von Ketamin verantwortlich ist. Im Hinblick auf den NMDAR-Antagonismus werden einige Mechanismen für die antidepressive Wirksamkeit von Ketamin diskutiert [17]. So gehen depressive Episoden möglicherweise mit einer reduzierten Glutamatkonzentration im Frontalhirn einher, sodass die Erhöhung präfrontaler Aktivität nach Ketamingabe einen möglichen Wirkmechanismus darstellt [18]. Dass Ketamin trotz der Inhibition exzitatorischer glutamaterger Neurotransmission zu einer solchen Aktivitätssteigerung führt, wird einer Disinhibition exzitatorischer glutamaterger Neuronen durch die präferentielle Inhibition von NMDAR auf hemmenden GABAergen Interneuronen zugeschrieben [19]. Einschränkung muss angemerkt werden, dass die oben genannte Reduktion der präfrontalen Glutamatkonzentration bei unmedizierten Patienten deutlich geringer ausgeprägt und statistisch nicht signifikant war, sodass ihre Bedeutung für die Depression unklar bleibt [20].

Aktuell wird vor allem die Blockade pathologischer Überaktivität glutamaterger Neuronen der lateralen Habenula als kritischer Mechanismus der antidepressiven Wirkung von Ketamin diskutiert [21, 22]. Die laterale Habenula ist eine hochkonservierte Struktur, die sich bei allen Wirbeltieren findet und im Epithalamus, dem dorsalen Zwischenhirn, lokalisiert ist. Sie wird durch aversive Reize aktiviert, insbesondere durch Bestrafung oder das Ausbleiben von Belohnung [21, 23] und wird daher auch als „Anti-Belohnungszentrum“ bezeichnet [22]. Eine erhöhte Aktivität der lateralen Habenula wurde sowohl in Tiermodellen der Depression als auch bei depressiven Patienten nachgewiesen [23, 24]. Durch Ketamin wird die NMDAR-abhängige „Burst“-Aktivität in der lateralen Habenula inhibiert [25]. Dadurch kommt es zu einer Disinhibition von dopaminergen Mittelhirnneuronen, die eine zentrale Rolle in der Signalisierung von Belohnung spielen. Darüber hinaus zeigte sich in derselben Studie, dass die

Reduktion der NMDAR-abhängigen „Burst“-Aktivität in einem Tiermodell mit einer Abnahme depressionsähnlicher Verhaltensweisen einherging. Umgekehrt führte „Burst“-auslösende Photostimulation der lateralen Habenula zu einer Zunahme desselben Verhaltens. Angesichts zahlreicher Befunde, die Anhedonie mit einer veränderten Funktion des subkortikalen Belohnungssystems in Verbindung bringen (z. B. [26]; für eine Übersicht siehe [21]), erscheint die Inhibition der lateralen Habenula als antidepressiver (und vor allem antianhedoner) Wirkmechanismus plausibel.

Neben dem NMDAR-Antagonismus scheint Ketamin auch über die Bindung an den α -Amino-3-hydroxy-5-methyl-4-isoxazolepropionsäure (AMPA)-Rezeptor, einem weiteren wichtigen Glutamatrezeptor, antidepressiv zu wirken [27]. Zusätzlich könnte auch die Bindung an μ -, δ - und κ -Opioidrezeptoren, die hauptsächlich für die analgetischen Eigenschaften von Ketamin verantwortlich gemacht werden [28], eine Rolle spielen. Eine kürzlich veröffentlichte Studie zeigte, dass der antidepressive Effekt von Ketamin durch die vorherige Gabe des Opioidrezeptorantagonisten Naltrexon deutlich abgeschwächt wird [29]. Auch wenn weitere Studien nötig sind, um die Rolle des Opioidsystems für den antidepressiven Effekt von Ketamin besser zu verstehen, so deutet dieser Befund an, dass der Wirkmechanismus nicht nur auf das glutamaterge System beschränkt sein könnte. Zudem rückt durch die mögliche Beteiligung von Opioidrezeptoren das Missbrauchs- und Suchtpotenzial des antidepressiven Einsatzes von Ketamin wieder stärker in den Vordergrund.

Studienlage zur Wirksamkeit

Seit der ersten RCT im Jahre 2000 sind dutzende Studien zur Akuttherapie depressiver Episoden durchgeführt worden. Der initial gemessene Effekt von 14 Punkten auf der Hamilton-Depressionskala [9] musste in nachfolgenden Studien deutlich nach unten korrigiert werden, die Kinetik eines schnell einsetzenden und über Stunden bis Tage anhaltenden Effektes konnte jedoch bestätigt werden. In einer aktuellen Metaanalyse, die 20 RCT zu Ketamin in der Behand-

lung uni- und bipolarer depressiver Episoden einschloss [30], ließ sich der größte Effekt mit einer standardisierten Mittelwertdifferenz (SMD) von 0,89 (95% Konfidenzintervall: [0,53; 1,24], $p < 0.00001$) nach 24 Stunden messen. Nach einmaliger Gabe war ein Unterschied zu Placebo bis zu sieben Tage feststellbar (SMD = 0,38 [0,03; 0,74], $p = 0,04$). Es zeigte sich, dass sich der antidepressive Effekt durch wiederholte Gabe aufrechterhalten lässt.

Ketamin versus Esketamin

Intravenös verabreichtes racemisches Ketamin scheint in der Behandlung uni- und bipolarer Depression wirksamer zu sein als intranasales Esketamin, das (S)-Enantiomer von Ketamin [31]. Basierend auf 24 eingeschlossenen Studien fand eine aktuelle Metaanalyse eine höhere Response- (Risk Ratio [RR] = 2,04 [1,57; 2,64]) und Remissionsrate (RR = 2,00 [1,50; 2,67]) für racemisches Ketamin, wobei der Vorteil nach Korrektur für Publikationsbias geringer ausfiel (1,42 bzw. 1,55).

Die Überlegenheit von Ketamin war zu allen Zeitpunkten (von 24 Stunden bis vier Wochen) nachweisbar und unabhängig von Depressionssubtyp, Behandlungsresistenz und -strategie.

Eine aktuelle Cochrane-Metaanalyse zu NMDAR-Antagonisten in der Behandlung depressiver Störungen fand ebenfalls höhere Effekte für Ketamin [32]. Die Effektstärke der racemischen Substanz wies hier zu den meisten Zeitpunkten eine mittlere Größe auf (SMD = 0,68 [0,29; 1,07] nach vier Wochen). Die Effektstärke von Esketamin entsprach hingegen zu jedem Zeitpunkt (24 Stunden bis vier Wochen) einem kleinen Effekt (SMD = 0,21–0,31) und bewegte sich damit im Bereich drkonventioneller Antidepressiva [33]. Einschränkend sind die für Ketamin deutlich geringere Patientenzahl und der Mangel an direkten Vergleichsstudien anzumerken.

Die erste und bisher einzige Studie, die Esketamin und Ketamin in einem Direktvergleich bei TRD untersuchte, fand nach sieben Tagen höhere Response- und Remissionsraten unter Esketamin (RR = 2,34 [0,85; 6,45]). Dieser Unterschied war statistisch jedoch nicht signifikant und die Patientenzahl mit 63

klein [34]. Die Dropout-Rate war unter Ketamin (RR = 1,25 [0,19; 8,28]) leicht niedriger als bei Esketamin (RR = 1,58 [0,92; 2,73]) [32], die Nebenwirkungsrate bei intravenösem Ketamin hingegen etwa doppelt so hoch wie unter intranasalem Esketamin (RR = 2,01 [1,12; 3,62]) [31].

Ketamin in der TRD-Behandlung

Esketamin als Nasenspray ist als Add-on zu einer laufenden Antidepressivatherapie zur Behandlung von TRD seit 2020 in der EU zugelassen. Es liegen mittlerweile fünf abgeschlossene Phase-III-Studien für diese Indikation vor. In den drei Kurzzeit-RCT (Transform-I, -II und -III) erhielten die Patienten über vier Wochen zweimal wöchentlich intranasales Esketamin oder Placebo zusätzlich zu einem neu initiierten Antidepressivum. Nach 28 Tagen wurde metaanalytisch ein mittlerer Behandlungseffekt von 4,09 [2,18; 6,00] MADRS-Punkten gemessen, was einer kleinen Effektstärke entspricht [35]. Zur Wirksamkeit des racemischen Ketamins bei TRD kann aufgrund der kleinen Probandenzahl keine sichere Aussage getroffen werden.

Nur eine Studie mit 26 Patienten untersuchte die Wirksamkeit nach vier Wochen (SMD = 0,43 [-0,35; 1,21]) [36], für die Wirksamkeit nach zwei Wochen liegen Daten aus vier Studien ($n = 155$) vor, von denen drei keine Wirkung fanden [32].

Ketamin bei einem akuten Notfall in der majoren Depression

Die zweite Indikation, für die intranasales Esketamin in den USA und der EU eine Zulassung erhalten hat, ist der akute Notfall im Rahmen einer majoren Depression. Hierzu liegen drei RCT vor. In den beiden FDA-Zulassungsstudien wurden Patienten mit „unmittelbarem Risiko für einen Suizid“ eingeschlossen, von denen 90% als mindestens „moderat suizidal“ eingestuft wurden [37]. Sie erhielten über vier Wochen zweimal wöchentlich 84 mg Esketamin oder Placebo und zusätzlich eine Antidepressivatherapie. Am primären Endpunkt nach 24 Stunden betrug der Unterschied zu Placebo circa vier Punkte auf der MADRS, was einem kleinen Effekt entspricht. In beiden Studien fand sich kein signifikanter Effekt auf die Suizidalität.

Ketamin bei bipolarer Depression

Zur Behandlung depressiver Episoden im Rahmen bipolarer Störungen stehen nur wenige effektive Optionen zur Verfügung [38], weshalb Ketamin für diese Indikation besonders interessant ist. Bisher existieren jedoch nur zwei placebo-kontrollierte Studien zu Ketamin bei bipolarer Depression [39]. Beide untersuchten die Wirkung einer einmaligen intravenösen Gabe zusätzlich zu einem Stimmungsstabilisierer. Der nach 24 Stunden gemessene Vorteil war nach drei Tagen statistisch nicht mehr signi-

Die Studienlage zur Sicherheit und Effektivität von Ketamin bei einer bipolaren Depression lässt bisher noch keine endgültigen Schlüsse ziehen.



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

Praktische Anwendung von (Es-)Ketamin

Bei der intravenösen Gabe werden in der Regel 0,5 mg Ketamin pro kg Körpergewicht (oder 0,25 mg Esketamin/kg KG) über 20–40 Minuten appliziert. Während der Infusion sollte eine kontinuierliche Überwachung der Vitalparameter und des mentalen Zustandes des Patienten erfolgen. Da Ketamin keine Zulassung für diese Indikation hat, kann diese Behandlung nur im Rahmen eines individuellen Heilversuches erfolgen. Sie wird bei stationären Patienten in der Regel zwei- bis dreimal wöchentlich durchgeführt.

Bei intranasaler Gabe empfiehlt der Hersteller eine zweimal wöchentliche Gabe von 56 mg oder 84 mg in den ersten vier Wochen. Bei TRD kann anschließend eine einmal wöchentliche Erhaltungstherapie erfolgen. Bei älteren Patienten wird mit einer Dosis von 28 mg begonnen. Aufgrund des möglichen Auftretens von Sedierung, Dissoziation und erhöhtem Blutdruck empfiehlt der Hersteller die Anwendung des Nasensprays in einem geeigneten medizinischen Umfeld und eine Nachbeobachtung durch medizinisches Fachpersonal für 40 Minuten. In ähnlicher Weise sollte bei intravenöser Gabe von Ketamin oder Esketamin verfahren werden [46].

fikant und die Anzahl eingeschlossener Patienten (33) sehr klein. Keine Studie untersuchte bisher eine mehrfache Keta-
mingabe bei bipolarer Depression [30]. Ob Ketamin bei bipolarer Depression wirksam und/oder sicher ist, kann daher aktuell noch nicht beurteilt werden.

Vergleich zu aktiven Kontrollen

Zu Ketamin liegen einzelne Vergleichsstudien mit aktiver Kontrolle vor [32]: Eine Studie verglich intravenöses Ketamin mit Elektrokonvulsionstherapie (n = 18) und fand einen Vorteil für Ketamin nach 24 Stunden, der nach wenigen Tagen jedoch nicht mehr vorhanden war. Eine Studie mit 30 Probanden verglich Ketamin mit Remifentanyl und fand einen Vorteil für Ketamin bis Tag sieben. In einer weiteren Studie mit 50 Patienten wurde kein nennenswerter Unterschied zu Methohexital festgestellt. Eine Studie, die Ketamin mit einer Propofolgabe verglich und 31 Patienten einschloss, berichtete nach zwei Wochen einen Vorteil von 3,7 HAMD-Punkten zugunsten von Propofol, der aber statistisch nicht signifikant war. Thiopental wurde in zwei Studien (n = 99) mit Ketamin verglichen. Der Unterschied zugunsten von Ketamin war hier lediglich innerhalb der ersten Woche bedeutsam und statistisch signifikant. Mit vier Studien und 297 eingeschlossenen Probanden liegen die meisten Studien zu Midazolam als Vergleichssubstanz vor. Es zeigte sich hier ein Vorteil für Ketamin im Bereich von 0,37–0,57 SMD (kleiner bis mittlerer Effekt) zu allen Zeitpunkten (24 Stunden bis vier Wochen; Woche 2: p-Wert > 5%).

Zu Esketamin liegen keine Vergleichsstudien zu etablierten Verfahren oder aktiven Placebos vor.

Rückfallverhütender Effekt

Im Jahre 2019 erschien die erste RCT zur Rückfallverhinderung durch intranasales Esketamin [40]. Es wurden 297 Patienten mit TRD und stabiler Remission oder stabiler Response eingeschlossen. Nach 16-wöchiger Behandlung mit Esketamin erfolgte eine Randomisierung auf eine Erhaltungstherapie mit Esketamin oder Placebo intranasal wöchentlich oder zweiwöchentlich. Die Rückfallrate über ein Jahr war unter Placebo um 18,6% höher als unter Esketamin (45,3% vs. 26,7%, entsprechend einer number needed to treat (NNT) von 5,4). Bezüglich der Interpretation dieses Ergebnisses bleiben jedoch Fragen offen. So traten 48% der Rückfälle in der Placebogruppe innerhalb der ersten vier Wochen auf, was manche Autoren als Hinweis auf Entzugserscheinungen deuten [41]. Diese könnten sowohl als Rückfall fehlinterpretiert worden sein als auch zu einem Rückfall beigetragen haben. In einem der drei Studienzentren wurde zudem bei auffallenden 100% der Patienten in der Placebogruppe ein Rückfall registriert. Ohne diesen Ausreißer fiel der Unterschied mit 6% Risikoreduktion deutlich geringer und statistisch nicht signifikant (p = 0,48) aus. Zudem wurden in der Studie nach der initialen Open-label-Behandlung nur Patienten eingeschlossen, die gut auf Esketamin angesprochen hatten (stabile Response oder Remission). Studien mit

solch einem „enriched design“ können zu einer Unterschätzung von Nebenwirkungen und Überschätzung der Wirksamkeit führen. Insbesondere vor dem Hintergrund der erhöhten Nebenwirkungsrate bei dauerhafter Anwendung und dem Missbrauchspotenzial bleibt der Nutzen für die Erhaltungstherapie daher gegenwärtig unklar.

Ketamin und Suizidalität

Bereits in frühen Fallberichten wurde ein schnell einsetzender antisuizidaler Effekt postuliert. In einigen Studien wurde eine nach der ersten Infusion eintretende Reduktion suizidaler Ideation gefunden [42]. Zu beachten ist hierbei jedoch, dass Suizidgedanken als Surrogatparameter nicht mit suizidalen Handlungen gleichzusetzen sind. Eine Reduktion von Suizidalität (Suizidversuche und abgeschlossene Suizide) konnte hingegen nicht gezeigt werden. In den Zulassungsstudien zur Depression als akuter Notfall [37, 43] war Suizidalität numerisch leicht höher als unter Placebo, wobei dieser Unterschied sehr klein und statistisch nicht signifikant war (zwölf zu zehn suizidale Ereignisse zu Ungunsten Esketamins). Im FDA-Report zu Esketamin bei TRD werden sechs Tode unter Esketamin und keine unter Placebo gelistet, wobei die Probandenzahl unter Esketamin deutlich höher war und hier auch nicht randomisierte Studien eingeschlossen wurden. Von diesen sechs Toden waren drei Suizide, die vier bis 20 Tage nach der letzten Esketamingabe vorfielen. Unter racemischem Ketamin fand sich ebenfalls kein Unterschied zu Placebo bezüglich Suizidalität [32]. Die initialen Hinweise auf einen suizidpräventiven Effekt von (Es-) Ketamin ließen sich also nicht bestätigen.

Methodische Limitationen

Aufgrund des dissoziativen Effektes von Ketamin ist eine suffiziente Verblindung in placebokontrollierten Studien vermutlich nicht möglich. Eine fehlende oder unzureichende Verblindung führt typischerweise zu einer Überschätzung des tatsächlichen Effektes. Die Autoren des aktuellen Cochrane-Reviews merkten zudem an, dass die meisten Studien eine kleine bis sehr kleine Patientenzahl beinhalteten und wichtige Daten zu prä-

definierten Endpunkten und Nebenwirkungen oft fehlten [32]. Die Qualität der Evidenz wurde für Ketamin mit „very low“, für Esketamin mit „low“ bis „moderate“ bewertet. Möglicherweise beruht der Nachteil von Esketamin auf besserer Studienmethodik, zumal die Substanz in der einzigen Vergleichsstudie leicht besser abschnitt. Zudem ist unklar, inwiefern die antidepressiven Effekte einer euphorisierenden (möglicherweise opioidergen) Wirkung der Substanz entsprechen. Außerdem ist die Bedeutsamkeit der Effektstärke von Esketamin von vier Punkten auf der MADRS fraglich. Eine klinisch minimal relevante Veränderung wird hier mit drei bis neun Punkten angegeben [44].

