## NEUROTRANSMITTER

Neurologie und Psychiatrie – Berufspolitik und Fortbildung







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



## "Krieg kennt nur Verlierer" 12

Länderdelegiertentreffen des BVDP

#### Lauterbach im PraxisCheck 24

Minister stellt sich Fragen aus den Praxen

#### MS-Leitlinie 2021 28

Wie steht es mit der Akzeptanz in der Praxis?





## Hier steht eine Anzeige.

2 Springer



» Wenn das menschliche Gehirn so einfach wäre, dass wir es verstehen könnten, dann wären wir so einfach, dass wir es nicht verstehen würden. « (Emerson Pugh, 1977)

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

## Kraft geben, Kraft schöpfen

iebe und sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen, ich mache heute einmal Werbung. Und zwar für die Ausstellung "Das Gehirn in Kunst und Wissenschaft" in der Bundeskunsthalle in Bonn, die dort noch bis zum 26. Juni 2022 zu sehen ist. Ich komme noch darauf zurück.

#### Mehr Fragen als Antworten

Lange habe ich überlegt, welches Thema ich in diesem Editorial aufgreifen könnte. Denn derzeit gibt es zahlreiche Fragen, die uns als Berufsverbände sowie Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie in unseren Praxen nahezu ständig und nachhaltig beschäftigen:

- —Wie sieht es im Ahrtal neun Monate nach der Flut aus und wie kommen die Kolleginnen und Kollegen und unsere Patienten dort zurecht?
- —Wie wird die neue G-BA-Richtlinie zur "koordinierten, strukturierten und berufsgruppenübergreifenden Versorgung von Menschen mit komplexem psychiatrischem und psychotherapeutischem Behandlungsbedarf", kurz KSV-Psych-Richtlinie, in den nächsten Monaten umgesetzt werden?
- —Wie wird die Vergütung dafür aussehen und welchen Support für die Vertragsgestaltung werden wir über die KVen bekommen?
- —Wie stehen wir zum aktuellen Infektionsschutzgesetz, angesichts durch die Decke gehender Inzidenzen?
- —Sollen wir uns darüber ärgern, dass die Telefonsprechstunde zum 1. April 2022 (kein Witz!) wieder abgeschafft wird, während die Krankenhäuser ihre Freihaltepauschale weiterhin erhalten, und das, obwohl wir in den Praxen doch einen Schutzwall für die Krankenhäuser aufbauen und halten?
- Wie kann es sein, dass unseren Medizinischen Fachangestellten trotz andauernder Pandemie weiterhin kein (erneuter) Corona-Bonus zugestanden wird?
- \_Wie sieht die Lage zu Long-Covid aus?
- —Sollen wir erneut dazu aufrufen, Solidarität mit der Ukraine (und der russischen Bevölkerung, die auch leidet) zu zeigen?
- —Sollten wir spenden für die Behandlung Geflüchteter mit chronisch psychischen Erkrankungen und bei akuten psychischen Traumatisierungen zur Verfügung stehen?

Diese Fragen sind enorm wichtig und herausfordernd – wir als Verbände sind zu allen Themen mit ganzer Kraft aktiv!

#### Fragen der Kulturgeschichte und Hirnforschung

Und damit komme ich zurück zur Ausstellung. Als ich deren Ankündigung erstmals sah, war sofort klar: Hier geht es um eine Meta-Perspektive. Hier kann man Kraft schöpfen für unsere Tätigkeit, in der wir derzeit unendlich viel Kraft geben müssen. Die Schau versammelt rund 300 Werke und Objekte aus Kunst, Kulturgeschichte und Wissenschaft, wie zum Beispiel Descartes' Schädel. Außerdem gibt es eine begleitende virtuelle Ausstellung im Internet.

In fünf großen Fragekomplexen geht es durch Kulturgeschichte und Hirnforschung. Die erste Frage, "Was habe ich im Kopf?", beschäftigt sich mit der Hirnanatomie. Die zweite Frage, "Wie stelle ich mir die Vorgänge im Gehirn vor?", befasst sich mit den kognitiven Funktionen und aktiven Prozessen im Gehirn. Philosophisch wird es bei der dritten Frage: "Sind ich und mein Körper dasselbe?" Die dualistische Idee der eigenen Seele als vom Körper losgelöster Einheit hält sich hartnäckig. Die vierte Frage lautet daher: "Wie mache ich mir die Welt?" Sie eruiert, wie verlässlich unsere Wahrnehmung und unser Gedächtnis sind. Die abschließende fünfte Frage lautet: "Soll ich mein Gehirn optimieren?" Schon heute lindern Hirnimplantate Krankheitssymptome.

Letztlich geht es um die ewige Frage: Was macht uns Menschen im Kern aus? Vielleicht haben Sie Zeit, Lust und Muße, die Bundeskunsthalle\* zu besuchen. Es lohnt sich.

Mit herzlichen, kollegialen Grüßen, Ihre

Wola

<sup>\*</sup> https://www.bundeskunsthalle.de/gehirn.html Eintritt: 11 €/ermäßigt 7 €, Eintritt frei bis einschließlich 18 Jahre, montags geschlossen. Vorschau unter: https://www.youtube.com/watch?v=0uNJeA3a4HE

## Hier steht eine Anzeige.

2 Springer

## Inhalt 4

April 2022

3 Editorial

Kraft geben, Kraft schöpfen

Christa Roth-Sackenheim

#### Gesundheitspolitik

#### 8 Gesundheitspolitische Nachrichten

- \_\_Behandlungsscheine für aus der Ukraine Geflüchtete
- \_\_Berufsgruppenübergreifende Versorgungsangebote für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche
- \_Keine Zwangsbehandlung ohne Überzeugungsversuch

Christa Roth-Sackenheim

#### Aus den Verbänden

#### 10 Das ist Ihr neuer BDN-Vorstand

Uwe Meiei

12 Klare Positionierung gegen den Krieg in der Ukraine BVDP-Länderdelegiertenversammlung Christa Roth-Sackenheim

14 "Die Psychiatrie hat viele Berührungen mit gesellschaftlichen Phänomenen"

**Engagement im BVDP** 

Christa Roth-Sackenheim

17 Gemeinsam für eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Honorare Berufspolitik am Beispiel der KV Bayern Carolin Zimmermann

20 MSnetWork – Versorgungsforschung in Praxen und Ambulanzen

Charlotte Müller

21 Ambulante Weiterbildung, Bedarfsplanung und Honorare im Fokus

BVDN-Landesverband Brandenburg Holger Marschner

23 MS-Modulvertrag nun transparenter und lukrativer Klaus Gehring

#### Rund um den Beruf

**Gesundheitsminister Lauterbach beantwortet Fragen**Neues Format "KBV-PraxisCheck"
Christa Roth-Sackenheim

27 Patientenstamm ist keine Handelsware Jörg Hohmann

= Dieser Beitrag ist ein Titelthema.



#### 24 Lauterbach im KBV-PraxisCheck

Pro Jahr 5.000 Ärzte zusätzlich ausbilden – das nannte Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach beim KBV-PraxisCheck als eines der Hauptziele seiner Amtszeit. Die Aufstockung der Kapazitäten bei den Studienplätzen sei erforderlich, um eine drohende massive Unterversorgung zu vermeiden, die durch Rekrutierung von Ärzten aus dem Ausland allein nicht vermieden werden könne.

#### 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. Christa Roth-Sackenheim Telefon: 0160 97796487 E-Mail: C@Dr-Roth-Sackenheim.de

#### **Aboservice:**

Bei Fragen rund um Abonnement und Postbezug Telefon: 06221 345-0; Fax: 06221 345-4229 E-Mail: leserservice@springer.com

## Hier steht eine Anzeige.

2 Springer

## Inhalt 4

April 2022

#### Rund um den Beruf

28 MS-Leitlinie 2021 – Wie steht es mit der Akzeptanz in der Praxis?

Behandlung der Multiplen Sklerose Christoph Heesen, Christine Mokry, Harald Hegen et al.

32 Ungeimpfte sind zu melden, aber nicht zwingend sofort freizustellen

COVID-19-Impfpflicht für medizinisches Personal Christa Roth-Sackenheim

#### Fortbildung

34 Aktuelle Standards und Trends bei der Behandlung von Angststörungen

Effektivität verschiedener Psychotherapieverfahren Jürgen Hoyer, Daniel Spychalski

40 Rolle von Komorbiditäten bei Multipler Sklerose nicht unterschätzen

Deutsches MS-Register

Niklas Frahm, Firas Fneish, David Ellenberger et al.

45 Wenn die Sprache langsam schwindet

Psychiatrische Kasuistik

Chantal Unterfeld, Ana Lucia Herrera Melendez, Francesca Regen et al.

50 CME Transkranielle Gleichstromstimulation bei kognitiven Störungen der Schizophrenie Neuropsychiatrische Erkrankungen

Tobias Schwippel, Selina Galefski, Christian Plewnia

55 CME Fragebogen

#### Journal

62 PSYCHOPATHOLOGIE IN KUNST & LITERATUR

J. D. Salingers PTSD – Teil 2 Gerhard Köpf

66 NEUROTRANSMITTER-GALERIE

Dawit Abebe: Die Kluft wächst

Angelika Otto

- 31 Buchtipp
- 58 Pharmaforum
- 65 Kleinanzeigen
- 68 Termine
- 69 Verbandsservice
- 71 Impressum/Vorschau



#### 50 Gleichstrom-Hirnstimulation

Kognitive Störungen sind ein Kernsymptom der Schizophrenie. Pathophysiologisch wird eine Dysfunktion präfrontaler Hirnanteile angenommen. Mit der transkraniellen Gleichstromstimulation steht ein sicheres Verfahren zur Verfügung, die präfrontale Hirnaktivität mit dem Ziel der kognitiven Leistungssteigerung zu modulieren.



Titelbild (Ausschnitt): "Long Hands 26" von Dawit Abebe. Lesen Sie mehr in der "Galerie" ab Seite 66.

## Gesundheitspolitik

#### KBV GIBT HINWEISE FÜR PRAXEN

#### Behandlungsscheine für aus der Ukraine Geflüchtete

Die medizinische Versorgung von Geflüchteten aus der Ukraine erfolgt nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). Die zuständigen Ämter der Kommunen stellen zu diesem Zweck Behandlungsscheine aus, mit denen die Menschen einen Arzt aufsuchen können. In Notfällen kann die Behandlung auch ohne diesen Schein erfolgen. Erforderlich sind hierfür ein gemeldeter Aufenthaltsort oder die Unterbringung in einer örtlichen Einrichtung.

"Es geht jetzt darum, den Menschen so schnell und unbürokratisch wie möglich zu helfen", betonte KBV-Vorstandsvorsitzender Dr. Andreas Gassen. Unter den Geflüchteten seien viele Kranke, die zum Beispiel dringend Insulin oder ein Herzmedikament benötigten. Die Praxen stünden bereit, um die Menschen zu versorgen, sagte KBV-Vizechef Dr. Stephan Hofmeister.

Neben der Ausgabe von Behandlungsscheinen durch die Kommunen gibt es ein für alle Beteiligten vereinfachtes Verfahren, demnach auch die Krankenkassen die auftragsweise Betreuung übernehmen können. Hierfür bedarf es einer entsprechenden Vereinbarung zwischen den jeweiligen

Bundesländern (Landesregierung beziehungsweise beauftragte Landesbehörde) und den gesetzlichen Krankenkassen. Solche Vereinbarungen zur Umsetzung des AsylbLG bestehen nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit aktuell in Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Thüringen.

### Auch Versorgung von Schwangeren sichergestellt

Das Ministerium strebt an, dass die Menschen aus der Ukraine in naher Zukunft einen regulären Leistungsanspruch analog der GKV-Leistungen erhalten.

Das AsylbLG ermöglicht die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände, einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln. Auch die Versorgung von Schwangeren ist darüber abgedeckt. Des Weiteren haben Betroffene Anspruch auf Schutzimpfungen und Vorsorgeuntersuchungen. In medizinisch notwendigen Einzelfällen kann auch eine Psychotherapie nach dem AsylbLG erbracht werden.

Hier greift die Sonderregelung des § 6 Abs. 2 AsylbLG. Das Gleiche gilt für Hilfsmittel, die vorab zu genehmigen sind.

Zuständig für die Gewährung von Leistungen nach dem AsylbLG ist jeweils die Kommune, in der sich die betroffenen Menschen aufhalten beziehungsweise untergebracht sind. Dort erhalten sie auch die Behandlungsscheine. Ärzte reichen diese zusammen mit der Abrechnung bei ihrer KV ein. Arzneimittel werden auf dem normalen Rezept (Muster 16) verordnet. Auch für andere Leistungen verwenden Ärztinnen und Ärzte die üblichen Formulare. Nähere Informationen erhalten Praxen von ihrer KV. Leistungen nach der Coronavirus-Testver-

cerstungen nach der Coronavirus-Iestverordnung und der Coronavirus-Impfverordnung werden bei Geflüchteten aus der Ukraine genauso wie bei Einheimischen abgerechnet. Kostenträger ist hier ebenfalls das Bundesamt für Soziale Sicherung. Das Robert Koch-Institut bietet Aufklärungsmerkblätter zur COVID-19-Impfung auch in ukrainischer Sprache an. Mehr Informationen unter www.kbv.de.