Nebenwirkungsprofil

Da Ketamin schon seit vielen Jahren in der Anästhesiologie Anwendung findet, ist zumindest das kurzfristige Nebenwirkungsprofil gut untersucht. Die akuten Nebenwirkungen beinhalten etwa Sedierung, Schwindel, Angst, Agitation und Dissoziation und sind in der Regel selbstlimitierend. Passagere Blutdruck-erhöhungen treten bei etwa 10% aller Patienten auf und erfordern nur selten eine medikamentöse Intervention. Zu beachten sind weiterhin das Missbrauchs- und Suchtpotenzial. Bei chronischem, hohem Ketaminkonsum wurden (hämorrhagische) Zystitiden und teils schwerwiegende Nebenwirkungen des unteren Harntraktes beobachtet [45]. In schweren Fällen führt das „Ketamine Bladder Syndrome“ zu irreversiblen Blasen-schädigungen. In therapeutischen Dosierungen wurden solche Nebenwirkungen bisher nicht beobachtet, bei einer höherfrequenten oder Erhaltungstherapie ist dennoch auf Beschwerden wie Dysurie oder Hämaturie zu achten.

Zusatznutzenverfahren

Seit 1. März 2021 ist ein Esketamin-Nasenspray (Spravato®) in Deutschland erhältlich. Allerdings ist ein nachgewiesener Zusatznutzen Voraussetzung für die freie Preisverhandlung eines neu zugelassenen Arzneimittels. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat in diesem Jahr seine Bewertung für intranasales Esketamin vorgelegt. Für beide zugelas-

senen Indikationen (TRD und Depression als psychiatrischer Notfall) konnte kein Zusatznutzen festgestellt werden. Das IQWiG bemängelte insbesondere die kurzen Untersuchungszeiträume und den fehlenden Vergleich zu etablierten Behandlungsstrategien (z. B. Augmentation mit Lithium oder Antipsychotika, Elektrokonvulsionstherapie).

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) veröffentlichte am 19. August 2021 seine Beschlussfassungen für beide Indikationen. Der G-BA schloss sich im Falle der TRD der Einschätzung des IQWiG an, während er für die Indikation der Depression als akuter Notfall einen „Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen“ sah. Ob und zu welchem Preis Esketamin-Nasenspray in Deutschland auch künftig noch verfügbar sein wird, bleibt also abzuwarten.

Fazit für die Praxis

Mit Ketamin steht seit einigen Jahren eine Alternative zu konventionellen Antidepressiva in der Behandlung depressiver Episoden zur Verfügung. Seit der Zulassung des Esketamin-Nasensprays kann eine Behandlung nun auch jenseits der Off-label-Gabe erfolgen. Ketamin zeigt eine innerhalb von Stunden einsetzende antidepressive Wirkung, die bis zu einige Tage lang anhält. Die Größe des Effektes entspricht nach Stunden einer mittleren bis großen, nach Tagen bis Wochen einer kleinen Stärke und ist vermutlich klinisch bedeutsam. Ob einige Patienten überdurchschnittlich gut profitieren ist bisher unklar. Zur Erforschung dieser Frage ist die Identifikation von Patienteneigenschaften notwendig, die eine größere Verum-Placebo-Differenz vorhersagen können.

Trotz der schnell wachsenden Studienlage und der mittlerweile gut belegten Akutwirkung bleiben noch einige Fragen offen. Zur abschließenden Bewertung der Wirksamkeit in der Behandlung der TRD wären Vergleichsstudien zu etablierten Behandlungsverfahren wie Augmentation mit Lithium oder atypischen Neuroleptika wünschenswert. Die Wirksamkeit bei bipolaren Störungen kann zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht sicher beurteilt werden. Racemisches Ketamin erscheint im indirekten Vergleich wirksamer als Esketamin, jedoch ist die Studienlage zu Esketamin von höherer Qualität, der Effektschätzer daher

reliabler. Insbesondere für die Behandlung der TRD ist die Datenlage für Esketamin robuster. Auch vor dem Hintergrund des Mangels an Direktvergleichen kann eine Gleichwertigkeit oder ein Vorteil von Esketamin daher nicht ausgeschlossen werden. Die vormals postulierte suizidpräventive Wirkung von Ketamin muss nach den neuesten Daten in Zweifel gezogen werden.

Unklar bleibt, ob der Behandlungseffekt nach der Beendigung einer mehrmaligen Gabe anhält und inwieweit der antidepressive Effekt Ausdruck einer euphorisierenden Wirkung ist. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund des bekannten Suchtpotenzials und der möglicherweise zumindest zum Teil opioiderg vermittelten Wirkung von Ketamin relevant. Bezüglich einer Langzeitbehandlung (Erhaltungstherapie, Rezidivprophylaxe) ist aus Sicht der Autoren noch Vorsicht geboten. Die einzige hierzu durchgeführte Studie lässt noch einige Fragen offen. Insbesondere zur Beurteilung der Sicherheit in Bezug auf Suchtentwicklung, Entzugserscheinungen und Nebenwirkungen als Folge einer Langzeitbehandlung mit (Es-)Ketamin liegen noch keine ausreichenden Daten vor.

Literatur als Zusatzmaterial unter:

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTOREN

Dr. med. Constantin Volkman

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

E-Mail: constantin.volkman@charite.de

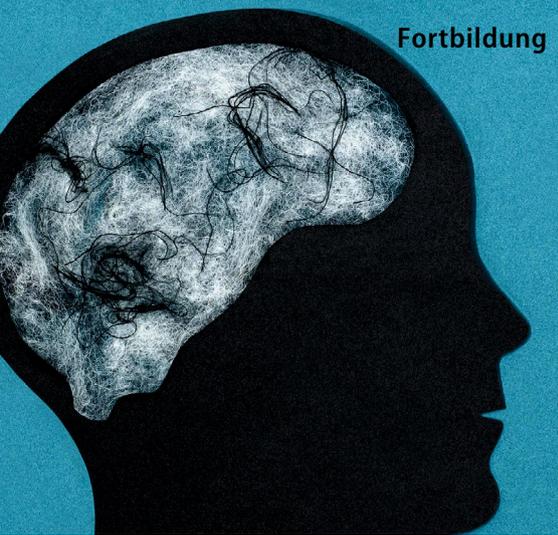


Prof. Dr. med. Philipp Sterzer

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Campus Charité Mitte

E-Mail: philipp.sterzer@charite.de





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 9/2021

Gesundheitliche Folgen politischer Inhaftierung

NT 7–8/2021

Muskelschwellung bei sportlichem Mann

NT 6/2021

An obstruktive Schlafapnoe denken!

NT 5/2021

Kopfschmerzen mit wechselnder Ausprägung

NT 4/2021

EKT-induzierte (Hypo)manie

NT 3/2021

Einfach nur Schmerzen an der Injektionsstelle?

NT 1–2/2021

Ein Wunderheiler kommt selten allein – Folie à deux

NT 12/2020

Peroneal betonte Parese bei Bandscheibenvorfall

NT 11/2020

Organische Psychose unter Morbus Basedow

Das Online-Archiv unter

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



Psychiatrische Kasuistik

Depression bei Parkinson

Anamnese

Die 82-jährige, im Haus bekannte Patientin berichtete bei ihrer Aufnahme, seit etwa drei Monaten erneut unter einem zunehmend depressiven Syndrom mit niedergedrückter Stimmung, Antriebslosigkeit, Anhedonie, innerer Unruhe, Konzentrationsstörungen, Ein- und Durchschlafstörungen, Zukunftsängsten, Hoffnungslosigkeit, Überforderungserleben und Lebensüberdrussgedanken zu leiden. An Belastungsfaktoren nannte sie den Tod des Ehemannes im vergangenen Jahr und zahlreiche körperliche Beschwerden wie Knie-, Schulter- und Fußschmerzen beidseits, Schwierigkeiten beim Hören und Sehen, einen Verlust des Geruchssinnes, eine ausgeprägte Appetitlosigkeit mit Gewichtsverlust, einen Haltungs- und Bewegungstremor beider Hände und Arme, eine chronische Obstipation sowie eine sehr belastende Harn- und Stuhlinkontinenz. Aufgrund Letzterer fühlte sie sich eingeschränkt und war in ständiger Sorge, sich zu beschmutzen. Sie war mit der eigenen Versorgung zunehmend überfordert, sie hatte große Angst, sich nicht mehr alleine zu Hause um sich selbst kümmern zu können. Gleichzeitig hatte sie den Eindruck, ihr Stuhlgang sehe „künstlich“ und „grau“ aus. Sie hatte den Eindruck, dass jemand den Stuhlgang absichtlich austausche und „Künstlichen“ ablege, um sie zu verunsichern und zu irritieren.

Psychiatrische Vorgeschichte

Bis zum 81. Lebensjahr hatte die Patientin keine depressiven oder manischen Episoden und auch keine psychiatrischen Vorbehandlungen. Etwa Anfang 2020 zeigte sich dann zunehmend eine depressive Symptomatik; damals gab sie ein Überforderungserleben nach dem Umzug des Ehemannes in ein Pflegeheim bei zuvor langjähriger häuslicher Pflege des Gatten durch die Patientin selbst an. Im Juni 2020 wurde eine hausärztliche ambulante Behandlung mit Es-

citalopram 5–10 mg/Tag begonnen. Der erste stationär-psychiatrische Aufenthalt erfolgte dann im August 2020 mit der Diagnose einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen (Verfolgungs- und Beeinträchtigungswahn mit dem Gefühl, man entziehe ihr den Sauerstoff, Annahme von Manipulationen an ihrem Rollator durch das Pflegepersonal). Unter Mirtazapin (30 mg/Tag) sowie im weiteren Verlauf bei anhaltend psychotischen Symptomen unter Olanzapin (bis 10 mg/Tag) und vorübergehend Lorazepam kam es nach insgesamt dreimonatigem stationären Aufenthalt letztlich zur Remission des depressiven Syndroms. Die Patientin wurde mit Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst nach Hause entlassen. Danach kam es fremdanamnestisch durch die Söhne rasch zu einer erneuten Zunahme der depressiven Symptomatik, eigenanamnestisch sei die Patientin für zwei bis drei Monate gut zurechtgekommen. Ambulant sei eine Dosiserhöhung von Olanzapin auf 15 mg/Tag versucht worden.

Körperliche Vorerkrankungen

An relevanten Vorerkrankungen bestanden eine Polymyalgia rheumatica in Remission, eine chronische Cholangitis, eine Hypothyreose (substituiert), eine arterielle Hypertonie sowie eine Gon- und Rhizarthrose.

Medikation bei Aufnahme

Mirtazapin (30 mg/Tag), Olanzapin (15 mg/Tag), L-Thyroxin (62,5 µg/Tag), Pantoprazol (20 mg/Tag), Candesartan (16 mg/Tag), Metamizol (2 × 500 mg/Tag), Ibuprofen (3 × 200 mg/Tag), Colecalciferol (1.000 I.E./Tag), Ursodeoxycholsäure (500 mg/Tag), Alendronsäure (70 mg/Woche).

Soziobiografische Anamnese

Die Patientin sei in Berlin geboren und aufgewachsen. Sie habe viele Jahre als Internistin in einem Krankenhaus gearbei-

tet und sei vor 20 Jahren regulär berentet worden. Sie wohne selbstversorgend in einem Einfamilienhaus, zuletzt sei sie bei der Körperpflege und Tabletteneinnahme durch einen ambulanten Pflegedienst und bei den Einkäufen durch einen Nachbarn unterstützt worden. Sie sei nach 41 Jahren Ehe verwitwet, sie habe ihren Ehemann über mehrere Jahre zu Hause gepflegt, vor einem Jahr sei er verstorben. Sie habe zwei Söhne (53 und 55 Jahre) sowie vier Enkelkinder, zu denen guter Kontakt bestehe.

Substanzanamnese

Sie habe 20 Jahre lang wenig geraucht, aktuell sei sie abstinent. Der Konsum von Alkohol und weiteren Suchtmitteln wurde verneint.

Familienanamnese

Mutter und Großeltern mütterlicherseits seien an Demenz erkrankt. Der Vater habe 1968 Suizid begangen, er habe – so die Patientin – aufgrund von Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg vermutlich an einer posttraumatischen Belastungsstörung und Depressionen gelitten.

Internistische Untersuchung

Die Patientin war in gutem Allgemein- und schlankem Ernährungszustand. Sie gab Knieschmerzen bei Gonarthrose an, sonst war sie regelrecht.

Neurologische Untersuchung

Die Blickfolge war leicht sakkadiert und es lag eine Anosmie vor. Darüber hinaus zeigten sich eine reduzierte Mimik, ein leichtes Zahnradphänomen, Bradykinese, ein beidseitiger Haltungs- und Bewegungstremor, Dysdiadochokinese und Dysmetrie. Stand und Gang sind kleinschrittig, unsicher. Der Pull-Test ergab eine posturale Instabilität. Die Patientin war mit Rollator mobil. Eine erschwerte Gangprüfung war nicht durchführbar.

Psychopathologischer Befund

Die Patientin hatte ein gepflegtes Äußeres, war im Kontakt zurückhaltend und geringfügig misstrauisch. Sie zeigte sich wach, zeitlich unscharf; örtlich und zur Situation orientiert. Ihre Auffassung war ungestört, Aufmerksamkeit und Konzentration waren subjektiv reduziert, objektiv aber regelrecht (serielle Subtrakti-

on 5/5). Die Mnestik war orientierend intakt, zwei von drei Begriffen wurden nach zehn Minuten erinnert. Das formale Denken war wenig verlangsamt und grübelnd. Inhaltlich war die Patientin eingeeignet auf gesundheitsbezogene Ängste (Inkontinenz). Eine Wahnstimmung, Wahnwahrnehmungen (künstlicher Stuhlgang) und ein Beeinträchtigungswahn wurden beobachtet, wovon sie sich noch distanzieren konnte. Sie äußert ein ausgeprägtes Überforderungs- und Insuffizienzerleben. Im Affekt war die Patientin deutlich niedergedrückt und starr, ihr Antrieb war reduziert. Psychomotorisch war sie unruhig mit Sitzunruhe, zeitweise waren Stereotypen vor allem des Oberkörpers bei Überforderungserleben zu sehen, zeitweise war sie mutistisch. Es bestanden Ein- und Durchschlafstörungen mit deutlich reduziertem Nachtschlaf (2–3 Stunden/Nacht). Der Appetit war vermindert mit Gewichtsverlust (2 kg in zwei Monaten). Lebensüberdrussgedanken wurden berichtet, keine akute Suizidalität.

Weiterführende Untersuchungen

- Labor: ohne wegweisenden Befund, kein Anhalt für entzündliche Aktivität der früheren Polymyalgia rheumatica.
- EKG: regelrecht.
- EEG: ohne wegweisenden Befund, keine epilepsietypischen Potenziale.
- MRT Kopf: Bekanntermaßen globale Hirnvolumenminderung mit Substanzdefekten beidseits frontal sowie temporopolar (DD posttraumatisch) und Marklagereglionen beidseits (DD mikroangiopathischer Genese). Soweit beurteilbar, keine typischen Parkinson-assoziierten Veränderungen abgrenzbar.

Therapie und Verlauf

Die stationäre Aufnahme erfolgte unter der Arbeitsdiagnose eines Rückfalls in eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen, trotz auch anhand von therapeutischem Drug-Monitoring bestätigter regelmäßiger Einnahme der zuletzt zur Remission führenden Medikation, bestehend aus Mirtazapin und Olanzapin. Bei Aufnahme sahen wir zusätzlich zu der depressiven Symptomatik klinisch-neurologisch ein hypokinetisch-rigides Syndrom mit postura-

ler Instabilität, sodass wir die Medikation mit Olanzapin beendeten. Die Gabe von Mirtazapin beendeten wir im Hinblick auf den stattgehabten Rückfall trotz fortgesetzter Einnahme ebenfalls.

Auch nach Absetzen von Olanzapin zeigte sich im weiteren Verlauf anhaltend ein hypokinetisch-rigides Syndrom, sodass wir Kollegen der neurologischen Klinik hinzuzogen, die die Symptomatik als Morbus Parkinson werteten. Entsprechend begannen wir mit einer langsamen Aufdosierung von L-DOPA. Schlafanstoßend gaben wir Doxepin 12,5 mg/Tag mit mäßigem Erfolg. Unter L-DOPA, zuerst 4 × 125 mg/Tag, zeigte sich im Verlauf von vier Wochen weder eine Besserung des hypokinetisch-rigiden Syndroms noch der depressiven Symptomatik, sodass wir eine antidepressive Behandlung mit Venlafaxin in langsam aufsteigender Dosierung bis 225 mg/Tag begannen und nach Rücksprache mit der neurologischen Klinik eine weitere Aufdosierung von L-DOPA versuchten. Darunter kam es ebenfalls zu keiner Besserung der motorischen oder depressiven Symptomatik, vielmehr war die Patientin zunehmend misstrauisch und negativistisch. Sie berichtete intermittierend von verängstigten illusionären Verkennungen (schattenhaften Gestalten, dem Gefühl, jemand sei im Raum, wenn sie alleine sei, jemand laufe hinter ihr) insbesondere in Ruhe sowie nachts. Auch habe sie das Gefühl, sich in einer Inszenierung zu befinden, die das Ziel hat, sie zu prüfen, zu verärgern und zu quälen. Wir reduzierten daraufhin die Dosis von L-DOPA, beendeten die Medikation mit Doxepin und begannen eine niedrigdosierte Gabe von Quetiapin bis 50 mg/Tag. Eine Elektrokonvulsionstherapie (EKT) lehnten die Patientin und ihre Angehörigen zu diesem Zeitpunkt ab. Nachdem auch eine Umstellung von L-DOPA auf Pramipexol die depressive Symptomatik nicht veränderte und eine nur geringfügige Besserung der motorischen Symptome erbracht hatte, öffneten sich die Patientin und Angehörigen für die Durchführung einer EKT. Hierunter besserten sich sowohl die motorischen Parkinson-Symptome als auch die Depression rasch und deutlich, mit letztlicher Remission der depressiven Symptomatik.

Diskussion

Der vorliegende Fall schildert die Behandlung einer Depression bei Morbus Parkinson. Es zeigte sich eine erste schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im höheren Lebensalter vor dem Hintergrund psychosozialer Stressoren und Morbus Parkinson. Letztlich wurde bei therapieresistentem Verlauf eine EKT durchgeführt, mit deutlich positiven Effekten auf die depressiven und motorischen Symptome.