#### G-BA-UNTERAUSSCHUSS PSYCHOTHERAPIE UND PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG

## Berufsgruppenübergreifende Versorgungsangebote für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche entwickeln

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird die Beratungen zu besseren Versorgungsangeboten für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit einem komplexen ärztlichen und therapeutischen Behandlungsbedarf aufnehmen. Der zugehörige Beschluss des G-BA vom 3. März 2022 knüpft damit an den im Dezember 2021 in Kraft getretenen Richtlinienbeschluss an, der entsprechende Angebote bereits für Erwachsene vorsieht. Der G-BA überträgt diesen Arbeitsauftrag

dem Unterausschuss Psychotherapie, womit sich dessen bisheriges Arbeitsspektrum erweitert.

## Bessere Koordination der Versorgung für Kinder und Jugendliche

Neben Fragen der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung kommen nun auch Sektorengrenzen überschreitende Aspekte für eine koordinierte und strukturierte Versorgung hinzu. Das spiegelt sich auch in seinem neuen Namen wider: Un-

terausschuss Psychotherapie und psychiatrische Versorgung. Für die Beratung des Auftrags gemäß § 92 Absatz 6b SGB V wird im Unterausschuss auf der Seite der Leistungserbringer nun neben der KBV auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) vertreten sein, die bei Fragen zur Richtlinie für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von schwer psychisch erkrankten Erwachsenen (KSVPsych-RL) stimmberechtigt ist.

Kernelement der 2021 neu beschlossenen KSVPsych-RL ist die koordinierte Versorgung der Patienten durch berufsgruppenübergreifende Behandlungsteams.

Für die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen soll eine Regelung erarbeitet werden, die eine bessere Koordination der Versorgung gewährleistet, den Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung und umgekehrt erleichtert sowie durch abgestimmte Prozesse eine höhere Versorgungseffizienz ermöglicht.

Kommentar: Es wurde hiermit de facto ein "Unterausschuss Versorgung psychischer Erkrankungen" geschaffen. Bisher wurde im Unterausschuss Psychotherapie die Weiterentwicklung der Psychotherapie-Richtlinie erarbeitet. Die letzte weitreichende Etappe umfasste beispielsweise die Einführung der Psychotherapeutischen Sprechstunde, der Psychotherapeutischen Akuttherapie, den Wegfall der Gutachterpflicht bei der Gruppentherapie sowie bei der ersten und zweiten Kurzzeittherapie.

Für die Umsetzung der gesetzlich vorgeschriebenen Einführung der KSV-PsychRichtlinie für Erwachsene, die Ende letzten Jahres erfolgt ist, wurde 2019 der "Unterausschuss ad hoc" aus der Taufe gehoben. Dieser Unterausschuss sollte in der damals schnell gestrickten Form nicht für die anstehende Beratung der KSV-Psych-Richtlinie für Kinder und Jugendliche weiterbestehen.

Eine Besonderheit des Unterausschusses Psychotherapie besteht darin, dass hier, im Gegensatz zu den meisten anderen Unterausschüssen, die DKG nicht vertreten ist und deren Stimmen der KBV zugeschlagen werden. Somit besteht Stimmengleichheit zwischen dem GKV-Spitzenverband und der KBV. Im Unterausschuss ad hoc war die Krankenhausvertretung sehr wohl dabei, da es ja auch um eine sektorenübergreifende Richtlinie geht. Hier sind die Stimmenverhältnisse der Leistungserbringer zwischen KBV und DKG aufgeteilt, was immer die Möglichkeit eröffnet, dass der GKV-Spitzenverband mit einem der Leistungserbringer gegen den dritten stimmt. In der Praxis befeuerten die Krankenkassen damit häufia die Grabenbildung zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten.

Beide Konstrukte werden jetzt in einem Unterausschuss nebeneinander abgebildet.



Gesundheitspolitische Nachrichten kommentiert von

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

Letztlich entsteht ein Unterausschuss für die Weiterentwicklung derjenigen beiden Richtlinien, die sich mit der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen befassen. Welche Bedeutung dieser neue Unterausschuss des G-BA in Zukunft für die psychiatrische Versorgung erlangen wird, wird wesentlich mit der Akzeptanz und der Umsetzung der KSV-Psych-Richtlinie zusammenhängen. Damit diese Richtlinie mit Leben gefüllt wird, werden wir als Verbände Hilfestellung leisten.

#### BGH-URTEIL ZU MAßNAHMEN BEI PSYCHISCH ERKRANKTEN

### Keine Zwangsbehandlung ohne Überzeugungsversuch

Schon 2018 hatte der Bundesgerichtshof die Kriterien für eine Zwangsbehandlung sehr restriktiv formuliert. In einem am 9. März 2022 veröffentlichten Beschluss bekräftigte der Bundesgerichtshof (BGH) erneut, dass vor einer Zwangsbehandlung psychisch Kranker "ernsthaft, mit dem nötigen Zeitaufwand und ohne Ausübung unzulässigen Drucks" versucht werden müsse, Betroffene von einer freiwilligen Therapieteilnahme zu überzeugen. Bevor die zuständigen Gerichte die ärztliche Zwangsmaßnahme genehmigen können, müssen sie in jedem Einzelfall nachprüfbar feststellen, dass der Überzeugungsversuch auch tatsächlich stattgefunden hat, so die Karlsruher Richter (Az.: XII ZB 159/2).

Kommentar: Das bedeutet in der Praxis, dass selbst wenn eine Zwangsunterbringung rechtlich Bestand hat, eine gleichzeitige Zwangsbehandlung nicht automatisch erfolgen kann. Aus unserer Sicht erhöht der Karlsruher Richterspruch erneut den Druck auf psychiatrische Kliniken und Abteilungen. Seit 2018 häufen sich die Fälle, in denen Menschen zwangsweise untergebracht werden, aber letztlich nicht kurativ behandelt werden können, wenn sie krankheitsbedingt eine medikamentöse Behandlung ablehnen.

So richtig und wichtig diese Hürden gegen eine Zwangsbehandlung auch sind, um die Würde Betroffener zu wahren, sie schaffen zunehmend auch ethische Probleme für uns als Behandelnde in Psychiatrie und Psychotherapie. Wir wollen psychisch erkrankte Menschen nicht ihrer Würde berauben. Wir wollen unser Wissen und unsere Erfahrung einsetzen, damit diese gesünder werden. Häufig fehlt jedoch in einem auf Effizienz und Wirtschaftlichkeit ausgerichteten Klinikbetrieb (je nach Träger) ausreichend Zeit für einen Beziehungsaufbau mit einem beispielsweise akut psychotischen Patienten. Unklar bleibt auch, wie eine Dokumentation für den Beleg von "ernsthaften Überzeugungsversuchen" auszusehen hat, damit sie vor Gericht Bestand hat.

## Aus den Verbänden

Wahlen 2021

## Das ist Ihr neuer BDN-Vorstand

Die Mitgliederversammlung des BDN fand am 17. Dezember 2021 coronabedingt im Rahmen einer virtuellen Konferenz statt. Die turnusgemäß anstehenden Wahlen ergaben Änderungen im BDN-Vorstand, über die wir berichten möchten.

Die Satzung des BDN sieht vor, dass sich der Vorstand paritätisch aus Klinikern und niedergelassenen Vertragsärzten zusammensetzt. Die Gründungsväter haben dies seinerzeit so festgelegt, um dem Anspruch strukturell Rechnung zu tragen, die gesamte Neurologie berufspolitisch zu vertreten. Aus diesem Grund hat sich Prof. Dr. Elmar Busch nicht wieder zur Wahl stellen können, da er aufgrund beruflicher Veränderungen nicht mehr als Kliniker tätig ist. Es galt also, die Position als Beisitzer neu mit einem Kliniker zu beset-

zen. Wir bedauern außerordentlich, dass Elmar Busch nicht mehr im Vorstand ist. Er hat den BDN maßgeblich geprägt und sich vor allem mit der Weiterentwicklung der GOÄ beschäftigt und wird uns im Vorstand fehlen. Umso mehr freuen wir uns, dass er uns als neues Beiratsmitglied weiter zur Verfügung steht und er unsere Arbeit vorstandsnah weiter unterstützt. Wir möchten auch hier die Gelegenheit nutzen, uns im Namen unserer Mitglieder herzlich für seine Vorstandsarbeit zu bedanken und freuen uns auf die weitere Zusammenarbeit.

## Chefarzt der Klinik für Neurologie verstärkt künftig den Vorstand

Als Nachfolger ist Prof. Dr. Thomas Duning, Chefarzt im Klinikum Bremen Ost, gewählt worden. Zuvor war er langjähriger Oberarzt bei Prof. Dr. Heinz Wiendl am Universitätsklinikum Münster (UKM). Sein wissenschaftlicher Schwerpunkt lag bereits dort auf den neurodegenerativen Erkrankungen, insbesondere den Demenzen. Am UKM hat er den Bereich "Demenzsensibles Krankenhaus" gegründet und geleitet. Bis 2021 hat er die zudem die wissenschaft-



Dr. med. Uwe Meier Vorsitzender BDN und Präsident Spitzenverband ZNS Niedergelassener Neurologe im NeuroCentrum Grevenbroich, Nordrhein



Prof. Dr. med. Martin Südmeyer Vorsitzender BDN Chefarzt der neurologischen Klinik im Ernst von Bergmann Klinikum in Potsdam



Prof. Dr. med. Wolfgang Freund Schriftführer BDN und Landessprecher BDN Baden-Würtemberg

Niedergelassener Neurologe und Facharzt für diagnostische Radiologie in Biberach



Dr. med. Martin Delf Schatzmeister BDN und Landessprecher BDN Brandenburg Niedergelassener Neurologe in Hoppegarten, Brandenburg

liche Arbeitsgruppe Neurokognition und -degeneration sowie die Gedächtnisambulanz des UKM geführt und ist

einer der Autoren der S3-Leitlinie Demenz und der S1-Leitlinie Delir der DGN. Wer einmal im Rahmen der Neuro-Workshops des BDN die Gelegenheit gehabt

» Mit seinen Fähigkeiten und seinem wissenschaftlichen Schwerpunkt im Bereich der neurodegenerativen Erkrankungen passt Prof. Dr. Thomas Duning perfekt in den Vorstand. «

hat, Thomas Duning als Referenten zu erleben, weiß um seine Fähigkeiten, komplexe Sachverhalte eindringlich, lebendig und treffend auf den Punkt zu bringen. Gerade wegen der besonderen und wachsenden versorgungspolitischen Bedeutung der neurodegenerativen Erkrankungen wird er die Sache der Neurologen berufspolitisch bereichern. Wir freuen uns über die einstimmige Wahl und auf die Zusammenarbeit.

Wiedergewählt wurden Dr. Martin Delf (Schatzmeister) und Prof. Dr. Wolfgang Freund (Schriftführer). Die Vorsitzenden sind weiterhin Prof. Dr. Martin Südmeyer und Dr. Uwe Meier. Wiedergewählte Beisitzer sind Dr. Klaus

Gehring als Vertreter des BVDN, Prof. Dr. Heinz Wiendl als Vertreter der Ordinarien und Prof. Dr. Christoph Kosinski als Vertreter der leitenden Kranken-

## Neue Geschäftsstelle in Berlin-Steglitz

hausneurologen.

Organisatorisch haben wir die Umgestaltung der Geschäftsstelle vollziehen können. Die alte Geschäftsstelle in Krefeld ist aufgelöst, die neue befindet sich in Berlin-Steglitz und wird wie gehabt von Rechtsanwalt Bernhard Michatz ge-

leitet. Das Team wird ergänzt durch Thorsten Seehagen, der den fast geräuschlosen Übergang von alter und

neuer Geschäftsstelle maßgeblich mitverantwortet hat, wofür wir auch an dieser Stelle im Namen des Vorstandes und der Mitglieder herzlich danken.

Das Team der Geschäftsstelle ist erweitert worden durch Charlotte Müller, die vor allem das Innovationsfondprojekt MS-Network koordiniert.

Seit dem 1. April 2022 bereichert Dr. Sonja Faust das Team, worüber wir uns sehr freuen. Sie wird hauptsächlich in der Öffentlichkeitsarbeit und als Assistenz der Schriftführung des Neuro-Transmitter tätig sein.

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich



Prof. Dr. med. Heinz Wiendl Beisitzer BDN und Sprecher des Vorstandes der KKNMS Direktor der Klinik für Neurologie mit Institut für translationale Neurologie am UKM



Dr. med. Klaus Gehring Beisitzer BDN und Vorsitzender BVDN Bund

Niedergelassener Neurologe im Neurozentrum Itzehoe und Kaltenkirchen



Prof. Dr. med. Christoph Kosinski

Beisitzer im BDN und Sprecher der Kommission der leitenden Krankenhausneurologen der DGN

Chefarzt der Klinik für Neurologie des Rhein-Maas Klinikums in Würselen, NRW



Prof. Dr. med. Thomas Duning Beisitzer BDN

Chefarzt der Klinik für Neurologie im Klinikum Bremen Ost

#### BVDP-Länderdelegiertenversammlung

## Klare Positionierung gegen den Krieg in der Ukraine

Das 18. Länderdelegiertentreffen des BVDP stand stark unter dem Eindruck des Krieges gegen die Ukraine und die Delegierten bezogen mit dem Statement "Krieg kennt nur Verlierer – langfristige psychische Folgen sind programmiert" klar Stellung. Weitere Themen waren die politische Agenda von Gesundheitsminister Lauterbach, die Bewältigung der COVID-19-Pandemie, die unseren Praxisalltag immer noch beeinflusst, sowie Fragen der Weiterbildung und der Honorierung.