Die Prävalenz depressiver Störungen bei Morbus Parkinson beträgt je nach untersuchter Stichprobe zwischen 8 % und 70 %, im Mittel liegt sie bei etwa 40 % [1, 2]. Depressive Störungen sind mit schlechterer Motorik und Krankheitsschwere assoziiert, jedoch bei 29 % der Patienten mit Erstdiagnose eines Morbus Parkinson bereits vorhanden [1]. Depressive Störungen können der Diagnose eines Morbus Parkinson also auch vorausgehen, ob sie einen Risikofaktor für Morbus Parkinson oder vielmehr ein Prodromalsymptom darstellen, wird

diskutiert. Symptomüberschneidungen zwischen beiden Erkrankungen finden sich hinsichtlich psychomotorischer Verlangsamung, Insomnie und Energieverlust beziehungsweise Apathie. Somit liegt ein besonderes Augenmerk auf dem Symptom der niedergedrückten Stimmung, wobei alle Symptome zur Diagnose einer depressiven Episode herangezogen werden sollten, unabhängig davon, ob sie eventuell in Zusammenhang mit Morbus Parkinson stehen [1, 2].

Zuerst sollte in der Behandlung der Depression bei Morbus Parkinson in der Regel eine dopaminerge Therapie eingeleitet oder optimiert werden [3]. Auch dopaminergen Substanzen werden antidepressive Eigenschaften zugeschrieben; in einer randomisierten, placebokontrollierten Studie (RCT) hatte Pramipexol eine gute antidepressive Wirkung [4]. Besteht die depressive Symptomatik auch nach Einleiten einer dopaminergen Behandlung fort, sollte eine spezifische antidepressive Behandlung initiiert werden [3]. Die Datenlage zur Wirksamkeit

von Antidepressiva in der Therapie der Depression bei Morbus Parkinson ist insgesamt gering. Es liegen RCT zu Citalopram, Fluoxetin, Paroxetin, Sertralin und Venlafaxin vor [5]; ebenso für die trizyklischen Antidepressiva (TZA) Nortriptylin, Desipramin (nicht mehr im Handel) und Imipramin [3]. Aufgrund der besseren Verträglichkeit sollten SSRI und andere neuere Antidepressiva den TZA vorgezogen werden; unter den TZA ist Nortriptylin zu bevorzugen. In der größten RCT mit Einschluss von 115 Patienten zeigten Venlafaxin und Paroxetin Wirksamkeit gegenüber Placebo [6]. Positive Einzelfallberichte liegen zu Bupropion vor; zu Duloxetin und Agomelatin gibt es jeweils eine offene Studie [5]. EKT sollte bei therapieresistentem Verlauf ebenfalls eingesetzt werden, hier werden gute antidepressive und auch positive Effekte auf die motorischen Funktionen beschrieben [7, 8].

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

Fragen und Lösungen

Frage 1

Welche Aussage trifft zu? Eine Depression bei Morbus Parkinson ...

- ... sollte Anlass sein, eine dopaminerge Medikation aufgrund depressiogener Effekte zu reduzieren.
- ... sollte erst diagnostiziert werden, wenn sicher ist, dass die beobachteten depressiven Symptome nicht besser durch den Morbus Parkinson erklärt werden können.
- ... kann zu einer paradoxen Verbesserung motorischer Symptome des Morbus Parkinson führen.
- ... ist mit schlechterer Motorik und Krankheitsschwere assoziiert.
- ... tritt in der Regel erst sehr spät im Krankheitsverlauf auf.

Lösung

Antwort d ist richtig. Depressive Störungen sind mit schlechterer Motorik und Krankheitsschwere assoziiert, jedoch auch bei 29 % der Patienten mit der Erstdiagnose eines Morbus Parkinson bereits vorhanden. Depressive Störungen können der Diagnose eines Morbus Parkinson auch vorausgehen.

Wenn Symptomüberschneidungen zwischen Depression und Morbus Parkinson bestehen, sollten alle Symptome in der Diagnostik einer depressiven Episode berücksichtigt werden, unabhängig davon, ob sie möglicherweise in Zusammenhang mit dem Morbus Parkinson stehen. Zu Beginn der Behandlung der Depression bei Morbus Parkinson sollte in der Regel eine dopaminerge Therapie eingeleitet oder optimiert werden, da auch dopaminergen Substanzen antidepressive Eigenschaften zugeschrieben werden.

Frage 2

Welche Aussage trifft NICHT zu? In der Behandlung der Depression bei Morbus Parkinson ...

- ... sollten ausschließlich dopaminerge Substanzen eingesetzt werden.
- ... sollten möglichst auch psychosoziale Interventionen und psychotherapeutische Verfahren zum Einsatz kommen.
- ... können SSRI, SNRI oder andere neuere Antidepressiva versucht werden.
- ... kann eine EKT positive Effekte auch auf motorische Funktionen zeigen.

- ... werden auch dopaminergen Substanzen antidepressive Eigenschaften zugeschrieben.

Lösung

Antwort A trifft nicht zu. In der Behandlung der Depression bei Morbus Parkinson sollte in der Regel zuerst eine dopaminerge Therapie eingeleitet oder optimiert werden. Bleibt die depressive Symptomatik bestehen, sollte eine spezifische antidepressive Behandlung initiiert werden.

AUTORIN

Dr. med. Francesca Regen

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

E-Mail: francesca.regen@charite.de



Hier steht eine Anzeige.



Arbeits- und Erwerbsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen

Mini-ICF-APP – Operationalisierung psychischer Funktionseinschränkungen

Die Beurteilung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ist für Patienten und Kostenträger von großer Bedeutung. Sie hängt nicht von der Diagnose und auch nicht von den Funktionsstörungen ab, sondern von den sich daraus ergebenden Fähigkeitsbeeinträchtigungen und den Aktivitätsanforderungen im Arbeitskontext. Das Mini-ICF-APP beschreibt dabei 13 wichtige Fähigkeitsdimensionen, die bei psychischen Störungen eingeschränkt sein können. Es werden Operationalisierungen und Beurteilungsanweisungen vorgegeben, die eine valide sozialmedizinische Einschätzung erlauben.

MARKUS WEIH, MICHAEL LINDEN, BEATE MUSCHALLA

Die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit (AU) eines Patienten ist eine Kernaufgabe für Psychiaterinnen und Psychiater und hat auf Basis der AU-Richtlinien Bedeutung zulasten der Arbeitgeber und Krankenkassen [1]. Die Einschätzung der Berufsunfähigkeit oder Erwerbsminderung (EM) oder Erwerbsunfähigkeit (EU) betrifft die Renten- oder die Unfallversicherung. Sie ist eine Aufgabe mit größerer Tragweite und erfolgt deshalb meist in einer Begutachtung oder Teambesprechung im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme.

Grad der Behinderung

Abzugrenzen von AU und EU ist der Grad der Behinderung (GdB), etwa in einem Schwerbehindertenverfahren, der bei der Beurteilung von AU und EU keine Rolle spielt. Die Kriterien bei der Feststellung einer AU oder EU sind grundsätzlich gleich. Bei der EU ist nur zusätzlich die längerfristige Dauer festzustellen (mindestens sechs Monate). Sowohl bei der AU als auch in der medizinischen Rehabilitation sind die beurteilenden Ärzte in der Doppelrolle von Behandlern und Gutach-



Das Mini-ICF-APP beschreibt 13 wichtige Fähigkeitsdimensionen, die bei psychischen Störungen beeinträchtigt sein können und erlaubt eine valide sozialmedizinische Einschätzung.

tern, was zu Problemen in der Arzt-Patient-Beziehung führen kann.

Verschlüsselung der Diagnose

Die Feststellung einer Krankheit mit entsprechender Verschlüsselung der Diagnose nach ICD ist eine notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung für die Feststellung einer AU und EU. Hierfür ist eine Beurteilung von Krankheitsfolgen erforderlich, das heißt der Schädigung von Körperstrukturen, den Störungen von Körperfunktionen (= Symptomatik), der Beeinträchtigung von Aktivitäten und Fähigkeiten und der kontextbezogenen Einschränkung der Teilhabe (Partizipation in Anlehnung an die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)).

ICF

Die ICF wird wie die ICD von der WHO herausgegeben und gehört zu den internationalen Kernklassifikationen (WHO-FIC [2]). Die ICF orientiert sich am bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell, das heißt komplexen Wechselwirkungen zwischen Gesundheitszustand und Kontextfaktoren sowie persönlichen Faktoren. Zur Beurteilung der Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit kommt es vor allem auf die Wechselwirkung zwischen „Fähigkeiten“ und kontextbezogenen Fähigkeitsanforderungen an. Es geht also nicht darum, ob jemand krank ist oder unter bestimmten Symptomen leidet. Entscheidend ist, ob jemand aus Krankheitsgründen nicht mehr über die Fähigkeiten verfügt, die erforderlich sind, um die in einem bestimmten Kontext (das heißt konkreter Arbeitsplatz bei der AU oder allgemeiner Arbeitsmarkt bei der EU) zwingend durchzuführenden Aktivitäten auszuüben. Dieses Prinzip der Kontextadjustierung gilt grundsätzlich bei Fähigkeitsbeurteilungen. Ob eine bestimmte Rechenfähigkeit eines Schülers hinreichend und wie zu bewerten ist, ist nicht absolut zu bestimmen, sondern nur unter Berücksichtigung der Klassenstufe (des Kontextes). Ebenso gilt, dass ein bestimmtes Ausmaß an sozialer Kompetenz bei einem Bauarbeiter als völlig hinreichend zu beurteilen ist, bei einem Lehrer völlig unzureichend.

Konkret muss man sich die ICF als ein sehr umfangreiches Glossar vorstellen, das in der Praxis oder bei der Begutachtung weder nützlich noch einsetzbar ist. Es gibt eine Reihe von Checklisten zur Beurteilung von Fähigkeitsbeeinträchtigungen [3], die aber den spezifischen Problemen chronisch psychisch kranken Menschen oft nicht gerecht werden.

Mini-ICF-APP

Ein Instrument zur Erfassung und Quantifizierung von kontextadjustierten Fähigkeitsbeeinträchtigungen, das sich in der Praxis bewährt hat und auch in Leitlinien Erwähnung findet, ist das Mini-ICF-APP. Dabei handelt es sich um ein halbstandardisiertes Interview und Fremdbeurteilungsinstrument [4], ähnlich wie sie es für Demenzen, Depressionen, Ängste und ähnliches gibt. Ziel ist jedoch nicht eine Diagnose oder ein Schweregrad, sondern die operationalisierte Einschätzung von 13 psychischen Fähigkeiten. Wie **Abb. 1** zeigt, können verschiedene Funktionsstörungen (= Symptome) zu unterschiedlichen Fähigkeitsbeeinträchtigungen führen, die dann jeweils nach

Kontextanforderung eine andere Bedeutung haben. So sind die Anforderungen an die soziale Kompetenz unterschiedlich in Abhängigkeit davon, ob eine Krankenschwester im OP oder auf einer psychiatrischen Station arbeitet.

Im Idealfall stimmen die Fähigkeiten des Patienten mit den beruflichen Anforderungen überein (Person-Environment-Fit). Sind die krankheitsbedingten Fähigkeitsbeeinträchtigungen derart, dass die beruflichen Anforderungen nicht mehr erfüllt werden können, dann besteht AU. Nach der AU-Richtlinien muss der Arzt also immer sowohl die Fähigkeitsbeeinträchtigung als auch die konkreten Arbeitsplatzanforderungen in seiner Dokumentation notieren.

Das Mini-ICF-APP ermöglicht Fähigkeiten und kontextadjustierte Teilhabebeeinträchtigungen strukturiert zu explorieren und zu graduieren. Das setzt, wie der psychopathologische Befund, ein aktives Vorgehen, konkretes Nachfragen und Verhaltensbeobachtung voraus und geht damit deutlich über Selbstbeurteilungen oder Globaleinschätzungen hinaus. Standard-Kontextbezüge sind:

- therapeutische Situation (Sprechstunde, Ergotherapie),
- konkreter Arbeitsplatz (AU),
- allgemeines Berufsfeld (Berufsunfähigkeit),
- allgemeiner Arbeitsmarkt (z. B. Beispiel: Hotel [EU], für den Kontext Hotel können bis zu zehn Stufen unterschieden werden, von 1 = Kofferträger bis 10 = Hotelmanagerin),
- Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (z. B. Restaurant, Wohnung),
- individuelles Lebensumfeld (allgemeine Krankheitsfolgen).

Das Mini-ICF-APP wird auch von der Rentenversicherung [5] und in sozialmedizinischen Leitlinien empfohlen [6]. Für jede Dimension gibt es eine Definition, Fragen und Beispiele, um die Beeinträchtigungen genauer einschätzen zu können.

Die Beurteilung erfolgt unter Bezug auf den Grad der Teilhabebeeinträchtigung in Rating-Kategorien (**Tab. 1**). Liegt eine absehbar dauerhafte Problematik vor, dann ist EU bei einem Rating von 3 oder 4 gegeben, sofern keine Kompensation am Arbeitsplatz möglich ist. Empfehlenswert ist es, nicht nur Ratings abzuliefern, sondern die quantifizierte Beeinträchtigung im Rating-Bogen noch möglichst konkret beschreiben.

In der Praxis sollten die Fragen offen gestellt werden. Zusätzlich sollte wenn möglich, die Verhaltensbeobachtung in unterschiedlichen therapeutischen oder Anforderungssituationen berücksichtigt werden, um am Ende ein belastbares Expertenurteil mit sozialmedizinischen Gutachtencharakter zu haben.

Beispiel zum Mini-ICF-APP

52-jährige Patientin mit der Diagnose Angst und Depression gemischt. Es werden im vorliegenden Beispiel fünf Antwortalternativen aufgeführt, die den Rating-Kategorien (0–5) des Mini-ICF-APP entsprechen.

Einleitungsfrage: Können Sie mir bitte kurz schildern, was Sie beruflich machen? „Ich bin seit acht Jahren im Büro einer Fabrik angestellt. Das ist ein mittelgroßer Betrieb, mit einer Einkaufsabteilung, einer Teamleiterin und zwei Kolleginnen im Büro“.

Konkretisierungsfrage zum Kontext: Was müssen Sie konkret tun, wenn Sie morgens an Ihren Arbeitsplatz kommen? „Ich

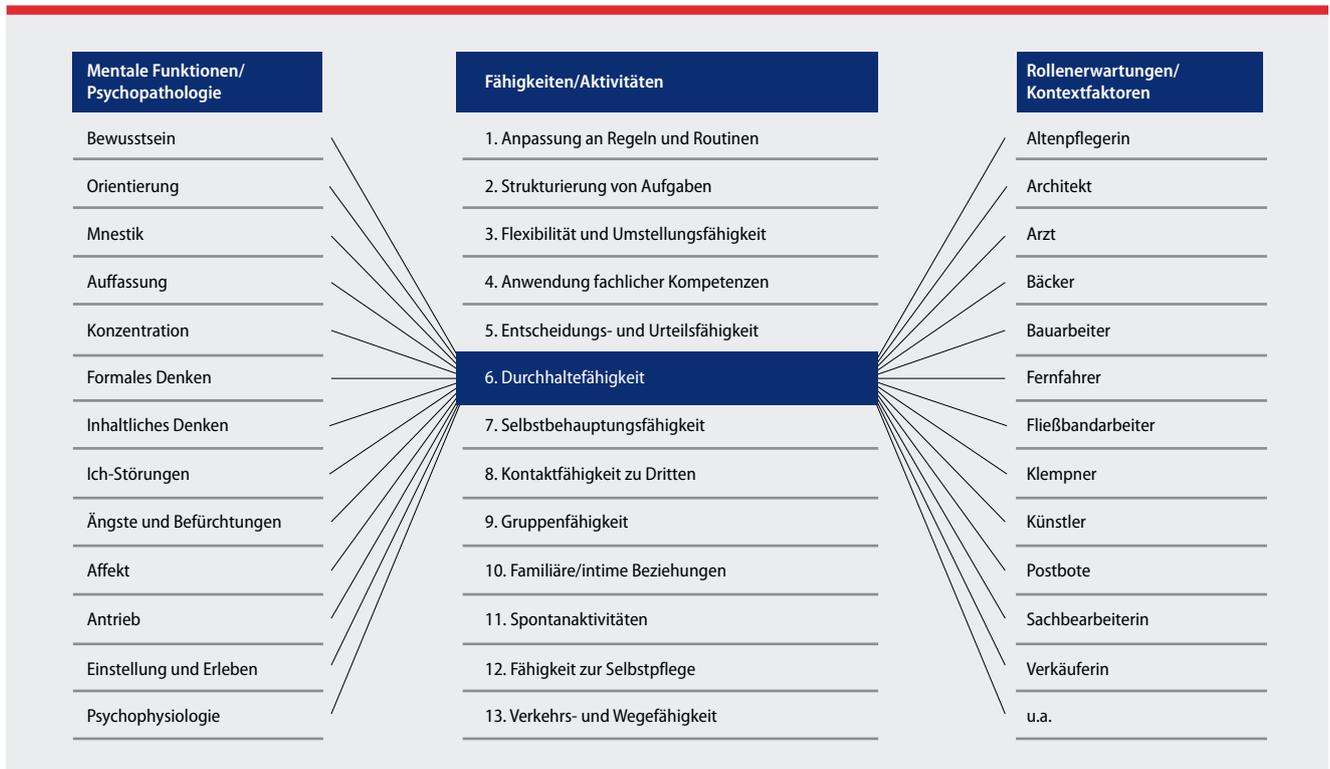


Abb. 1: Mini-ICF-APP-Dimensionen

muss Angebote vergleichen, Bestellungen machen, unsere Fabriken beauftragen und auch mal in die Fabrik fahren, um mit den Arbeitern zu reden oder das dortige Lager zu kontrollieren.“

Frage zur Dimension 1 (Anpassung an Regeln und Routinen): Ah, Sie haben einen Beruf, bei dem man offenbar sehr genau sein muss und bei dem man vieles zu berücksichtigen hat. Außerdem arbeiten Sie unmittelbar mit Ihrer Teamleitung zusammen, die hat sicher auch ihre eigenen Vorstellungen, wie was zu machen ist. Sind Sie jemand, der Vorschriften und Anweisungen ohne Probleme umsetzen kann, oder gibt es da gelegentlich Diskussionen?