Zu ihrem 18. Länderdelegiertentreffen am 12. März 2022 kamen die BVDP-Landessprecher per Zoom-Konferenz zusammen. Zum ersten Mal mit dabei waren Dr. Dirk Bendfeldt aus Schleswig-Holstein in der Nachfolge von Dr. Uwe Bannert und Dr. Sonja Faust, Anästhesistin, die seit dem 1. März 2022 für die Verbände als medizinische Journalistin tätig ist.

#### Medizinische Versorgung Geflüchteter

Die Delegierten berichteten mit deutlicher eigener Betroffenheit davon, dass der Krieg in den Schilderungen der Patienten aller Altersklassen regelhaft Thema ist. Die Generation, die den Krieg oder die Nachkriegszeit miterlebt hat, erfährt derzeit häufig Flashbacks von längst vergessen geglaubten Erinnerungen. Die Kriegsangst ist allen gegenwärtig. In einigen Praxen kommen bereits Geflüchtete in größerer Zahl an und werden versorgt, insbesondere in Berlin und Thüringen, aber auch im Saarland ist das so. Die Delegierten waren sich in der Einschätzung einig, dass kein schnelles Verhandlungsergebnis zur Beendigung der kriegerischen Handlungen zu erwarten sein kann.

Insgesamt beobachten die Kolleginnen und Kollegen, dass sich nach über zwei Jahren Pandemie bei den Menschen allgemein und insbesondere bei unserer Patientengruppe eine hohe psychische Erschöpfung ausgebreitet hat. Die Flutkatastrophe in Rheinland-Pfalz und

Nordrhein im Juli 2021 und nun der russische Einmarsch in der Ukraine kamen erschwerend hinzu.

#### Lauterbachs politische Agenda

Die politische Agenda, die Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach in der nächsten Legislaturperiode verfolgt, zeichnet sich langsam ab. Die "Scharfstellung" von eAU und eRezept wurde gestoppt. Hier ist eine Trendwende gegenüber der Politik des vorigen Gesundheitsministers Jens Spahn deutlich zu erkennen. Es ist nicht mehr oberstes Ziel, die Digitalisierung industriefreundlich über die Praxen zu stülpen. Es geht jetzt darum, dass die Anwendungen erst ausreichend erprobt sein müssen, bis sie flächendeckend eingeführt werden. Intention ist nun: Die Telematikinfrastruktur soll den Praxen Arbeit ersparen und die Medizin besser machen. Hiervon war man bisher weit entfernt, denn die Anwendungen haben sehr viel Zeitaufwand benötigt und die Praxen zum Teil sogar lahmgelegt. So brachte zum Beispiel die elektrostatische Aufladung der elektronischen Gesundheitskarten viele Praxen Anfang des Jahres zur Verzweiflung. Die Anwendung von eAU und eRezept ist jedoch dort, wo sie klappt, weiter zu nutzen.

## Einsparmaßnahmen und neue Versorgungskonzepte notwendig

Das Defizit der gesetzlichen Krankenkassen will der Bundesgesundheitsminister durch höhere Steuerzuwendungen



#### Krieg kennt nur Verlierer – langfristige psychische Folgen sind programmiert

Der Ukrainekrieg ist eine humanitäre Katastrophe. Die Folgen machen uns fassungslos. Der BVDP verurteilt zusammen mit der DGPPN den russischen Einmarsch in die Ukraine. Unsere Gedanken sind bei allen, die durch die kriegerischen Handlungen körperliche und seelische Verletzungen erleiden. Besonders gefährdet sind Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Behinderungen, die sich nicht selbst in Sicherheit bringen oder verteidigen können und oft in Einrichtungen leben, die schon in Friedenszeiten Unterstützung brauchten. Aber nicht nur das Leben von Menschen und ihre psychische Integrität sind bedroht, auch die medizinische Versorgung, Forschung und Wissenschaft leiden unter der zerstörerischen Kraft des Krieges. Wir wissen aus früheren leidvollen Erfahrungen, dass Kriege über Generationen psychische Folgen verursachen. Wir rufen unsere Mitglieder auf, ihre Stimme zu erheben und sich an Hilfsaktionen zu beteiligen.

Wir stellen uns als Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie dieser Aufgabe und helfen.

dauerhaft lösen und verhandele dazu mit Bundesfinanzminister Christian Lindner. Neuerdings säßen auch Vertreter Bundesfinanzministeriums im "Schätzerkreis" des Bundesamts für soziale Sicherung, dem früheren Bundesversicherungsamt. Weitere Einsparmöglichkeiten sehe Lauterbach in der Preisgestaltung für neue Arzneimittel sowie in einer "großen Lösung" einer Krankenhausreform. Hierzu werde derzeit eine Kommission am BMG eingesetzt. Der Steueranteil des Bundes an der Finanzierung der Krankenhäuser betrage 28 Milliarden €, weshalb er auch mehr Mitspracherecht bei der Krankenhausplanung einfordere.

Die Einschätzung Lauterbachs ist ganz klar: Die Versorgung, wie wir sie bisher kennen, wird nicht aufrechtzuerhalten sein. Die "Babyboomer", auch die Ärzte dieser Generation, werden nun Zug um Zug in den Ruhestand gehen und werden potenziell zu Kranken, die selbst Versorgung brauchen. Lauterbach möchte in den nächsten Jahren 5.000 neue Medizinstudienplätze schaffen. Er habe das in den Koalitionsvertrag bringen wollen, es sei jedoch am Widerstand der Länder gescheitert.

Machen wir uns nichts vor, für uns bedeutet das: Die Krankenhäuser werden weiter für die ambulante Versorgung geöffnet werden. Wir werden mit dem Krankenhaussektor gemeinsam eine große Versorgungsaufgabe schultern müssen. Wir haben hierfür bereits intelligente Vertragslösungen erprobt und stehen bereit, die Versorgung sicherzustellen.

Dass börsennotierte Kapitalgesellschaften in großem Stil Arztsitze aufkaufen oder MVZ gründen mit dem Ziel, aus der Gesundheitsversorgung Kapital abzuziehen, wurde von den Länderdelegierten seit Jahren mit großer Sorge betrachtet und kritisiert. Hier möchte der Gesundheitsminister Regelungen schaffen, die diese Entwicklung begrenzen.

## COVID-19-Pandemie bestimmt weiter den Alltag in den Praxen

Viele COVID-19-Pandemie-Beschränkungen sind Ende März gefallen. Die Bundesländer haben allerdings Kompetenzen erhalten, um "Hot-Spot-Regelungen" treffen zu können. Im Alltag entfallen die Maskenpflicht, die Abstandsregelung und die Kontaktbeschränkungen. Die Maskenpflicht soll weiter gelten im Gesundheitswesen, in Alten- und Pflegeheimen sowie im öffentlichen Personennahverkehr.

Angesichts der gerade wieder deutlich steigenden Infektionszahlen ist es fraglich, ob diese Lockerungen zur richtigen Zeit kommen. Oder wie Minister Lauterbach sagte: "Die Lage ist deutlich schlechter als die Stimmung."

## Stand der Umsetzung der KSV-Psych-Richtlinie

Die Honorarabteilung der KBV befindet sich aktuell in Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband um die neuen Leistungen, die durch die Regelungen der KSV-Psych-Richtlinie geschaffen wurden (z. B. Eingangssprechstunde, Erstellung Behandlungsplan, Koordination, Verlaufsuntersuchung), mit Honorar zu hinterlegen. Allen Beteiligten und insbesondere uns als Verband ist klar, dass die Höhe der Honorierung entscheidend dafür ist, ob die neue Richtlinie von den Kolleginnen und Kollegen angenommen und umgesetzt werden wird.

Die KBV hat bereits in Workshops für die Landes-KVen Grundsätze für die Unterstützung in der Vertragsgestaltung auf den Weg gebracht. Wir haben als Verbände juristischen Sachverstand eingeholt, den wir ebenfalls zur Verfügung stellen.

Der BVDP-Vorstand, besonders unterstützt von Dr. Michael Krebs aus Berlin, der langjährige Erfahrung in der Netzwerkarbeit im Rahmen der Psychiatrie Initiative Berlin-Brandenburg mitbringt, möchte jeden BVDN-Landesverband dazu aufrufen, als "Keimzelle" eines solchen Vertrages tätig zu werden. Sehr wahrscheinlich ist durch das informelle Netzwerk, das jeder BVDN-Landesverband bereits darstellt, die Anzahl von je vier mindestens notwendigen ärztlich sowie psychotherapeutisch Tätigen bereits vorhanden und Kontakte zu anderen Leistungserbringern (Ergotherapie, Soziotherapie) sowie zu einer Klinik müssten eigentlich schon gelebte Praxis sein.

#### Regresse

Einige Krankenkassen, insbesondere die AOK, überziehen die Ärzteschaft mit

Einzelfallprüfungen, die beispielsweise die Überschreitung von Höchstdosen von Medikamenten, die Verordnung von Z-Substanzen sowie Verordnungen im Off-label-Use in den Blick nehmen. Hier geht es häufig um kleine Beträge, der Aufwand für die Praxisinhaber ist allerdings enorm hoch, da die Prüfungen meist bis in die Jahre 2019 oder 2018 zurückgehen.

Bei der Abrechnung der Psychotherapeutischen Sprechstunde (35151) durch Nervenärzte und Psychiater werden offenbar zunehmend Wirtschaftlichkeitsprüfungen durchgeführt.

#### Förderungswürdige Leistungen

Die psychiatrischen Gesprächsleistungen werden in einigen KVen (Bayern, Niedersachsen, Sachsen) besonders gefördert, entweder durch extrabudgetäre Vergütung oder durch Zuschläge.

#### **Nachwuchssituation**

In allen Bundesländern werden die Nachwuchssituation in den Praxen, aber auch die Nachbesetzung in den Verbänden und den berufspolitischen Gremien als mühsam bis kritisch eingeschätzt. In einzelnen Regionen (Brandenburg, Saarland, Schleswig-Holstein, Westfalen-Lippe) sind die Kolleginnen und Kollegen jedoch durchaus erfolgreich gewesen und konnten neue Vertretende für die Verbandsarbeit gewinnen.

### Förderung der Weiterbildung im ambulanten Bereich

Die Verbände BVDN, BVDP und BDN rufen die Kolleginnen und Kollegen auf, im vertragsärztlichen Bereich auch weiterzubilden. Es bestehen hier mittlerweile gute Förderbedingungen. Die Verbände haben bereits zwei Online-Workshops zur Befähigung, eine Weiterbildungsermächtigung zu beantragen, mit hoher Beteiligung durchgeführt. Diese Workshops können bei Bedarf auch den Landesverbänden zur Verfügung gestellt werden. Wir sind fest davon überzeugt, dass über das Instrument der Weiterbildung in den Praxen junge Kolleginnen und Kollegen für die Arbeit in der Vertragsarztpraxis begeistert werden können.

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim,
Andernach

#### **Engagement im BVDP**

## "Die Psychiatrie hat viele Berührungen mit gesellschaftlichen Phänomenen"

Mehr als 20 Jahre war Gründungsmitglied Dr. Christian Vogel im BVDP-Vorstand aktiv. Im Gespräch mit der Vorsitzenden Dr. Christa Roth-Sackenheim gibt der Kollege Einblicke in seine vielfältigen Interessen und Tätigkeiten sowie seine Motivation, sich berufspolitisch "einzumischen".

? Lieber Christian, wie kamst Du zum Medizinstudium und schließlich zur Psychiatrie?

Dr. Christian Vogel: Mein Weg zur Medizin und zur Psychiatrie war ein etwas verschlungener. In der Familie, in der ich aufwuchs, waren keine Mediziner vertreten. Mein Vater, Ingenieur in der Entwicklung elektrischer Haushaltsgeräte, prägte mit seinem Denken die Atmosphäre und vertrat die optimistische Auffassung, dass mit technologischer Entwicklung alle Probleme des Lebens gelöst werden könnten und wir damit einer goldenen Zukunft entgegensähen.

In meiner Zeit im Gymnasium war ich fasziniert von gesellschaftspolitischen Themen, besonders von Geschichte und Sozialkunde. Prägend war für mich sicher mein Lehrer für Deutsch und Sozialkunde an einem Gymnasium in der Frankfurter

Dr. Christian Vogel ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in München.