— 0: Keine Beeinträchtigung

„Ich bin schon lange in dem Beruf. Mit den ganzen Abläufen kenne ich mich bestens aus. Selbstverständlich muss man sich da an die Vorgaben halten. Auf mich kann man sich verlassen.“

— 1: Leichte Beeinträchtigung

„Ich versuche immer alles so richtig wie möglich zu machen. Das ist aber in den letzten Jahren alles so furchtbar kompliziert geworden, jetzt mit der neuen Software, beispielsweise für Arbeitsaufträge für die Produktion. Man weiß nie, ob man nicht wieder irgendetwas übersehen hat. Da bin ich echt unter Dauerstress. Sie glauben nicht, wie kompliziert es ist, immer alles 100%ig hinzukriegen und an alles im Voraus zu denken. Kürzlich habe ich schlecht geschlafen und bin zu spät in die Arbeit gekommen.“

Die Patientin versucht zu kompensieren, in dem sie überkorrekt ist. Sie will alles besonders richtig machen, weshalb sie un-

ter Dauerstress kommt. Sie schafft es jedoch, letztlich alle Anforderungen zu erfüllen, ohne dass es zu Auffälligkeiten kommt.

— 2: Mäßige Beeinträchtigung

„Ich versuche immer alles so richtig wie möglich zu machen. Das ist alles furchtbar kompliziert geworden, jetzt mit der neuen Software, beispielsweise für die Arbeitsaufträge für die Produktion und so. Ich versuche das wirklich richtig zu machen. Aber bei den vielen Details und ständig neuen Regeln ist das nicht möglich. Und wenn die Teamleiterin mir dann auch noch reinredet und mir erklärt, was ich wie zu machen habe, dann steige ich aus. Ich habe ihr dann auch schon einmal gesagt, sie soll es doch alleine machen, wenn sie alles besser weiß. Nachts grübele ich dann über alles nach und bin schon ein paar mal zu spät gekommen.“

Die Patientin versucht überkorrekt zu sein, aber verheddert sich dabei. Das wird vor der Teamleiterin wahrgenommen, führt zu Störungen des Schlafs, Ermahnungen und Konflikten.

— 3: Erhebliche Beeinträchtigung

„Ich versuche immer alles so richtig wie möglich zu machen. Das ist alles furchtbar kompliziert, mit der neuen Software, beispielsweise für die Arbeitsaufträge für die Produktion und so. Ich versuche das richtig zu machen, das kostet wahnsinnig viel Zeit. Wenn es dann Terminalsachen sind, dann kommt es vor, dass die Sache nicht richtig fertig werden und Teamleiterin mich nicht nur anmotzt, sondern die Sachen einer jungen Kollegin gibt. Deshalb bin ich völlig fertig und habe mich dann am nächsten Tag krank gemeldet.“

Die Patientin berichtet, dass die Teamleiterin die Notwendigkeit sieht, dass sie bei der Arbeit unterstützt werden muss.

— 4: Volle Beeinträchtigung

„Ich versuche immer alles so richtig wie möglich zu machen. Das ist alles furchtbar kompliziert geworden, mit der neuen Software, beispielsweise für die Arbeitsaufträge für die Produktion und so. Ich versuche das wirklich richtig zu machen, das kostet wahnsinnig viel Zeit. Ich habe das aber nicht mehr geschafft. Meine Teamleiterin hat dafür keine Nachsicht mehr. Sie hat mir jetzt alle Auftrags- und Terminsachen weggenommen und einer Kollegin gegeben. Sie wirft mir vor, dass ich nicht mal in der Lage bin, Routinesachen zu erledigen. Sie sagt, so könne sie mich nicht brauchen. Nachdem ich wegen Schlafstörungen länger krank war, mache ich mir Sorgen um meinen Arbeitsplatz.“

Die Patientin berichtet, dass ihre Vorgesetzte sie von Routineaufgaben entpflichtet hat, weil sie diese nicht in der gebotenen Zeit und nicht verlässlich korrekt erledigen kann. Der Arbeitsplatz ist wegen Versäumnissen bedroht.

Vorgehen in anderen Dimensionen

Analog wird bei den anderen Dimensionen vorgegangen, die in **Tab. 2** in Kurzform dargestellt sind. Zur ausführlichen Beschreibung der Vorgehensweise im Mini-ICF-App stehen ausführliche Materialien zur Verfügung [7]. Das positive und negative psychische Leistungsvermögen ist in der sozialmedizinischen Epikrise (Begründung der Leistungsbeurteilung) so darzulegen, dass daraus hervorgeht, warum eine AU, EU oder ein reduziertes Leistungsvermögen besteht, welche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) hilfreich sein könnten, oder welche Anpassungen des Arbeitsplatzes im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) zielführend sein könnten. Deshalb lohnt es sich in der Praxis, dies aufmerksam zu lesen, allein um mit dem Patienten auch ein motivierendes Gespräch führen zu können.

Die Beeinträchtigungsstufen 1 bis 2 sind nicht sozialrechtlich im engeren Sinne, sondern mehr therapeutisch und präventiv von Bedeutung. Dagegen entsprechen die Rating- oder Beeinträchtigungsstufen 3 und 4 einem negativen psychischen Leistungsvermögen. Das bedeutet meist eine vorübergehende oder dauernde AU, Berufsunfähigkeit oder EU. Dabei ist zu beurteilen, ob Änderungen in den qualitativen oder quantitativen Leistungsanforderungen eine weitere Teilhabe am Arbeitsleben ermöglichen könnten. Es genügt also nicht, nur die Mini-ICF-APP-Dimensionen mit den Beeinträchtigungsstufen zu benennen. Stattdessen sollte das Leistungsvermögen mit Bezug auf die Gliederung des Mini-ICF-APP konkret und unter Bezug auf den jeweiligen Arbeitsplatz beschrieben werden, wenn es um die Begründung der Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit geht.

Sozialmedizinische Einschätzungen

Im folgenden werden drei mögliche sozialmedizinische Einschätzungen des Falls dargestellt:

1. Arbeitsfähigkeit trotz Leistungseinschränkungen

Die Patientin konnte von der Reha gut profitieren. Sie ist durch ihre Arbeit als Verwaltungsangestellte beansprucht. Vor allem

Tab. 1: Mini-ICF-APP-Rating

Für jede Dimension gibt es eine Definition, Fragen und Beispiele, um die Beeinträchtigungen genauer einschätzen zu können. Die Beurteilung erfolgt unter Bezug auf den Grad der Teilhabebeeinträchtigung in folgenden Rating-Kategorien:

0	Keine Beeinträchtigung: keine Probleme, der Proband entspricht den <i>Normerwartungen</i> . Idealzustand.
1	Leichte Beeinträchtigung: Leichtere subjektive Probleme, die aber nicht auffallen. Keine Fehler, <i>keine wesentlichen negativen Konsequenzen</i> . Dies gilt noch als normal, weil Arbeit auch anstrengend sein darf. Dies gilt insbesondere, wenn jemand krank ist und ihm/ihr nicht alles gleichermaßen leicht fällt.
2	Mäßige Beeinträchtigung: Deutliche Probleme, die geforderten Aktivitäten auszuüben. Dies fällt auf, <i>hat negative Auswirkungen, negative Konsequenzen</i> mit Folgen, signalisiert Probleme und ist unter Umständen ein negativer Prognosefaktor, weil die Gefahr besteht, dass es zu weiteren Negativentwicklungen kommt. Ab hier Intervention.
3	Erhebliche Beeinträchtigung: Kann den Rollenerwartungen in wesentlichen Teilen nicht mehr gerecht werden, benötigt <i>teilweise Unterstützung von Dritten</i> . Partielle Arbeitsunfähigkeit.
4	Volle Beeinträchtigung: Unfähigkeit, Patient <i>muss weitgehend entpflichtet werden</i> , die Arbeit wird durch Dritte übernommen, oder Teilunfähigkeit für die betreffende Fähigkeit. Ob es zu dauerhafter oder kompletter Unfähigkeit kommt, hängt davon ab, ob durch Therapie eine Besserung erreicht wird, im Eingliederungsmanagement (BEM) oder einer stufenweisen Wiedereingliederung eine Umorganisation möglich ist, sodass die fehlende Fähigkeit nicht benötigt wird.

aber die geforderte Flexibilität und Durchsetzungsfähigkeit bei der Kontrolle der Arbeiter macht ihr Probleme. Sie ist ansonsten aber gut eingebunden und erfüllt alle Aufgaben. Mit der sozialmedizinischen Einschätzung, dass sie arbeitsfähig ist, ist sie einverstanden. Die Einschätzung im Mini-ICF-APP würde folgendermaßen aussehen.

Positives psychisches Leistungsvermögen:

- Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen (0),
- Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben (0),
- Kompetenz- und Wissensanwendung (0),
- Konversation und Kontaktfähigkeit zu Dritten (0),
- Gruppenfähigkeit (0),
- Fähigkeit zu engen dyadischen Beziehungen (0),
- Fähigkeit zur Selbstpflege und Selbstversorgung (0),

Negatives psychisches Leistungsvermögen:

- Flexibilität und Umstellungsfähigkeit (2),
- Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit (2),
- Proaktivität und Spontanaktivitäten (2),
- Widerstands- und Durchhaltefähigkeit (2),
- Selbstbehauptungsfähigkeit (2),
- Mobilität und Verkehrsfähigkeit (2).

In so einem Fall folgt dann üblicherweise die Empfehlung einer ambulanten Psychotherapie.

2. Arbeitsunfähigkeit

Die Patientin hat deutliche Einschränkungen in mehreren Dimensionen. Sie leidet unter Dauerstress, zeigt exzessives Sorgenverhalten, und ist unsicher, was dazu führt, dass sie im Kontakt mit den Arbeitern und ihren Kontrollaufgaben ihre

Tab. 2: Fragen zur Fähigkeitenselbstbeschreibung: Mini-ICF-APP
1. Anpassung an Regeln und Routinen

- Fähigkeit, sich an Regeln zu halten?
- Termine verabredungsgemäß wahrzunehmen?
- Sich in Organisationsabläufe einzufügen?
- Erfüllung von täglichen Routineabläufen?
- Einhalten von Verabredungen, pünktliches Erscheinen?
- Einhaltung von Verfahrensvorschriften?

2. Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben

- Tagesroutinen, Tagesplan und Tagesstruktur vorhanden?
- Aufgaben werden und zeitgerecht erledigt (Haushalt, Arbeit, Erholung, Freizeit)
- Vorausschauende Organisation und Reihenfolge (z. B. To-Do Listen vorhanden?)
- Schwierigkeiten, Plan einzuhalten und durchzuführen?
- Allgemeines Gefühl, Dinge nicht zu schaffen („alles wächst mir über den Kopf“)?
- Unterscheiden von Wichtigem und Unwichtigem möglich?

3. Flexibilität und Umstellungsfähigkeit

- Reaktion bei Arbeitsunterbrechung (Verhalten, Denken, Erleben)
- Reaktion auf (kurzfristig) neue Aufgaben oder spontane Veränderungen (z. B. Besuch der Schwiegermutter), Umstrukturierung am Arbeitsplatz, Zeitveränderungen (Schichtdienst, Schichtwechsel), räumliche Veränderungen
- Reaktion auf mehrere Menschen im Raum oder Telefonklingeln?
- Reaktion auf Veränderungen im Team, Wechsel der Sozialpartner, bei Übertragung neuer Aufgaben?
- Fähigkeit zur Verhaltensänderung?

4. Kompetenz- und Wissensanwendung

- Anwendung der Kompetenzen und Rollenerwartungen aus Ausbildung, Beruf, Lebenserfahrung oder Wissen möglich (z. B. eine Stewardess muss lächeln können)
- Zufriedenheit von anderen (Kolleginnen und Kollegen, Vorgesetzte, Kunden) mit der eigenen Fachkompetenz oder Kritik?
- Vorwurf von anderen wegen Fehlern bei der Arbeit/Beschäftigung
- Selbsteinschätzung fachlich „up to date“ zu sein?
- Korrekturbedarf von Kolleginnen und Kollegen oder Vorgesetzten wegen Fehlern?
- Selbstzufriedenheit mit eigener Leistung/Rolle?
- Gefühl der Überforderung? Versagensängste?

5. Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit

- Sachverhalte werden nicht dysfunktional verzerrt, sondern werden differenziert und kontextbezogen aufgefasst
- Entscheidungen, Urteile, Auffassungen, Schlussfolgerungen werden angemessen getroffen und erläutert
- Korrektur von Einschätzungen, Entscheidungen oder Urteilen zu Situationen oder Personen durch Vorgesetzte oder Umfeld nötig?
- Fehlurteile, Fehleinschätzungen, Fehlurteile? Hilfebedarf?

6. Proaktivität

- Antrieb und Tagesstruktur vorhanden, Eigeninitiative im Beruf oder „Dienst nach Vorschrift“?
- Kreativität vorhanden?
- Eigeninitiative und Proaktivität vorhanden?
- Phasen von Passivität, Untätigkeit („will meine Ruhe“) oder Langeweile?
- Haushaltsarbeiten möglich, Hobbies vorhanden? Sinnvolle Freizeitaktivität, oder Antriebsprobleme („schleifen lassen“)?
- Selbstständige Reinigung der Wohnung möglich, Kino, Theater, Kneipen, Museen, Konzertbesuch?
- Hobbies, Ehrenamt oder Vereinstätigkeit (Singen, Tanzen, Sport, gemeinschaftliche Aktivität/Gruppenaktivität)?

7. Widerstands- und Durchhaltefähigkeit

- Fähigkeit, längere Zeit durchzuarbeiten und auch mal Überstunden zu machen.
- Häufigere Pausen in der Arbeit im Vergleich zu Kolleginnen und Kollegen nötig?
- Pausen bei schwierigen Arbeiten oder Termindruck nötig (im Vergleich zu Kolleginnen und Kollegen)
- Rasch nachlassende Leistung im Vergleich zu Kolleginnen und Kollegen?
- Rasches Eintreten von Erschöpfung. Gefühl der Überlastung und Überforderung?
- Erwartung von Anderen, länger durchzuhalten?
- Neigung alles hinzuwerfen, wenn es nicht erwartungsgemäß läuft?
- Gibt Proband schnell auf? Unterstützung nötig? Häufigere Arbeitsunfähigkeit ?
- Fähigkeit, trotz Lustlosigkeit oder Beschwerden bei einer Aufgabe zu bleiben?

Tab. 2: Fragen zur Fähigkeiten-Selbstbeschreibung: Mini-ICF-APP**8. Selbstbehauptungs- und Durchsetzungsfähigkeit**

- Eigene Meinung und Sicht der Dinge kann sicher vertreten werden?
- Andere Personen dazu bringen, sich nach seinen Wünschen zu richten?
- Andere Menschen dazu bringen können, das zu tun, was man will?
- Fähigkeit, „nein“ zu sagen, zu widersprechen, ohne andere vor den Kopf zu stoßen
- Fähigkeit, andere um Hilfe zu bitten oder eigene Wünsche ohne Schuldgefühle zu äußern
- Fähigkeit, sich gegen Ungerechtigkeiten zur Wehr zu setzen
- Konfliktfähigkeit, Auseinandersetzungen wegen eigener Meinung möglich?
- Offenheit für Kritik?

9. Konversations- und Kontaktfähigkeit

- Fähigkeit zu „Small talk“, zum Plaudern, auch mit Fremden
- Kontaktfähigkeit zu (neuen) Kollegen, Fähigkeit auf jemand zuzugehen
- Auskommen mit Nachbarn?
- Freundeskreis vorhanden?
- Bevorzugung von Alleinsein oder eher soziale Kontakte?
- Fähigkeit, ein flüssiges Gespräch zu führen
- Verhalten auf einer Party, Feier oder Pause (alleine am Rand oder Gespräche mit anderen)

10. Gruppenfähigkeit

- Kompetenter Teamplayer oder eher Außenseiter?
- Vollwertiges, aktives Mitglied in Arbeitsgruppe, Verein oder Ähnliches?
- Teilnahme an Betriebsausflügen oder -feiern, After work, Teambesprechungen
- Aktive, wahrnehmbare Mitarbeit in Verein, Tanz, Chor, Partei, Ehrenamt oder Ähnliches?
- Fähigkeit, in einer Gruppe die Führung zu übernehmen?

11. Fähigkeit zu engen dyadischen Beziehungen

- Beruflich oder privat enge und vertrauensvolle Kontakte (Verheiratet oder ähnliches) oder alleinlebend, sozial isoliert?
- Wahrnehmung von Problemen anderer?
- Offene Gespräche mit Vertrauenspersonen oder Familienmitgliedern über alltägliche Dinge, aber auch Gefühle und Probleme möglich?
- Häufigkeit von Kontakten mit Familienmitgliedern oder engen Freunden?
- Rolle in der Familie?
- Gemeinsame und angenehme Aktivitäten mit Vertrauten oder in der Familie oder am Arbeitsplatz?
- Beteiligung an wichtigen Entscheidungen in engen Beziehungen oder in der Familie (Schulbesuch bei Kindern, Urlaub, finanzielle Ausgaben)
- Fähigkeit, emotionalen Unterstützungsbedarf von Vertrauten zu erkennen?

12. Selbstpflege und Selbstversorgung

- Gesunde Ernährung? Regelmäßige Mahlzeiten? Aufwand mit Ernährung?
- Raubbau am eigenen Körper?
- Hygiene, Kleidungspflege, Kleidungswechsel, duschen, baden möglich?
- Kleidung Jahres- und Tageszeit angemessen?
- Einhalten von Erholungs- oder Schlafphasen
- Fitness?

13. Mobilität und Verkehrsfähigkeit

- Fähigkeit, zu laufen, sich zu bücken, Dinge in Regal heben, Unterschrift zu leisten
- Fähigkeit sich frei in der Öffentlichkeit zu bewegen
- Verwendung von Bussen, Bahnen und öffentlichen Verkehrsmitteln ohne Beklemmungsgefühle oder Begleitung möglich?
- Unbeschwerte Fahrt zu und Besuch von Kaufhäusern, Kinos oder ähnliches?
- Gefahr, sich in fremden Stadtteilen oder in Natur zu verlaufen?