Innenstadt, der frisch von der Universität Frankfurt kam und dort noch bei Theodor W. Adorno gelernt hatte. Er vermittelte uns mit großem Engagement die kritische Theorie und das Denken der Frankfurter Schule. Dies weckte mein Interesse für Gesellschaftstheorie, gesellschaftliche Veränderungen und Politik und brachte mich am Rande erstmals in Berührung mit Aspekten der Psyche im Zusammenhang mit der Anwendung psychoanalytischer Kategorien in der Soziologie. Mich faszinierten damals Werke von Alexander Mitscherlich wie "Die Unfähigkeit zu trauern". Veröffentlichungen wie diese brachten mich erstmals in Kontakt mit psychoanalytischem Denken und weckte auch mein Interesse dafür, wie die menschliche Psyche funktioniert. Bis zum Abitur war ich fest entschlossen, Soziologie zu studieren und mich mit gesellschaftspolitischen Veränderungen zu beschäftigen. Ich verweigerte den "Kriegsdienst", wie wir das damals nannten, wurde Zivildienstleistender und meldete mich für diese Tätigkeit im Krankenhaus München-Schwabing, Ich war inzwischen mit meinen Eltern nach München gezogen. Nach zwei Monaten als Helfer im Zentrallabor wechselte ich in den Stationsdienst. Ich hatte die Atmosphäre des Krankenhauses kennengelernt und wollte in der Pflege und mit Patienten arbeiten. Dort wurde ich auf einer hämatologischen Station eingesetzt, konfrontiert mit jungen Menschen, auch in meinem Lebensalter, die unter leukämischen Erkrankungen litten und in nicht wenigen Fällen daran starben. Für mich zuständig war neben der Stationsleitung des Pflegedienstes ein Stationsarzt, der mein Interesse erkannte, aufnahm und mich über die pflegerischen Tätigkeiten hinaus, die eigentlich für mich als Zivildienstler im Vordergrund standen, mit medizinischen Inhalten konfrontierte. Ich kann im Nachhinein sagen, dass dieser Mann meinen Entschluss, Medizin zu studieren, wesentlich mitgeprägt hat. Er nahm mich mit zu Untersuchungen, erklärte mir Hintergründe der Therapie, spürte wohl mein Interesse und auch meinen Dank für seinen Umgang mit mir. Nach vielen Gesprächen mit ihm kam ich auf seinen Vorschlag noch für einige Monate meines Dienstes auf die Intensivstation. Danach war mein Entschluss, Medizin zu studieren, klar.

Ich begann das Studium in Berlin und setzte es nach der ärztlichen Vorprüfung in München fort. Neben dem Studium verlor ich nicht mein Interesse für gesellschaftliche Zusammenhänge und war bestrebt, dies miteinander in Verbindung zu bringen. Zunächst dachte ich, in die innere Medizin zu gehen, chirurgische Fächer waren nicht in meinem Fokus. Mir wurde klar, dass es einen Bereich der Medizin gibt, der viele Berührungen mit gesellschaftlichen Phänomenen hat - das war und ist die Psychiatrie. In dieser Zeit wurde viel diskutiert über die Ursachen psychischer Erkrankungen bis hin zur These, dass es eigentlich keine psychiatrischen Erkrankungen gäbe, sondern nur abweichende psychosoziale Verhaltensmuster. Noch gut in Erinnerung ist mir aus der damaligen Zeit das Buch von Jan Foudraine: "Wer ist aus Holz - Neue Wege der Psychiatrie". Ich entschied mich im praktischen Jahr für das Wahlfach Psychiatrie, das ich in der Psychiatrischen Klinik der LMU München absolvierte. Parallel setzte ich mich intensiv mit der Psychoanalyse auseinander. Die unterschiedlichen Krankheitsbilder, die verschiedenen Formen psychischen Leids, konnte ich gut kennenlernen, auch die Arbeit im

multidisziplinären Team und die aktuellen wissenschaftlichen Projekte.

Ich entschloss mich dann zur Facharztausbildung Psychiatrie und begann fast gleichzeitig an einem Münchner psychoanalytischen Ausbildungsinstitut meine Psychotherapieausbildung, deren Inhalte damals noch nicht in der Weiterbildungsordnung zum Psychiater enthalten waren.

#### ? Wie ging es beruflich weiter?

Vogel: Ich begann die Facharztausbildung in einem Bezirkskrankenhaus, wie die psychiatrischen, sektorinstallierten Versorgungskrankenhäuser in Bayern heißen, westlich von München. Dort erlebte ich langjährig tradierte Strukturen, die mich zunächst mit einem gewissen Entsetzen erfüllten. Zum gleichen Zeitpunkt fingen mit mir dort einige junge Kollegen an, die ebenfalls grade ihr Studium abgeschlossen hatten. Uns ging es allen vom Empfinden her ähnlich, und wir wollten die Strukturen verändern. Mein soziologischer Impetus wurde in dieser Situation wieder aktiv. Es gelang uns durchaus, etwas zu erreichen und etwas von dem zu etablieren, was wir aus unserem Studium und einem praktischen Jahr in der Psychiatrie mitbrachten. Bereits nach eineinhalb Jahren konnte ich auf die Neurologie wechseln. Dort erlebte ich organisch ausgerichtete, für damalige Verhältnisse apparativ sehr gut ausgestattete Medizin und hatte einen an uns und unserer Mitarbeit interessierten, entspannten und mit Ironie begabten Oberarzt, der mir, ähnlich wie mein Stationsarzt in der Hämatologie, die Lust an der Medizin stärkte. Da ich eine breite Ausbildung wünschte, wechselte ich danach in die Kinder- und Jugendpsychiatrie, in die Heckscher-Klinik in München. Es war noch einmal eine ganz andere Arbeit mit kranken Kindern und Jugendlichen einerseits und mit noch stärkerer Betonung des multiprofessionellen Teams andererseits. Auf Station arbeiteten wir mit gegenseitiger Wertschätzung in einem Team von Ärztinnen, Psychologinnen, Sozialpädagoginnen, Heilpädagoginnen, Ergotherapeutinnen sowie Krankenschwestern und Krankenpflegern. Ich empfand diese Teamarbeit mit gegenseitiger Wertschätzung sehr bereichernd. In meiner parallel laufenden psychoanalytischen Ausbildung wählte ich als Ausbildungsfall die Behandlung eines damals achtjährigen Jungen mit einer schweren Zwangssymptomatik.

Nach zwei Jahren in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (eines auf der geschlossenen Station) wechselte ich in das Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München, wo ich Gelegenheit hatte, das wissenschaftliche Arbeiten näher kennenzulernen und – ähnlich wie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – das Arbeiten im multiprofessionellen Team. Einerseits fand ich das wissenschaftliche Arbeiten sehr spannend, andererseits wurde mir aber auch deutlich,

meiner analytischen Ausbildung, die die Abstinenz sehr konsequent handhabten. Man hört vielleicht heraus, dass ich, trotz aller Faszination für das Fach, auch immer ein wenig "daneben stand" mit psychiatrie-kritischen Thesen im einen Bereich und Skepsis gegenüber der orthodoxen Psychoanalyse im anderen.

Zu den Persönlichkeiten, mit denen ich nicht direkt in Berührung kam, die für mich aber wichtige Orientierungspunkte in mei-

» Es ist für unser Fach, unsere Arbeitsbedingungen und letztendlich auch für uns selbst sehr wichtig, dass wir eine aktive, breit aufgestellte Vertretung unseres Berufs haben. «

wie schwierig dieser Weg ist, wenn man ihn weiter beschreitet, wie zeitintensiv, welche hohe Flexibilität er auch örtlich erfordert. Ich erlebte in dieser Zeit überdies, welche Erfahrungen Kollegen machten, die Praxen übernahmen oder in andere Berufsfelder gingen.