Meinung nicht deutlich machen und sich nicht durchsetzen kann. Die Situation war beruflich eskaliert, es folgte eine Dekompensation, längere AU, dann Reha. Es wird eine Entlassung von der Reha als AU besprochen, aber eine stufenweise Wiedereingliederung empfohlen, parallel mit der Erwartung, dass eine weitere Therapie noch zu einer Besserung beitragen kann. Möglicherweise ist an eine stufenweise Wiedereingliederung zu denken. Die Einschätzung im Mini-ICF-APP würde so aussehen:

Positives Psychisches Leistungsvermögen:

- Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen (0),
- Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben (0),
- Kompetenz- und Wissensanwendung (0),
- Konversation und Kontaktfähigkeit zu Dritten (0),
- Gruppenfähigkeit (0),
- Fähigkeit zu engen dyadischen Beziehungen (0),
- Fähigkeit zur Selbstpflege und Selbstversorgung (0),
- Mobilität und Verkehrsfähigkeit (0).

Negatives psychisches Leistungsvermögen:

- Flexibilität und Umstellungsfähigkeit (2),
- Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit (2),
- Proaktivität und Spontanaktivitäten (2),
- Widerstands- und Durchhaltefähigkeit (2),
- Selbstbehauptungsfähigkeit (3).

3. Erwerbsminderung

Die Patientin leidet trotz Therapie weiterhin unter Dauerstress, zeigt exzessives Sorgenverhalten. Wegen ständiger Rückversicherung ist selbstständiges Arbeiten unmöglich. Sie hat eine Arbeitsplatzphobie und ist lange AU. In dieser Zeit erfolgt die Kündigung. Eine ähnliche Situation würde bei dem chronischen Krankheitsbild auch an einer anderen Arbeitsstelle auftreten. Stellt man sich vor, dass sie beispielsweise in der Verwaltung oder der Gästebetreuung eines Hotels mitarbeiten sollte, dann wäre sie auch dazu nicht in der Lage, weil ihr die benötigte Durchhaltefähigkeit, Flexibilität, Entscheidungs- und soziale Kontaktfähigkeit fehlen, weshalb sie als vorübergehend erwerbsunfähig eingeschätzt wird. Die Einschätzung im Mini-ICF-APP würde folgendermaßen aussehen:

Positives Psychisches Leistungsvermögen:

- Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen (0),
- Kompetenz- und Wissensanwendung (0),
- Gruppenfähigkeit (0),
- Fähigkeit zu engen dyadischen Beziehungen (0),
- Fähigkeit zur Selbstpflege und Selbstversorgung (0),
- Mobilität und Verkehrsfähigkeit (0).

Negatives psychisches Leistungsvermögen:

- Fähigkeit zur Planung und zur Strukturierung von Aufgaben (2),
- Konversation und Kontaktfähigkeit zu Dritten (3),
- Flexibilität und Umstellungsfähigkeit (3),
- Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit (4),
- Proaktivität und Spontanaktivitäten (3),
- Widerstands- und Durchhaltefähigkeit (3),
- Selbstbehauptungsfähigkeit (4).

Fazit für die Praxis

Sowohl die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit als auch die Erwerbsminderung ist – vor allem bei einer psychischen Erkrankung – eine Entscheidung von großer Bedeutung. Sie sollte für die Kostenträger und die betroffenen Patienten mit der gebotenen Sorgfalt erfolgen.

Während sich die Diagnosen an der ICD-10 orientieren, erfolgt die Einschätzung der sich daraus ergebenden Krankheitsfolgen in Anlehnung an die ICF. Das bedeutet, dass in einer ganzheitlichen biopsychosozialen Perspektive sowohl Funktionsstörungen (= Symptomatik) wie Fähigkeitsbeeinträchtigungen und Teilhabebeeinträchtigungen beschrieben werden müssen. Die Beurteilung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hängt nicht von der Diagnose und auch nicht von den Funktionsstörungen ab, sondern den sich daraus ergebenden Fähigkeitsbeeinträchtigungen und den Aktivitätsanforderungen im Arbeitskontext. Das Mini-ICF-App beschreibt dabei 13 wichtige Fähigkeitsdimensionen, die bei psychischen Störungen beeinträchtigt sein können. Es werden Operationalisierungen und Beurteilungsanweisungen vorgegeben, die eine valide sozialmedizinische Einschätzung erlauben.

Literatur

1. <https://www.g-ba.de/richtlinien/> Zugriff am 17.8.21
2. www.who.int/standards/classifications Zugriff am 12.8.2021
3. www.who.int/classifications/icfchecklist rev Sept 2003 - WHO Zugriff am 9.8.2021
4. Linden M, Keller L, Noack N, Muschalla B. Die Selbstbeurteilung von Fähigkeiten und Fähigkeitsbeeinträchtigungen im Kontext psychischer Erkrankungen: Das Mini-ICF-APP-S. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2018;101:14–22
5. Exploration mittels Mini-ICF-APP – Deutsche Rentenversicherung, Broschüre. Zugriff 12.7.2021
6. DRV Deutsche Rentenversicherung Bund. Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung. Sozialmedizinische Beurteilung bei psychischen und Verhaltensstörungen. 2012; Berlin: DRV
7. www.testzentrale.de Mini-ICF Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen Zugriff am 14.6.2021 und Linden M, Baron S, Muschalla B. Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen (Mini-ICF-APP). Ein Kurzinstrument zur Fremdbeurteilung von Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen in Anlehnung an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (2., überarb. und erw. Aufl.). 2015; Bern: Verlag Hans Huber

Interessenkonflikt

Die Autoren und die Autorin erklären, dass sie sich bei der Erstellung des Beitrages von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließen. Sie legen folgende potenzielle Interessenkonflikte offen: M. Linden ist Autor des Mini-ICF-APP. Der Verlag erklärt, dass die inhaltliche Qualität des Beitrags durch zwei unabhängige Gutachten geprüft wurde. Werbung in dieser Zeitschriftenausgabe hat keinen Bezug zur CME-Fortbildung. Der Verlag garantiert, dass die CME-Fortbildung sowie die CME-Fragen frei sind von werblichen Aussagen und keinerlei Produktempfehlungen enthalten. Dies gilt insbesondere für Präparate, die zur Therapie des dargestellten Krankheitsbildes geeignet sind.

AUTOREN

Prof. Dr. med. Markus Weih

Medic Center
Hallplatz 7, 90402 Nürnberg
Mitglied im BDN-Vorstand Bayern
Vorsitzender des Fördervereins der
nervenärztlichen Berufsverbände
E-Mail: markus.weih@gmx.de

**Prof. Dr. med. Dipl.-Psych.
Michael Linden**

Medizinische Klinik mit Schwerpunkt
Psychosomatik
Charité Universitätsmedizin Berlin
E-Mail: michael.linden@charite.de

Prof. Dr. Beate Muschalla

Psychologische Psychotherapeutin
Institut für Psychologie
Abteilung Klinische Psychologie,
Psychotherapie und Diagnostik
Technische Universität Braunschweig
Humboldtstraße 33, 38106 Braunschweig
E-Mail: b.muschalla@tu-braunschweig.de

Mini-ICF-APP – Operationalisierung psychischer Funktionseinschränkungen

FIN gültig bis 13.12.2021

NT21115n

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



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

? Welche der folgenden Aussagen ist am ehesten zutreffend?

- Eine Arbeitsunfähigkeit ist Entscheidung des Arztes, es gibt dafür keine Richtlinien.
- Eine Berufsunfähigkeit kann in der Sprechstunde entschieden werden.
- Eine Erwerbsunfähigkeit kann in der Sprechstunde entschieden werden.
- Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit (z. B. für das Jobcenter) entspricht auch meist der Dauer der Erwerbsunfähigkeit.
- Arbeitsunfähigkeit, Berufsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit belasten die Sozialversicherungen.

? Was sind *keine* Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung?

- Ambulante oder stationäre Rehabilitation einschließlich Psychotherapie
- Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Erwerbsminderungsrente
- Altersrente
- Krankenhausbehandlung

? Welche der folgenden Aussagen ist falsch?

- Im ICD-10 sind die wichtigsten Diagnosen verschlüsselt.
- Der GdB (Grad der Behinderung) spielt im Schwerbehindertenrecht eine Rolle.
- Die ICF gehört zu den internationalen Kernklassifikationen
- Aus der ICD-Diagnose ist abzuleiten, wie es einem Menschen geht.

- Der ICF hat unter anderem die Komponenten Körperfunktion, Aktivitäten, Schweregrad und Umweltfaktoren.

? Was ist *keine* Fähigkeitsdimension, sondern eine Funktionsstörung (im psychopathologischen Befund)?

- Konzentrationsfähigkeit
- Fähigkeit zu Anpassung an Regeln und Routine
- Planung und Strukturierung von Maßnahmen
- Flexibilität und Umstellungsfähigkeit
- Kompetenz- und Wissensanwendung

? Welche Aussage kann über den Grad der Beeinträchtigung von Fähigkeitsdimensionen (0–4) getroffen werden?

- Sicherung der Diagnose
- Neufeststellung des Grads der Behinderung (GdB)
- Partielle Arbeitsunfähigkeit, Wiedereingliederung
- Prognose von Psychotherapie
- Abschätzung der Intelligenz

? Eine Rehapatientin berichtet glaubhaft, dass sie ihre Arbeit liebe, darin gewollt perfektionistisch sei, immer alle ihre Termine einhalte, und dass sie keine Probleme habe, sich an Vorschriften zu halten, da ihr das wichtig sei. Welcher Fähigkeitsdimension ist dies am ehesten zuzuordnen?

- Fähigkeit zu Anpassung an Regeln und Routine

- Planung und Strukturierung von Maßnahmen
- Flexibilität und Umstellungsfähigkeit
- Kompetenz- und Wissensanwendung
- Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit

? Eine Patientin berichtet, sie brauche manchmal länger mit einzelnen Vorgängen, weil sie stets alle Regeln exakt beachte, im Gegensatz zu den meisten ihrer Kollegen, die dann manchmal ärgerlich werden, wenn sie auf Arbeitsergebnisse von ihr warten müssen. Die Kollegen sagen, sie hielte sich zu starr an Regeln, und manchmal auch an solche die gar nicht relevant seien. Welchem Beeinträchtigungsgrad in der Flexibilität im Mini-ICF-APP würde dies am ehesten entsprechen?

- Keine Beeinträchtigung (0)
- Leichte Beeinträchtigung (1)
- Mäßige Beeinträchtigung (2)
- Erhebliche Beeinträchtigung (3)
- Volle Beeinträchtigung (4)

? Ein 35-jähriger psychosomatischer Rehapatient mit ADHS berichtet, dass er Probleme mit der Tagesstrukturierung habe. Das beginne schon mit dem Frühstück, das nur aus Kaffee und einer Zigarette bestehe. Weil er sich in der Arbeit immer verzettele, brauche er länger und laufe dann mittags nur schnell zum Metzger und esse schnell eine Leberkäsesemmel im Stehen. Nachmittags

Dieser CME-Kurs wurde von der Bayerischen Landesärztekammer mit zwei Punkten in der Kategorie I (tutoriel unterstützte Online-Maßnahme) 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 7780777 oder per Mail unter kundenservice@springermedizin.de.

werde er auch nicht fertig und müsse länger in der Arbeit bleiben. Danach falle er erschöpft ins Bett. Welcher Ausprägung und welcher Fähigkeitseinschränkung entspricht dies am ehesten?

- Fähigkeit zu Anpassung an Regeln und Routine
- Mäßige Einschränkung in Planung und Strukturierung von Maßnahmen
- Flexibilität und Umstellungsfähigkeit
- Kompetenz- und Wissensanwendung
- Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit

? Ein 44-jähriger Patient mit einem hochfunktionalen Aspergerautismus und einer Persönlichkeitsstörung gerät nach Wechsel des Arbeitsbereichs in einen schweren Arbeitsplatzkonflikt. Er muss nun Telefondienst machen, wird dadurch ständig in seiner Arbeit unterbrochen, in der Firma

gibt es eine neue EDV und er hat auch neue Aufgaben zugewiesen bekommen. Er dekompenziert, es kommt zu lauten Streitereien am Arbeitsplatz und er „lässt sich krankschreiben“. Nach der dritten Verlängerung erhält er die Kündigung. Wie ist die Einschränkung einzuschätzen?

- Fähigkeit zu Anpassung an Regeln und Routine
- Planung und Strukturierung von Maßnahmen
- Erheblich oder voll eingeschränkte Flexibilität und Umstellungsfähigkeit
- Kompetenz- und Wissensanwendung
- Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit

? Welche Aussage zu Fähigkeitsbeeinträchtigung ist *nicht* zutreffend?

- Ein Reha-Entlassungsbericht enthält auch eine sozialmedizinische Leistungsbeurteilung.

- Das Mini-ICF-APP erfasst sowohl das positive wie das negative psychische Leistungsvermögen.
- Eine Einschätzung in einer Mini-ICF-APP Dimension von 0–2 entspricht einem meist positivem und von 3–4 entspricht meist einem negativen psychischen Leistungsvermögen.
- Ohne genaue Beschreibung des Arbeitsplatzes ist eine Fähigkeitsbeurteilung nicht möglich.
- Eine psychische Erkrankung führt zu 1–4 bestimmten Fähigkeitsbeeinträchtigungen.

Aktuelle CME-Kurse aus der Psychiatrie

► Psychosoziale Therapien bei schwer psychisch kranken Menschen

aus: NeuroTransmitter 9/2021
von: U. Gühne, S. G. Riedel-Heller
zertifiziert bis: 1.9.2022
CME-Punkte: 2

► Antipsychotika in der Akuttherapie der Schizophrenie

aus: NeuroTransmitter 6/2021
von: M. Huhn, H. Weiß
zertifiziert bis: 31.5.2022
CME-Punkte: 2

► Stellenwert einer antidepressiven Behandlung bei Poststroke-Depression

aus: NeuroTransmitter 4/2021
von: D. Wietelmann
zertifiziert bis: 31.2.2022
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



Hier steht eine Anzeige.



Morbus Parkinson: Safinamid scheint auch schmerzlindernd zu wirken

Das bei Morbus Parkinson als Add-On zu Levodopa eingesetzte Safinamid (Xadago®) verstärkt über eine MAO-B-Hemmung die Wirkkraft von Levodopa und Dopamin und verhindert so Fluktuationen, ohne selbst zu Dyskinesien zu führen. Ein weiterer Wirkmechanismus ist die Hemmung der erhöhten glutamatergen Hyperaktivität. Gerade dieser Wirkmechanismus könnte auch eine wichtige Rolle bei den nicht mo-

torischen Parkinson-Symptomen (NMSS) spielen, sagte Prof. Dr. Heinz Reichmann, Klinik und Poliklinik für Neurologie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden. In den klinischen Studien zu Safinamid (016 und Verlängerungsstudie 018) fiel bereits auf, dass sich nicht nur die motorischen Symptome besserten, sondern etwa auch Stimmungsschwankungen abnahmen. Dies ging mit einer deutlichen Besserung

des emotionalen Wohlbefindens über zwei Jahre einher. In einer offenen Vergleichsstudie zu Rasagilin zeigte sich zudem eine deutliche Verbesserung der subjektiven Schlafqualität und der Tagesmüdigkeit. Eine Post-hoc-Analyse der über zwei Jahre laufenden 018-Studie fokussierte sich auf die Schmerzsymptomatik. Hier zeigt sich unter Safinamid eine Reduktion der Begleitschmerztherapie und eine signifikante Besserung in den schmerzbezogenen Items. In einer aktuellen Beobachtungsstudie wurden 27 Patienten (im Mittel 65 Jahre) über sechs Monate mit Safinamid behandelt und dabei ein besonderes Augenmerk auf NMSS gelegt. In der King's Schmerz Skala für Morbus Parkinson zeigte sich hier eine signifikante Besserung vor allem in den Bereichen muskuloskelettaler Schmerz, Schmerzen in Zusammenhang mit Off-Dystonien und nächtlichen Schmerzen bei PLM und RLS. [Grigoriou S et al. Brain and Behaviour. 2021. doi:10.1002/brb3.2336] (**Abb. 1**). Die Ergebnisse legen nahe, dass Safinamid eine interessante Therapieoption für von Schmerzen betroffene Patienten mit Parkinson-Syndrom darstellen könnte, sagte Reichmann. **Maria Weiß**

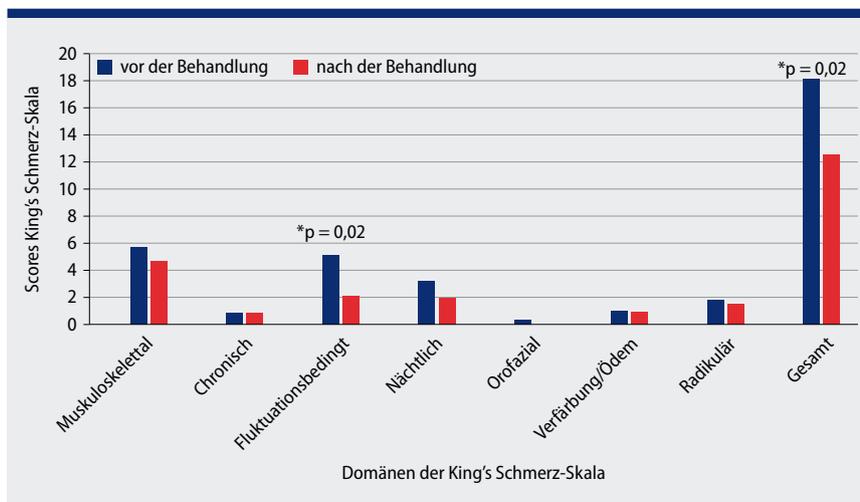


Abb. 1: Parkinson-assoziierte Schmerzen waren nach sechs Monaten Behandlung mit Safinamid deutlich reduziert (nach [Grigoriou S et al. Brain and Behaviour. 2021. doi:10.1002/brb3.2336]).

Pressekonferenz „Behandlung von M. Parkinson optimieren – Chancen ergänzender Therapien nutzen“, 28.9.2021, Berlin; Veranstalter: Zambon

SMA: Nusinersen bessert motorische Funktionen in allen Altersgruppen

Das Antisense-Oligonukleotid Nusinersen (Spinraza®) hat einen hohen Stellenwert bei der Behandlung der 5q-assoziierten spinalen Muskelatrophie (5q-SMA) in allen Altersgruppen. Es kann den Krankheitsverlauf zumindest stabilisieren und motorische Funktionen sogar verbessern, wie Real-World-Daten zeigten [Hagenacker T et al., Lancet Neurol 2020;19(4):317–25, Sansone VA et al., Eur J Neurol. 2021;28(2):602–8]. Die 5q-SMA ist eine seltene Erkrankung, bei der aufgrund einer Mutation des Survival-of-motor-neuron-1-Gens (SMN1) zu wenig SMN-Protein gebildet wird. Der dadurch bedingte Untergang von Motoneuronen in Rückenmark und unterem Hirnstamm führt

abhängig von der Ausprägung des Gendefekts zu unterschiedlich starker, fortschreitender Schwäche und Atrophie mit Ausfällen der beteiligten Muskelgruppen. Nusinersen, ein spezifischer Speißmodulator, verstärkt die natürliche Funktion des SMN2-Proteins ohne das Genom zu verändern, sodass vollständiges und funktionsfähiges SMN-Protein gebildet wird, was den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen kann. Daten der NURTURE-Studie bei präsymptomatischen Kindern zeigen, dass durch den frühzeitigen Einsatz von Nusinersen bulbäre Funktionen aufrechterhalten werden könnten, erklärte Prof. Dr. Andreas Hahn, Gießen. Er stellte den Fall eines kleinen

Mädchens mit SMA Typ 1 vor, das direkt nach der Geburt therapiert wurde: „Das Kind kann mit 22 Monaten laufen. Dies zeigt, wie wichtig der frühestmögliche Behandlungsbeginn ist.“ 23 der 25 Kinder konnten im medianen Alter von 3,8 Jahren noch schlucken, 84% benötigten keine Ernährungssonde [Swoboda KJ et al., MDA Clinical and Scientific Conference, 2021, Vortrag]. Alle Kinder konnten zu diesem Zeitpunkt noch frei sitzen und benötigten keine permanente Beatmung. 88% konnten frei gehen [Swoboda KJ et al., Cure SMA Annual Conference, 2020, Vortrag]. Bei erwachsenen 5q-SMA-Patienten seien die Erwartungen an die Therapie entschei-

dend für den Therapieerfolg mit Nusinersen, da sie ihre Symptome individuell sehr unterschiedlich gewichtet, so Prof. Dr. Thomas Meyer, Berlin. Zur Einschätzung der Erwartungen und Festlegung der Therapieziele bietet sich der MYMOP2 (Measure your Medical Outcome Profile)-Score an. In einer Beobachtungsstudie mit 151 Patienten konnte Meyer damit zeigen, dass die von den Patienten für den subjektiven Therapieerfolg priorisierten Symptome nicht immer den größten motorischen Defiziten entsprachen. Unabhängig davon wurden unter Nusinersen Verbesserungen der Kopfkontrolle, der bulbären sowie der Armfunktion dokumentiert und der Schweregrad der Symptome hatte sich nach einer medianen Therapiedauer von 6,1 Monaten um durch-

schnittlich 10 % verringert [Meyer T et al. Eur J Neurol. 2021;28:2582–95].

Die Studie zeigte zudem anhand des TSQM-9 (Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication) eine hohe Patientenzufriedenheit mit Nusinersen. Die Domänen „Effektivität“, „Anwenderfreundlichkeit“ und „Gesamtzufriedenheit“ wurden abgefragt. Trotz schwierig angesehener Anwendung überwogen für 93 % der Befragten die Vorteile des Arzneimittels und die Weiterempfehlungsrates stieg mit der Behandlungsdauer (NPS = Net Promoter Score) auf +65, was als „exzellent“ gilt. **Ute Ayazpoor**

Online-Pressesgespräch „Zentral für das, was im Leben zählt: Nusinersen (Spinraza®) bei 5q-assoziiertes spinaler Muskelatrophie“; 14.7.2021; Veranstalter: Biogen

Die SMA verliert ihren Schrecken

➔ Seit dem 1. Oktober 2021 wird im Neugeborenen-Screening (NGS) auch auf spinale Muskelatrophie (SMA) getestet. Infolge einer Mutation im SMN1-Gen wird bei dieser seltenen, autosomal-rezessiv vererbten Erkrankung kein funktionsfähiges SMN-Protein gebildet, weswegen die Motoneuronen absterben.

„Time is motor neuron“, betonte Prof. Dr. Wolfgang Müller-Felber, Neurologe und Psychiater an der LMU München, auf einer Pressekonferenz von Novartis. In 15 % der Fälle zeigten sich die Symptome bereits in den ersten vier Lebenswochen. Um langfristige Behinderungen und den Tod der Kinder zu verhindern, sei es daher essenziell, SMA-Patienten so früh wie möglich zu identifizieren – etwa über das NGS, das in den ersten 36 bis 72 Lebensstunden erfolgt. Damit eine Krankheit in das NGS aufgenommen werden könne, müssten einige Kriterien erfüllt sein, erklärte Müller-Felber. Unter anderem müsse eine zuverlässige Screening-Methode existieren. Den Beweis dafür hat nicht zuletzt Müller-Felber selbst in einer Pilotstudie zum SMA-Screening erbracht. „Wir sind bei der SMA in der sehr glücklichen Situation, dass bei 95 % der Patienten dieselbe Mutation besteht“, erklärte der Neurologe. So liege bei der Großzahl der Betroffenen ein Verlust von Exon 7 in SMN1-Gen vor. Ein einfacher PCR-Test könne damit ziemlich sicher das Vorliegen einer SMA anzeigen.

In der Pilotstudie des Neurologen wurden zwischen Januar 2018 und September 2019 mehr als 55.000 Neugeborene aus Bayern und Nordrhein-Westfalen auf SMA untersucht. Alle 67 per PCR identifizierten Verdachtsfälle haben sich im Nachhinein tatsächlich als SMA herausgestellt. Damit hat das Screening eine sehr hohe Spezifität und Sensitivität.

Bei einem Verdacht auf SMA im NGS muss zügig eine Bestätigungsdiagnostik erfolgen, damit die Therapie rasch eingeleitet werden kann – bestenfalls noch bevor sich die ersten Symptome entwickeln. Mittlerweile stehen drei Präparate zur Behandlung der SMA zur Verfügung, darunter auch eine Gentherapie mit Onasemnogen-Apoparvovec (Zolgensma®). Je früher die Kinder behandelt werden, desto wahrscheinlicher erreichen sie motorische Meilensteine wie Sitzen, Stehen und freies Gehen zum Teil im selben Alter wie gesunde Kinder. Dies wurde im normalen Krankheitsverlauf bislang noch nie beobachtet. „Ich denke, das NGS wird ein Durchbruch sein, und dass wir in ein paar Jahren die SMA in der Form wie heute nicht mehr sehen werden“, resümierte Müller-Felber. **Dr. Lamia Özgör**

Virtuelle Pressekonferenz „Was steckt in einem Tropfen Blut? Aufnahme der Spinalen Muskelatrophie (SMA) ins Neugeborenen-Screening“; 15.9.2021; Veranstalter: Novartis Pharma

Beschleunigung für Gantenerumab

Gantenerumab, ein Beta-Amyloid-Antikörper in Entwicklungsphase III, hat von der FDA die Einstufung „Breakthrough Therapy“ für die Alzheimer-Behandlung erhalten. Diese Klassifizierung beschleunigt die Entwicklung und Prüfung bestimmter Medikamente. In Open-Label-Studien wurde eine Reduktion von Amyloid-Plaques im Gehirn nach Gabe von Gantenerumab beobachtet. Diese Erkenntnisse werden in den randomisierten, kontrollierten Studien GRADUATE 1 und 2 weiter untersucht. Ein Vorteil von Gantenerumab ist die subkutane Anwendung, die Potenzial für eine Anwendung zuhause birgt. **Red**

Nach Informationen von Roche

App für das Epilepsiemangement

Bukkales Midazolam (Buccolam®) von Neuraxpharm zeigte eine überlegene Wirkung und eine bessere Patientenakzeptanz gegenüber rektalem Diazepam. Die neueste Innovation der Firma für das Epilepsiemangement ist die „LepsiApp“. Die Anwendung soll Lebensqualität und Gesundheitszustand fördern. In der App wird das Krankheitsgeschehen aufgezeichnet. Dies hilft dem Behandler und dem Patienten selbst, indem mögliche Auslöser identifiziert werden können. Zudem kann im Notfall eine Nachricht mit dem Patientenstandort an festgelegte Kontakte gesendet werden. **Red**

Nach Informationen von Neuraxpharm

Hoher THC-Gehalt in neuer Sorte

Cannabissorten unterscheiden sich im Gehalt an Tetrahydrocannabinol (THC) und Cannabidiol (CBD). Nun gibt es zwei neue Blütenvarianten der Sorte imc T 01 mit einem besonders hohen THC-Anteil, wodurch sie stärker symptomlindernd und sedierend wirken. CANNABIS FLOS 20/1 und 17/1 enthalten 20 % oder 17 % THC und 1 % CBD. Dadurch kann mit derselben Sorte individuell therapiert werden. Zudem weist imc T 01 ein spezifisches Terpenprofil auf, das für ein breites Patientenspektrum geeignet ist. Terpene modulieren die Cannabinoid-Wirkung und spielen somit eine große Rolle bei medizinischem Cannabis. **Red**

Nach Informationen von imc

Journal



Samuel Jean Pozzi französischer Chirurg, Politiker und Kunstsammler im roten Morgenrock (1846–1918), porträtiert von John Singer Sargent (1856–1925)

© Wikimedia Commons

Ein Albumblatt der Belle Époque

Julian Barnes „Der Mann im roten Rock“

Julian Barnes Werk „Der Mann im roten Rock“ gehört zu den am meisten von Lobeshymnen begleitet und gehypten literarischen Titeln in der ersten Hälfte des Jahres 2021. Das englische Original „The Man in the Red Coat“ erschien bereits 2019. Das Werk trägt keine Gattungsbezeichnung, wer es bei Google Book recherchiert, wird auf die ungewöhnliche Genre-Bezeichnung „Medizinische Fiktion“ stoßen, die allein schon insofern unzutreffend ist, weil hier mehr von Fakten als von Fiktionen die Rede ist.

Am ehesten dürfte noch gültig sein, was Andreas Platthaus in seiner Besprechung in der FAZ über Julian Barnes Werk „Der Mann im roten Rock“ schreibt: „Ein meisterhaft recherchiertes Porträt eines Intellektuellen und zugleich mindestens drei Kulturgeschichten jener Epoche in einem (...) unvergesslichen Lese- und Schauerlebnis.“ Der Leserschaft des NT ist Julian Barnes kein Unbekannter (siehe NeuroTransmitter 11/2019), sie weiß um den frankophilen Anteil seiner Literatur, der auch diesmal eine tragende Rolle spielt, denn es geht nicht nur um das Porträt eines Mannes, sondern auch um das der Belle Époque, jener knappen Zeitspanne von etwa 30 Jahren um die europäische Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert, etwa von 1884 bis zum Ausbruch des Ersten Weltkrieges, für die gelegentlich auch der Begriff des Fin de Siècle Verwendung findet.

Die Belle Époque ist eine Phase der aufkeimenden, geradezu revolutionären Erkenntnisse in verschiedenen Wissenschaften, eng verknüpft mit den Namen Robert Koch und Wilhelm Conrad Röntgen, Marie und Pierre Curie, Max Planck und Albert Einstein, Ernest Rutherford und Niels Bohr, nicht zu vergessen Sigmund Freud. Zugleich aber blühen die Künste und ihre wechselseitigen Erhellungen: Impressionismus und Jugendstil, Kubismus und atonale Musik

bis hin zu Historismus, Sachlichkeit und zum neuen Industriestil. Es ist das Zeitalter der Emanzipation des Kunsthandwerks, das Möbel, Wohnräume, Ambiente und Bauformen beeinflusst, auf Repräsentanz und Selbstbewusstsein setzt, die Entstehung des Films und der Farblithografie ermöglicht und die Plakatkunst eines Toulouse-Lautrec. Unter den Schriftstellern ragen Zola, Tschechow, Ibsen, Hauptmann und Rilke hervor. Die Kunst erfasst die Straße und prägt die Mode. Prunk herrscht allenthalben, gleichviel, ob er französischer, viktorianischer oder wilhelminischer Provenienz ist. Indes zugleich die Damen vom Zwang zum Korsett befreit werden und mit Stolz Reformkleider tragen. Megalomanie und Untergang sind eng benachbart, wie 1912 die Katastrophe der „Titanic“ zeigt, die zur Epochenmetapher wird und die Grenzen des Wachstums in Technik und Fortschritt aufzeigt. Was folgt, wird in der Kulturgeschichte als das „Zeitalter der Angst“ bekannt werden.

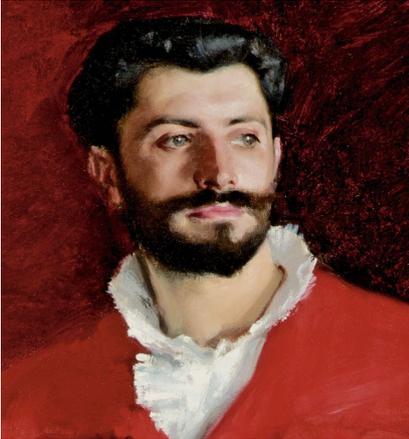
Die schöne Belle Époque?

Die Frage darf erlaubt sein, was denn „schön“ war an der Belle Époque – und für wen? Geprägt war das Lebensgefühl von der Idee des Fortschritts in politischer, technischer und kultureller Hinsicht, wobei ausdrücklich anzumerken ist, dass die arme Landbevölkerung, die

Bauern, aber auch das Proletariat der Metropolen keinen Anteil an dieser Grande Bellezza hatte. Während sich die einen im Lebensgenuss berauschen konnten und auf den breiten Boulevards flanierten, darben die anderen. Die gesellschaftliche Sorglosigkeit war nur einer dünnen Schicht vorbehalten, die sich die Cafés und Galerien, die Ateliers und Konzertsäle, die Salons und Cabarets leisten konnte. Der Glanz galt nicht für alle, sondern nur für wenige, die aber das Sagen hatten und den Geist einer „fröhlichen Apokalypse“, wie Hermann Broch das nannte, bestimmen konnten. Die Belle Époque findet in den Metropolen statt und wird in die Repräsentativwohnungen der Repräsentanten hinein verlängert. Außerhalb der Metropolen ist wenig davon übrig.

Barnes Protagonist im Epochenporträt ...

Julian Barnes gelingt es in seinem Werk, ein prachtvolles, allerdings von Ironie durchzogenes Gemälde dieser Epoche zu entwerfen. Sein Protagonist ist Dr. Samuel Pozzi (1846–1918), Spross einer italienisch-schweizerisch stämmigen Familie, geboren in Bergerac in der Dordogne, der in Pau, Bordeaux und Paris studiert hatte und zeitweilig Schüler des Neurologen Paul Broca war, schon früh Interesse an Neurologie und Anthropologie zeigte und 1873 graduierte. Zahl-



reiche Reisen führten ihn nach Deutschland, Österreich, England und Schottland, er arbeitete auf dem Feld der Antisepsis und wurde 1877 „Chirurgien des hôpitaux“, spezialisierte sich auf Gynäkologie und Abdominalchirurgie, erwarb sich einen herausragenden Ruf und wurde 1888 Präsident der Anthropologischen Gesellschaft, richtete den ersten Lehrstuhl für Gynäkologie in Paris ein, führte die erste Gastroenterostomie in Frankreich durch und war Mitbegründer der „Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale.“ Am Ersten Weltkrieg nahm er als Militärarzt teil.

Pozzi war mit der Tochter eines Eisenbahnmagnaten verheiratet und hatte drei Kinder, er pflegte jedoch aufgrund diverser Ehekrisen nebenher Affären mit Opernsängerinnen, Schauspielerinnen, der Witwe von George Bizet und Sarah Bernhardt, die sich auch von ihm am Unterleib operieren ließ. Bis zu seinem Lebensende hatte er seit 1890 eine enge Beziehung mit Emma Sedelmayer Fischhof, der jüdischen Tochter eines Kunsthändlers und Pferdezüchters.

Pozzi war unter anderem befreundet mit Marcel Proust und anderen Größen des künstlerischen und intellektuellen Lebens seiner Zeit, vertrat drei Jahre als Senator seinen Bezirk Bergerac, trat im zweiten Prozess gegen Alfred Dreyfus an der Seite von Emile Zola als Zeuge auf und versorgte Dreyfus medizinisch, als er von einem Journalisten bei der Beisetzung der Urne Zolas im Pantheon in den Arm geschossen wurde.

Noch Pozzis Tod ist skandalumwittert: Am 13. Juni 1918 suchte ein ehema-

liger Patient namens Maurice Machu Pozzi in seiner Praxis auf. Pozzi hatte ihn wegen einer Varikozele am Skrotum operiert. Der Patient beklagte seine Impotenz und forderte von Pozzi, ihn erneut zu operieren. Als ihm der Arzt erklärte, Abhilfe sei nicht möglich, schoss ihm der Patient viermal in den Bauch. Der Schwerverletzte ordnete selbst seine Einweisung in ein Militärhospital an, aber die Laparotomie war erfolglos. Pozzi bat zuletzt darum, in seiner Militäruniform beerdigt zu werden. Sein Mörder beging später Selbstmord.

Der amerikanische Maler John Singer Sargent porträtierte Pozzi 1881 in seinem roten Hausmantel, ein Ausschnitt dieses beeindruckenden Gemäldes bildet den unverkennbaren Schutzumschlag von Barnes' Werk.

Obgleich das Leben Pozzis Stoff für mehrere Romane abgab, erzählt Barnes dieses Leben weder einfach nach, noch schmückt er es durch allerlei Fiktionen aus. Er stellt es vielmehr paradigmatisch ins Zentrum eines Epochenporträts. Sein Interesse gilt der Verquickung des Individuellen mit dem Allgemeinen und vice versa. Zwar kreist auch dieses Werk von Barnes um die Revitalisierung des Vergangenen jenseits der fleißigen Faktenhuberei oder der trockenen Empirie, aber Barnes zielt auf mehr. „Am Anfang steht die Begegnung mit dem Mann im roten Rock, dem Titelhelden von Barnes neuem Werk, das von allen Spielarten der Liebe, von Schönheit Verbrechen und Leidenschaft handelt, aber doch kein Roman ist. Was dann?

... oder eine Bildbeschreibung

Am ehesten eine Bildbeschreibung“, meint Stefan Kister in der Stuttgarter Zeitung (16. Januar 2021), und fährt fort: „Am ehesten eine Bildbeschreibung. Wenn man so will, war es eine Liebe auf den ersten Blick, als der Autor ihm 2015 in der National Portrait Gallery in London unvermittelt gegenüberstand: jenem Samuel Pozzi, Arzt der feinen Pariser Gesellschaft und Genie der Freundschaft, wie ihn (...) John Singer Sargent 1881 ins Bild gebannt hat (...). Und so beginnt diese Geschichte mit dem scharlachroten Morgenmantel, den schweren Vorhängen im Hintergrund, der Freude an den Stoffbahnen, den sinnlichen Ma-

terialien. Dann rücken die Hände in den Blick, der ausdrucksvollste Teil des Porträts. Gehören diese feingliedrigen Finger einem Klaviervirtuosen? Nein, es sind die Hände eines der führenden Chirurgen und Gynäkologen seiner Zeit. Und auch die rote Kordel, deren Quasten Barnes an einen Stierpenis erinnern, hängt nicht ins Bedeutungsleere.“

Der scharlachrote Mantel im Kontrast zu den weißen Rüschen am Hemdkragen und an den Ärmeln zeigen etwas Kardinalhaftes, etwas Kirchenfürstliches, eine majestätische Pose, ein Imponiergehabe, strotzend vor Selbstbewusstsein, dazu das beinahe jugendliche, von einem gepflegten Vollbart umrahmte Gesicht, das alles signalisiert: Eine Herrschernatur steht da vor einem, ein herausgehobener aus dem dumpfen Durchschnitt.

In jeder Imposanz liegt freilich auch Einschüchterung, Kister bemerkt hierzu: „Dieser Mann, den die Prinzessin von Monaco einst als ‚ekelhaft gutaussehend‘ charakterisierte, wird zur Schlüsselfigur, die dem Betrachter, der zugleich ein Leser ist, Zutritt in die Salons gewährt, in denen die Vorbilder der großen Romane der Zeit verkehren. Mit dem Grafen Montesquiou, der sowohl in Marcel Prousts ‚Suche nach der verlorenen Zeit‘ als auch in Joris-Karl Huysmans' ‚Gegen den Strich‘ seine Spuren hinterlassen hat, reist Pozzi zu einer ‚intellektuellen und dekorativen Einkaufstour‘ nach London.“

Man ist unterwegs zum Dandy-Shopping, das zu dieser „schönen Epoche“ gehört, „historisch einbalsamiert als Inbegriff von verführerischer Dekadenz, reifer Kunst- und Gesellschaftsblüte“ und sich doch als „Periode neurotischer, ja hysterischer nationaler Angst, gezeich-



net von politischer Instabilität Krisen und Skandalen“ erweist. Der Nationalismus „gärt, der Kolonialismus expandiert, und landesweit kommt es immer wieder zu rauschhaften Ausbrüchen des Antisemitismus.“ Das Schöne und das Ästhetizistische als dessen Steigerung werden als Schutzschild gegen den Schmutz und den Dreck der Epoche aufgestellt, ein Paravent, der bei jedem Windhauch zusammenklappen kann. Die Abwehr des Vulgären als Lebensaufgabe des selbstverliebten Dandy, die Extravaganz in der Stilisierung, die überfeinerte, zynisch überzogene Geschmackskultur, die zum bloß noch Geschmäcklerischen verkommt, sind die Räude, die sich um diese Epoche legen und sie von den Rändern her auffressen.

»Wer aber bereits zu Lebzeiten durch sein Leben wandelt wie durch ein Museum des erlesenen Geschmacks, der läuft irgendwann einmal Gefahr, auf brutale Weise geerdet zu werden.«

Zeitgenössische Parallelen

Der Austausch zwischen England und Frankreich fordert zu zeitgenössischen Parallelen heraus, hier der Brexit, dort ein zum Wasserkopf hochgeblasener Beamtenapparat namens Europa, der vor lauter Bestimmungen kaum noch gehen kann und verzweifelt nach einem Ausweg sucht. Oscar Wilde, das Opfer viktorianischen Puritanismus, flieht auf das Festland, indes der öffentliche Ankläger der Dreyfus-Affäre, Emile Zola, Zuflucht auf der Insel sucht. Nahezu einhellig hat die Kritik die Üppigkeit, Gescheitheit, die Eleganz und die ins Unendliche driftenden Beispiele dieses Buches gelobt. Doch liegt in solchem Überfluss zugleich etwas Erstickendes, man sieht vor lauter Bäumen manchmal den Wald nicht mehr.

Einerseits stimmt man gerne Kister stellvertretend für die Vielzahl lobender, ja enthusiastischer Kritiken zu, wenn er schreibt: „Trotz aller Ernüchterungen und Relativierungen ist dieses Buch vor allem eine Liebeserklärung. Und es erweist sich seines Gegenstandes würdig – leicht und im schönsten Sinn flatterhaft wie der Schmetterling, der zum Emblem mancher der Hochleistungsästheten und

Connaissseure wurde, die in Schokoladentafeln beigelegten Sammelbildchen gefeiert wurden.“

Und es stimmt, dass dieses Buch einem Album gleicht: „Von Bild zu Bild lässt sich Barnes treiben, Männern mit verrückten Bärten, Frauen mit aufwendigen Hüten, verstrickt in kleine oder große Skandale, die immer wieder irgendwann dazu führen, dass der eine oder die andere eine Pistole zückt, um eine Kränkung zu ahnden.“

Andererseits aber ist allzu viel Sahne ungesund, zu viel Torte kann den Magen verderben, vom Appetit ganz zu schweigen. Bisweilen stellt sich ein Übersättigungseffekt ein, welcher der Sache nicht guttut, weil im Überfluss auch etwas Serielles steckt, das seine Grenzen nicht

mehr erkennt. Der Leser muss sich dann leicht angestrengt an die Rationalität des Mediziners Pozzi halten, der er mit seinem Lebensstil so gerne und so ostentativ widerspricht, aber dennoch jeden Tag „mit Begeisterung und Neugier begrüßt und sein Leben mit Medizin, Kunst, Büchern, Reisen, Gesellschaft, Politik und so viel Sex wie nur möglich verbringt.“

Der Hedonismus gelingt nur dann, wenn man ihn sich leisten kann, doch ist das für einen Professor Pozzi keine Frage: weder als junger Schwärmer noch als reifer Liebhaber. Wer aber bereits zu Lebzeiten durch sein Leben wandelt wie durch ein Museum des erlesenen Geschmacks, der läuft irgendwann einmal Gefahr, auf brutale Weise geerdet zu werden. Pozzis unrühmliches Ende ist dafür ein vielsagendes Beispiel. Die Perfektion des Chirurgen wird zur Signatur der Sterbeurkunde.

In ihrer Besprechung des Buches im Deutschlandfunk (am 12. Januar 2021) sagt Sigrid Löffler: Barnes „beschreibt die Belle Époque eher formlos als großes gesellschaftliches, literarisches und künstlerisches Wimmelbild, ein Patchwork von Anekdoten, Klatsch und Tratsch, Eifersüchteleien, Streitereien,

theatralischen Skandalen, albernen Duellen aus nichtigem Anlass und allerdahing ästhetischen und sexuellen Exzessen, das Ganze durchspränkelt mit Auftritten vieler berühmter und berüchtigter Prominenter der Epoche, von Maupassant und Oscar Wilde bis Marcel Proust. Getarnt hinter dem eleganten Plauderton dieses Großessays verbirgt sich allerdings die gründliche Recherchearbeit des Autors, die auf Tagebüchern und Bekenntnissen von Zeitgenossen ebenso beruht wie auf Zeitungsartikeln, literarischen Zeugnissen und zahlreichen Porträts und Fotografien der damals tonangebenden Akteure.“

Eine Fleißarbeit also, könnte man fälschlicherweise schlussfolgern. Nein, bedenkt man noch einmal das exquisite Ende dieses zum literarischen Cicerone durch die Belle Époque gewordenen Modearztes. Wir erinnern uns: Pozzis Ende war melodramatisch. Er wurde 1918 in seinem Sprechzimmer von einem Patienten erschossen. „Julian Barnes kann sich nur wundern: ‚Ein Don Juan, erschossen von einem Mann, der ihm vorwarf, ihn nicht von seiner Impotenz geheilt zu haben: Soll das eine Moralpredigt sein?‘ So entlässt, laut Sigrid Löffler, Julian Barnes seine Leser mit einem nachdenklichen Schlenker über ein paradoxes Finale, das sich kein Romanschreiber gestatten dürfte, das sich die Realität aber sehr wohl erlauben darf.

Arztgestalten des 19. Jahrhunderts scheinen derzeit Konjunktur zu haben, wie die soeben erschienene Studie „Adrien Proust und sein Sohn Marcel. Beobachter der kranken Welt“ von Lothar Müller beeindruckend demonstriert.

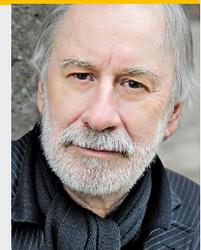
Literatur beim Verfasser

AUTOR

**Prof. Dr. phil.
Gerhard Köpf**

Literaturwissenschaftler
und Schriftsteller
Ariboweg 10
81673 München

E-Mail:
aribo10@web.de



Chaim Machlev

Unter die Haut

Auf dem Cover dieser NeuroTransmitter-Ausgabe ist eine Collage aus Stencils abgedruckt. Stencils (Schablonen), meist aus Blaupapier, werden beim Tätowieren benutzt, um Motive provisorisch auf die Haut zu kopieren. Tätowierkünstler Chaim Machlev fertigt mit seinen Stencils, die er die Seelen der Tatoos nennt, Collagen.

Kaum eine Kunstform geht so sehr unter die Haut und ist so individuell wie die der Tätowierer. Die Großen dieser Zunft erstellen auf die Körper ihrer Klienten abgestimmte Tattoos, die deren Persönlichkeit unterstützen oder widerspiegeln. Ein Tätowiertermin, auf den man teils jahrelang warten muss, wird so der Beginn eines neuen Lebens, mit einem schöneren und individuellen Körper. Dennoch ringen Tätowier-

künstler immer noch um die offizielle Anerkennung der Künstlersozialkasse. Die Tätowierkunst wird als reines Handwerk gesehen.¹

Bewegende Tattoos

Chaim Machlev, bei dem man zwei Jahre und mehr auf eine Sitzung in Berlin und neuerdings auch in Los Angeles warten muss, arbeitet am liebsten mit Punkten und Linien. Seine Tattoos sind

fast immer abstrakt und oft verbinden sie Körperteile, weil er die Tattoos als ganzheitlichen Teil der Körper versteht, die sich mit diesem bewegen und in der Bewegung wirken. Er arbeitet fast nur in Schwarzweiß, weil er das als zeitloser und künstlerischer ansieht. Im Gespräch mit Machlev erschließt sich die spirituelle Seite des Tätowierens: „*Wir kommen mit einem Körper auf die Welt, den wir uns nicht ausgesucht haben. Ich habe*



noch niemanden getroffen, der ganz und gar mit seinem zufrieden war. Mit jedem Tattoo ändern wir unseren Körper und erlangen die Geltungshoheit über ihn. Der Akt des Tätowierens ist für mich wie eine Séance und im besten Fall eine Initiation in ein besseres Leben.“

Für Machlev ist Tätowieren eine spirituelle Kunst. Seine Kunden, die aus der ganzen Welt kommen, um sich und ihren Körper für einen Tag unter seine Nadel zu legen, vertrauen darauf, dass er das richtige Tattoo für ihre Körper entdeckt. Er widmet sich ihnen nach Vorgesprächen vor Ort einen Tag ganz intensiv und exklusiv in einem Zweiersetting. Dabei beobachtet er, wie sich ihre Körper in Bewegung verhalten, diskutiert ihre Ideen, überträgt Visionen auf ein digitales Körpermodell und sucht mit ihnen gemeinsam so lange, bis das richtige Tattoo gefunden ist. Ein Tattoo, das vorhandene Körperlينien unterstützt, verlängert oder verkürzt, von schwierigen Stellen ablenkt und gute betont. Ein Tattoo, das den Tätowierten ein bisschen mehr äußerlich als den erscheinenden lässt, der er innerlich bereits ist und meint zu sein. Paare nutzen seine Kunst auch, um ihre Verbundenheit sichtbar zu machen.

Für 90 % seiner Klienten ist Machlevs Tattoo das erste überhaupt auf ihrem Körper. Für ihn selbst, der so berührend über den Prozess des Tätowierens und der damit verbundenen Körpertransformation berichtet, war sein erstes Tattoo wie ein Aufwachen.

Kunst leben und lieben

Mit Anfang 30 war Chaim Machlev ein unglücklicher Durchschnitts-IT-Typ in Israel und ließ sich sein erstes Tattoo stechen. Der Tag, an dem dies geschah, teilt sein Leben bis heute in zwei Hälften, denn er kündigte danach seinen Job, ging in die Wüste rund um Tel Aviv und meditierte darüber, was er nun anfangen wolle. Er beschloss, nach Berlin zu gehen, um die Kunst des Tätowierens zu lernen, da nichts ihn bisher so eindringlich berührt hatte wie sein Tattoo-Erlebnis. Nach harten Lehrjahren dort, in de-

¹Von den Tätowierern, die Allerweltsmotive lieblos nach überall erhältlichen Schablonen stechen, soll hier nicht die Rede sein, auch wenn es sie natürlich gibt.

Stencil Collage



© Chaim Machlev

nen er teils sein Brot mit Blutplasma spenden verdiente, und lange suchen musste, bis er in einem Tattoo-Studio als Assistent zugelassen wurde, durfte er die ersten Tattoos auf die Körper von Punks aus der Szene stechen und erlangte mit seinem ganz eigenen Stil recht schnell Bekanntheit.

Heute ist Machlev ein weltweit bekannter Tätowierer und hat sich auch im Produktdesign einen Namen gemacht, indem er mit großen Brands wie Mercedes kooperiert. Und er lebt und liebt seine Kunst, die ihm und anderen „unter die Haut“ geht.

Zum Abschluss dieses Artikel seien drei Bücher zu dem Thema empfohlen:

- die Kurzgeschichte „Haut“ von Roald Dahl, in der ein hochgepreiesenes Meisterwerk auf dem Rücken eines Obdachlosen zur begehrten Ware wird,
- das Buch „Bis ich dich finde“ von John Irving, und

— „Tattoo & Religion. Die bunten Kathedralen des Selbst“ von Paul-Henri Campbell, in dem Gespräche mit Tätowierkünstlern und Tätowierten abgedruckt sind.

Mehr Informationen:

Instagram: @dotstolines

Website: www.dotstolines.com

AUTORIN

Dr. Angelika Otto

Freie Journalistin
München

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

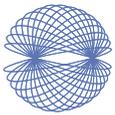


Veranstaltungen BVDN/BDN/BVDP-Landesverbände 2021/2022

Datum Ort Zeit	Landesverband Titel Themen	Anmeldung
19.11.2021 online	Fortbildung: Ambulante Weiterbildung Mit der neuen Weiterbildungsordnung wächst auch in der Neurologie und Psychiatrie das Interesse an ambulanter Weiterbildung. Wie beantragen zukünftige Weiterbilder eine Weiterbildungsermächtigung? Welche Bausteine können sie anbieten? Grundlagen, Voraussetzungen und Abläufe.	www.zns-news-neurologen-psychiater-nervenaerzte.de Per Anmeldeformular an: bvdn.bund@t-online.de Fax: 0322 268 091-22
24.11.2021, Region Dresden online von 17:15–20:30 Uhr 3 CME-Punkte	Neuro-Workshops Von MS über Parkinson bis hin zu dem wichtigen Gebiet der Cannabinoide wird ein kompakter Überblick über Neuerungen gegeben, immer mit Blick auf die tägliche Praxis. Auch die Updates der peripheren Neurologie werden berücksichtigt.	diaplan Gesellschaft für Dialog-Marketing mbH Alte Ziegelei 2–4, 51491 Overath Tel.: 02204 9731-01, Fax: -111 E-Mail: info@diaplan.de
1.12.2021 online 18:00–20:15 Uhr 2 bis 3 CME-Punkte	Neuro Online Thema: Alzheimer-Demenz	diaplan Gesellschaft für Dialog-Marketing mbH Alte Ziegelei 2–4, 51491 Overath Tel.: 02204 9731-01, Fax: -111 E-Mail: info@diaplan.de
3.12.2021 online 18:00–20:10 Uhr 3 CME-Punkte	Psy Online Fallbasierte Fortbildung mit psychiatrischem Schwerpunkt und Updates zu verschiedenen Krankheitsthemen	diaplan Gesellschaft für Dialog-Marketing mbH Alte Ziegelei 2–4, 51491 Overath Tel.: 02204 9731-01, Fax: -111 E-Mail: info@diaplan.de
8.12.2021 Nürnberg situativ online oder in Präsenz 17:15–21:00 Uhr 4 bis 5 CME-Punkte	Psy Workshop Diese Fortbildung befasst sich mit aktuellen Themen rund um die Psychiatrie, wie zum Beispiel Depression im Kontext mit COVID-19, neuen Leitlinien und vielem mehr	diaplan Gesellschaft für Dialog-Marketing mbH Alte Ziegelei 2–4, 51491 Overath Tel.: 02204 9731-01, Fax: -111 E-Mail: info@diaplan.de
17.–19.3.2022 online CME-Punkte	ZNS-Tage 2022 Aktuelle Fragestellungen der Neurologie und Psychiatrie. Berufspolitik, gemeinsame Vorträge im Plenum und individuelle Programmgestaltung durch Workshops.	diaplan Gesellschaft für Dialog-Marketing mbH Alte Ziegelei 2–4, 51491 Overath Tel.: 02204 9731-01, Fax: -111 E-Mail: info@diaplan.de

Fortbildungsveranstaltungen 2021/2022

24.–27.11.2021 in Berlin CityCube	DGPPN-Kongress 2021 Spitzentreffen der Psychiatrie und Psychotherapie: 2021 digilog	m:con L. Völker Tel.: 0621 4106-371 E-Mail: dgppn.registrierung@mcon-mannheim.de D. Ruckriegel-Estrack Tel.: 0621 4106-137 E-Mail: daniela.ruckriegel@mcon-mannheim.de
8.–11.12.2021 online	Joint Congress ECNR & DGNR 6 th European Congress of NeuroRehabilitation (EFNR) und 27. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR)	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH M. Pechtl, C. Voigtmann, Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena Tel.: 03641 3116-354 E-Mail: ecnr@conventus.de www.conventus.de
9.–11.12.2021 in Münster Messe und Congress Centrum Albersloher Weg 32	16. Jahrestagung der Deutschen Wirbelsäulen-Gesellschaft (DWG) Schwerpunkte: Tradition und Innovation, Frauen in der Wirbelsäulenchirurgie	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH J. Appelt, Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena Tel.: 03641 3116-311 E-Mail: dwg@conventus.de www.conventus.de
20.–22.1.2022 in Ludwigsburg Forum am Schlosspark Stuttgarter Straße 33	39. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin (DGNI) und der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) Arbeitstagung NeuroIntensivMedizin ANIM 2022	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH J. Unger, A. Kreutzmann, Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena Tel.: 03641 3116-330/-375 E-Mail: anim@conventus.de www.conventus.de
10.–12.3.2022 in Würzburg Congress Centrum Würzburg und Maritim Hotel Würzburg Pleichertorstraße 5	66. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie und Funktionelle Bildgebung (DGKN): Kongress für Klinische Neurowissenschaften mit Fortbildungsakademie Gehirn-Netzwerk-Störungen verstehen und behandeln	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH J. Meißner, Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena Tel.: 03641 3116-141 E-Mail: dgkn@conventus.de www.conventus.de
24.–26.3.2022 in Hannover Hannover Congress Center Theodor-Heuss-Platz 1-3	12. Deutscher Kongress für Parkinson und Bewegungsstörungen der Deutschen Gesellschaft für Parkinson und Bewegungsstörungen (DPG) In Kooperation mit dem Arbeitskreis Botulinumtoxin	CPO HANSER SERVICE GmbH Paulsborner Straße 44, 14193 Berlin Tel.: 030 300669-0 E-Mail: dpg-akbont2021@cpo-hanser.de www.cpo-hanser.de



BVDN

Berufsverband Deutscher Nervenärzte

■ www.bvdn.de

Vorstand/Beirat

Vorsitzende: Sabine Köhler, Jena, Klaus Gehring, Itzehoe

Stellv. Vorsitzender: Gunther Carl, Kitzingen

Schriftführer: Roland Urban, Berlin

Schatzmeister: Gereon Nelles, Köln

Beisitzer: Christa Roth-Sackenheim, Andernach; Uwe Meier, Grevenbroich

1. Vorsitzende der Landesverbände

Baden-Württemberg: Volker Bretschneider

Bayern: Gunther Carl

Berlin: Gerd Benesch

Brandenburg: Holger Marschner

Bremen: Ulrich Dölle

Hamburg: Guntram Hinz

Hessen: Martin Finger, Stefan Specht

Mecklenburg-Vorpommern:

Ramon Meißner

Niedersachsen: Norbert Mayer-Amberg

Nordrhein: Egbert Wienforth, Gereon Nelles

Rheinland-Pfalz: Günther Endrass

Saarland: Nikolaus Rauber, Richard Rohrer

Sachsen: Ulrike Bennemann

Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe

Schleswig-Holstein: Klaus Gehring

Thüringen: 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-Sackenheim

Leitlinien: Sabine Köhler, Klaus Gehring,

Uwe Meier, Christa Roth-Sackenheim

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



Berufsverband Deutscher Neurologen

■ www.berufsverband-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 Neurolo-

gen), 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



BVDP

Berufsverband Deutscher Psychiater

■ www.berufsverband-psychiater.de

Vorstand des BVDP

1. Vorsitzende: Christa Roth-Sackenheim,

Andernach

Stellvertretender Vorsitzender:

P. Christian Vogel, München

Schriftführer: P. Christian Vogel, München

Schatzmeister: Martin Finger, Frankfurt

Beisitzer: Sabine Köhler, Jena,

Norbert Mayer-Amberg, Hannover

Referate

ADHS bei Erwachsenen: Bernhard Otto

Autismusspektrum: Christa Roth-Sackenheim

Geschäftsstelle des BVDN/BDN/BVDP

Wulffstraße 8, 12165 Berlin

Tel.: 030 94878310

Fax: 0322 268091-22

E-Mail: bvdn.bund@t-online.de

E-Mail: bdn-neurologen@t-online.de

www.bvdn.de

www.berufsverband-neurologen.de

www.berufsverband-psychiater.de

zns-news-neurologen-psychiater-nervenaerzte.de

<https://neurologen-psychiater-coronapraxishilfe.info/>

Cortex GmbH s. oben Geschäftsstelle

Geschäftsführer: Bernhard Michatz

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

Forensik: P. Christian Vogel

Gutachterwesen: P. Christian Vogel

Migrationssensible psych. Versorgung:

Greif Sander

Psychotherapie: Christa Roth-Sackenheim

PTSD: Christa Roth-Sackenheim

Sucht: Greif Sander

Transsexualität: P. Christian Vogel

Kontakt BVDN: Sabine Köhler

BVDP-Landessprecher

Bayern: Oliver Biniash, 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



Ich will Mitglied werden!

**An die Geschäftsstelle
Wulffstraße 8, 12165 Berlin
E-Mail: 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: _____

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

Name	Ort	BVDN	Delegierter	Telefon	Fax	E-Mail-Adresse
BVDN-Landesverband: BADEN-WÜRTTEMBERG						
Dr. J. Braun	Mannheim	ja	KV/ÄK	0621 12027-0	0621 12027-27	juergen.braun@dgn.de
Prof. Dr. M. Faist	Oberkirch	ja	ÄK	07802 6610	07802 4361	michael.faist@web.de
Dr. P. Hezler-Rusch	Konstanz	ja	ÄK	07531 18330	07531 18338	paula.hezler-rusch@online.de
BVDN-Landesverband: BAYERN						
Dr. G. Carl	Würzburg	ja	KV/ÄK	09321 24826	09321 8930	carlg@t-online.de
Dr. K. Ebertseder	Augsburg	ja	KV	0821 510400	0821 35700	dr.ebertseder@t-online.de
Dr. Kathrin Krome	Bamberg	ja	ÄK	0951 201404	0951 922014	kathrin.krome@web.de
Dr. Angelika Lütke	München	ja	KV/ÄK	089 713729	089 71090537	angela.luethe@gmx.de
BVDN-Landesverband: BERLIN						
Dr. Gerd Benesch	Berlin	ja	KV	030 3123783	030 32765024	Dr.G.Benesch@t-online.de
Dr. R. A. Drochner	Berlin	ja	KV/ÄK	030 40632381	030 40632382	ralph.drochner@neurologe-psychiater-berlin.de
Dr. R. Urban	Berlin	ja	ÄK	030 39220221	030 3923052	dr.urban-berlin@t-online.de
BVDN-Landesverband: BRANDENBURG						
Dr. St. Alder	Potsdam	ja	ÄK	0331 7409500	0331 7409615	st-alder@t-online.de
Dr. M. Böckmann	Großbeeren	ja	ÄK	033701 338880		
Dr. G.-J. Fischer	Teltow	ja	ÄK	03328 303100		
Dr. H. Marschner	Blankenfelde	ja	KV	03379 371878		info@nervenarztpraxis-marschner.de
BVDN-Landesverband: BREMEN						
Dr. U. Dölle	Bremen	ja	KV/ÄK	0421 667576	0421 664866	u.doelle@t-online.de
BVDN-Landesverband: HAMBURG						
Dr. H. Ramm	Hamburg	ja	KV	040 245464		hans.ramm@gmx.de
Dr. A. Rensch	Hamburg	ja	ÄK	040 6062230	040 60679576	neuroensch@aol.com
Dr. R. R. Trettin	Hamburg	ja	KV/ÄK	0176 61298288	040 461222	praxis@neurologiewinterhude.de
BVDN-Landesverband: HESSEN						
Prof. Dr. A. Henneberg	Frankfurt/M.	ja	ÄK	069 59795430	069 59795431	henneberg-neuropsych@t-online.de
S. Specht	Griesheim	ja	KV	06155 878400	06155 878420	stefan.specht@web.de
Dr. W. Wolf	Dillenburg	ja	KV	0176 61298288	040 461222	praxis@dr-werner-wolf.de
BVDN-Landesverband: MECKLENBURG-VORPOMMERN						
Prof. Dr. J. Buchmann	Rostock	ja	ÄK	0381 4949460	0381 49	johannes.buchmann@med.uni-rosrock.de
Dr. Dr. M. Gillner	Rostock	nein	ÄK	03831 452200		
Dr. L. Hauk-Westerhoff	Rostock	ja	ÄK	0171 2124945		liane.hauk-westerhoff@gmx.de
BVDN-Landesverband: NIEDERSACHSEN						
Dr. R. Luebbe	Osnabrück	ja	KV	0541 434748		ralph.luebbe@gmx.de
BVDN-Landesverband: NORDRHEIN						
Dr. M. Dahm	Bonn	ja	KV/ÄK	0228 217862	0228 217999	dahm@seelische-gesundheit-bonn.de
Dr. A. Haus	Köln	ja	KV/ÄK	0221 402014	0221 405769	hphaus1@googlemail.com
BVDN-Landesverband: RHEINLAND-PFALZ						
Dr. G. Endrass	Grünstadt	ja	KV	06359 9348-0	06359 9348-15	g.endrass@gmx.de
Dr. R. Gerhard	Ingelheim	ja	ÄK	06132 41166	06132 41188	dr.gerhard@neuro-ingelheim.de
Dr. M. Michel	Landau	ja	ÄK	06341 929490	06341 929490	post@dr-michel.de
Dr. Ch. Roth-Sackenheim	Andernach	ja	ÄK	0160 97796487	02632 964096	C@Dr-Roth-Sackenheim.de
Dr. K. Sackenheim	Andernach	ja	KV/ÄK	02632 96400	02632 964096	bvdn@dr-sackenheim.de
Dr. S. Stephan	Mainz	ja	KV/ÄK	06131 582814	06131 582513	s.stephan@nsg-mainz.de
Dr. C. Werner	Mutterstadt	ja	ÄK	06234 920092	06234 920093	dr.ch.werner@t-online.de
BVDN-Landesverband: SAARLAND						
Dr. N. Rauber	Saarbrücken	ja	ÄK	0681 971723-3	0681 971723-5	zns.sb-rastpfuhl@t-online.de
Dr. R. Rohrer	St. Ingbert	ja	KV	06894 40-51	06894 40-21	rohrer@zns-igb.de
BVDN-Landesverband: SACHSEN						
Dr. M. Meinig	Annaberg-B.	ja	KV	03733 672625	03733 672627	mario.meinig@t-online.de
BVDN-Landesverband: SACHSEN-ANHALT						
Dr. Michael Schwalbe	Lutherstadt-Wittenberg	ja	KV	03491 442567	03491 442583	schwalbenhorst@t-online.de
BVDN-Landesverband: SCHLESWIG-HOLSTEIN						
Dr. U. Bannert	Bad Segeberg	ja	KV/ÄK	04551 969661	04551 969669	Uwe.Bannert@kvsh.de
BVDN-Landesverband: THÜRINGEN						
Dr. S. Köhler	Jena	ja	KV	03641 443359		sab.koehler@web.de
BVDN-Landesverband: WESTFALEN						
Dr. M. Bauersachs	Dortmund	ja	KV	0231 142818		info@klemt-bauersachs.de
Rüdiger Saßmannshausen	Bad Berleburg	ja	ÄK/KV	02751 2785	02751 892566	sassmannshausen@bvdn-westfalen.de

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dr. Volker Bretschneider
Sternplatz 1, 89573 Ehingen
Tel.: 07391 7264-6, Fax: -8
dr.bretschneider@neurologie-psychiatrie-ehingen.de

Prof. Dr. Elmar W. Busch
Wandastr. 22, 45136 Essen
Tel.: 0173 2552541
elmar.busch@t-online.de

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

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

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

Dr. Joachim Elbrächter
Schlüterstr. 77, 20146 Hamburg
Tel.: 040 414235-22, Fax: -23
dr.elbraechter@freenet.de

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

Dr. Martin Finger
Landgrafenstr. 28, 60486 Frankfurt
Tel.: 069 7706760-5, Fax: -7
praxis-finger@gmx.de

Prof. Dr. Wolfgang Freund
Waaghausstr. 9-11, 88400 Biberach
Tel.: 04821 78-33, Fax: -34
freund-uhl@t-online.de

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

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

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

Prof. Dr. Rolf F. Hagenah
Appelhorn 12, 27356 Rotenburg
Tel.: 04261 8008, Fax: -8400118
rhagenah@web.de

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

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

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

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

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

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

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

Prof. Dr. Reinhard Kiefer
E.-Averdieck-Str. 17, 27356 Rotenburg
Tel.: 04261 7722-19, Fax: -49
kiefer@diako-online.de

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

Dr. Ralf Köbele
Carl-Zeit-Platz 1, 07743 Jena
Tel.: 03641 446622, Fax: -6369776
E-Mail: praxiskoebele@gmail.com

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

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

Dr. Kathrin Krome
Hainstr. 1, 96047 Bamberg
Tel.: 0951 201404, Fax: -922014
kathrin.krome@web.de

Dr. Bernhard Kügelgen
Neversstr. 7-11, 56068 Koblenz
Tel.: 0261 30330-0, Fax: -33

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

Prof. Dr. Harald Masur
Piusallee 143, 48147 Münster

Dr. Norbert Mayer-Amberg
Bödekerstr. 73, 30161 Hannover
Tel.: 0511 667034, Fax: -621574
mamberg@htp-tel.de

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dr. Walter Raffauf
Dircksenstr. 47, 10178 Berlin
Tel.: 030 23456987-0, Fax: -9

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

Dr. Elisabeth Rehkopf
Möserstr. 52-54, 49074 Osnabrück
Tel.: 0541 358560
elisabeth.rehkopf@web.de

Dr. Dr. habil. Paul Reuther
Schülzchenstr. 10
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Tel.: 02641 9804-0, Fax: -4
preuther@rz-online.de

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

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

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

Rüdiger Saßmannshausen
Poststr. 30, 57319 Bad Berleburg
Tel.: 02751 2785, Fax: -892566
sassmannshausen@bvdn-westfalen.de

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

Dr. Stefan Specht
Wilhelm-Leuschner-Str. 6
64347 Griesheim
Tel.: 06155 878-400, Fax: -420
stefan.specht@web.de

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

Prof. Dr. Martin Südmeyer
Conradstr. 5, 14109 Berlin
Tel.: 0331 2413710-2, Fax: -0

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

Dr. Rita R. Trettin
Hudtwalckerstr. 2-8, 22299 Hamburg
Tel.: 040 46-4818, Fax: -1222
praxis@neurologiewinterhude.de

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

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

Egbert Wienforth
Cecilienstr. 1, 53840 Troisdorf
Tel.: 02241 778-48, Fax: -81
E.Wienforth@gmx.de,5

Prof. Dr. Markus Weih
Medic Center, Schweinauer
Hauptstr. 43, 90441 Nürnberg
Tel.: 0911 464400, Fax: -4719130
markus.weih@gmx.de

NEUROTRANSMITTER

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

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

Geschäftsstelle BVDN, BDN, BVDP: Bernhard Michatz, Wulffstraße 8, 12165 Berlin, Tel.: 030 94878310, Fax: 0322 268091-22 E-Mail: bvdn.bund@t-online.de

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

Verlag: Springer Medizin Verlag GmbH, Berlin Betriebsstätte München: Springer Medizin Verlag GmbH, Aschauer Straße 30, 81549 München, Tel.: 089 203043-0, Fax: -31400, www.springerfachmedien-medin.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.

Geschäftsführung: Fabian Kaufmann, Dr. Cécile Mack, Dr. Hendrik Pügge

Leitung 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), Katja Schäringer (kss, -1126), 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. 27 vom 1.10.2021.

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

Erstellungsort: München

Druck: Wilco B.V., Vanadiumweg 9, 3812 PX Amersfoort, Niederlande

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 33 €, Jahresabonnement 249 € (für Studierende/AlW: 149,40 €), jeweils inkl. gesetzl. MwSt., zzgl. Versandkosten Inland 36 €, Ausland 63 €. 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 Autorinnen und Autoren sind verpflichtet zu prüfen, ob Urheberrechte Dritter berührt werden. Eine redaktionelle Bearbeitung bleibt vorbehalten. Mit der Einwilligung zur Publikation im „NeuroTransmitter“ übertragen Autorinnen und Autoren 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 Fernsehübertragung 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 von den jeweils Anwendenden 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



© [M] peepo / Getty Images / iStock (Symbolbild mit Fotomodell)



Vorschau

Ausgabe 12/2021

Dezember

erscheint am 14. Dezember 2021

Myositis

Für die heterogene Gruppe nicht infektiöser Myositiden hat sich das Langzeitergebnis der Behandlungen dank interdisziplinärer Betreuung und einer nach Krankheitsstadien ausgerichteten medikamentösen Therapie substantiell verbessert.

Natur und Psyche

Eine grüne Umgebung reduziert Stress und hebt die Stimmung. Die Bedeutung der Natur sollte also vor allem in neuropsychiatrischen Fachkreisen nicht unterschätzt werden. Ein Grund mehr, die Erde vor den Folgen des Klimawandels zu schützen.

Peer-to-peer-Psychoedukation

Das Konzept, dass selbst Betroffene psychoedukative Gruppentherapien und Beratungsgespräche zum Verständnis und zur Bewältigung psychischer Krankheiten leiten, hat sich in Pilotstudien bereits bewährt. Welche Chancen und Risiken bietet dieses innovative Therapiemodell?

Hier steht eine Anzeige.