? Gibt es Persönlichkeiten, die Dich besonders geprägt oder beeinflusst haben? Vogel: Wie schon geschildert, waren dies, soweit es den beruflichen Bereich betrifft, Kollegen, die engagiert Medizin betrieben, mein Interesse aufnahmen und mich förderten. Besonders hervorheben möchte ich dabei den Stationsarzt in der Hämatologie und meinen damaligen Chef in der Kinderund Jugendpsychiatrie. Sie strahlten einerseits Engagement und auch Zufriedenheit mit ihrer Arbeit aus und hatten die Fähigkeit, dies auch anderen zu vermitteln. Mein Chef in der Kinder- und Jugendpsychiatrie kümmerte sich zum Teil konkret mit Supervision um die im stationären Rahmen durchgeführten Psychotherapien. Gerade diese Berührung in der alltagspraktischen Arbeit habe ich als sehr förderlich erlebt. Ich selbst empfand es damals als nicht problematisch, dass mein Chef mich supervidierte, was allerdings nicht üblich ist. Von der Nähe des therapeutischen Denkens, die auch dadurch gegeben war, dass mein damaliger Chef in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychoanalytiker war, habe ich stark profitiert. Sein Umgang mit den psychisch kranken Kindern und Jugendlichen auf Station war damals ein von mir als wohltuend empfundener Kontrast zu manchen anderen Lehrern in

ner beruflichen Laufbahn bildeten, gehören Heinz Häfner vom Zentralinstitut für seelische Gesundheit in Mannheim, der sich sehr viel mit den sozialen Aspekten des Faches beschäftigte und sie beforschte, sowie Volkmar Sigusch, über dessen Veröffentlichungen ich zu einem anderen Teilgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie, nämlich der Beschäftigung mit sexuellen Störungen, kam. Als ich schon niedergelassen war, habe ich bei Sigusch und seinem Team eine zweijährige curriculäre Ausbildung in Sexualmedizin der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung absolviert.

### **?** Was hat Dich bewogen, in die Praxis zu gehen?

Vogel: Eine ganz pragmatische Überlegung war, dass zu dem Zeitpunkt, als ich mich nach Abschluss der Facharztausbildung und klinischer Tätigkeit, unter anderem in der forensischen Psychiatrie, niedergelassen habe, ein Zeitfenster offen war, in dem man sich in München ohne Zulassungsbeschränkung niederlassen und eine Praxis neu eröffnen konnte. Ich hatte mir damals überlegt, dass ich drei Standbeine habe: Die Psychiatrie, die Psychotherapie (deren Ausbildung ich inzwischen mit der Zusatzbezeichnung Psychoanalyse abgeschlossen hatte) und die Begutachtung als weiterführendes Element meiner forensisch-psychiatrischen Tätigkeit. Hinzu kam, dass eine ärztliche Kollegin, mit der ich im Max-Planck-Institut zusammengearbeitet hatte, ebenfalls überlegte, sich niederzulassen. Wir fanden es beide sehr spannend und wagten den Sprung; suchten und fanden

Praxisräume in München-Schwabing, wo wir uns sehr wohlfühlten.

Spannend war für uns, unsere Tätigkeit selbst organisieren und bestimmen zu können und im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie den Arbeitsalltag auch so organisieren zu können, dass er mit dem privaten Leben in Einklang zu bringen war. Eine gewisse Sicherheit bot uns schon damals eine gute Vernetzung, die wir durch unsere Tätigkeiten in verschiedenen Institutionen hatten, auch über Kontakte zu Kollegen in dem psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut, die in verschiedenen Bereichen tätig waren. Heute kann ich sagen, dass die Zuversicht, die wir damals entwickelt hatten, uns gut geleitet hat. Wir arbeiten bis heute in der Praxis zusammen, inzwischen mit weiteren Kollegen, zum Teil schon viele Jahre lang.

#### ? Was hat Dich bewogen in die Berufspolitik zu gehen?

Vogel: Meine schon immer vorhandenen Interessen an Gesellschaftspolitik, sozialen Phänomenen und Organisationsformen hat dazu sicher beigetragen. Mehr oder weniger zufällig hörte ich, relativ kurz nach meiner Praxiseröffnung, von einem Kollegen, dass es für den Landesverband Bayern des BVDN eine Initiative gäbe, von jungen engagierten Kolleginnen und Kollegen, die in den BVDN eintreten und dort auch etwas bewirken wollten. Bis zu diesem Zeitpunkt war der BVDN öffentlich wenig präsent. Einer dieser Kollegen war Albert Zacher. Er hat die Initiative dann geleitet, entwickelte zunächst sein Konzept im Bayerischen Landesverband und war später - wie den meisten Mitgliedern wohl gut bekannt überregional in verschiedenen Gremien sehr engagiert, ideenreich und erfolgreich tätig. Gemeinsam mit Albert Zacher, Gunther Carl und anderen habe ich dann im Vorstand des Landesverbands Bayern des BVDN gearbeitet. Ich fand die Tätigkeit nicht nur wichtig, sondern auch interessant und als weiteres Feld bereichernd. Es bestätigte sich für mich sehr schnell, dass das Engagement in der Berufspolitik bedeutsam ist und eine aktive und schlagkräftige Vertretung der Interessen der niedergelassenen, in dem Falle der Psychiater und Neurologen, von hohem Wert und durchaus effektiv ist. Bis heute habe ich diese Tätigkeit nicht nur für sehr notwendig gehalten, sondern auch gerne ausgeübt.

Mit der Gründung des BVDP im Jahr 2000 kam eine neue Organisation hinzu, in deren Vorstand ich seit Gründung bis November 2021 tätig war, viele Jahre als stellvertretender Vorsitzender. Du, liebe Christa, und ich sind seit Gründung im Vorstand dabei gewesen. Schwerpunktmäßig habe ich mich dabei, neben dem berufspolitischen Alltagsgeschäft, in der Leitlinienentwicklung engagiert, habe den BVDP zum Beispiel in den Konsensusgruppen der Leitlinienentwicklung unipolare Depression, psychosoziale Therapien, gutachterliche Untersuchungen bei psychischen und psychosomatischen Störungen, Geschlechtsdysphorie und Trans\*Versorgung sowie zeitweise auch bei der Entwicklung der S3-Leitlinie Schizophrenie vertreten.

Außerdem habe ich mich um die Themen Begutachtung und forensische Psychiatrie gekümmert. Ein anderer Aspekt, der viel Einblick in die Organisation der Selbstverwaltung sowie Kooperation, manchmal auch Konkurrenz mit anderen Fachgruppen gegeben hat, war die Mitarbeit im beratenden Fachausschuss Psychotherapie der KBV.

Es gibt viele Gremien, in denen die Psychiatrie mit ihrer breiten Verankerung, nicht nur in der Medizin, vertreten ist, beziehungsweise vertreten sein sollte. Dies erfordert einerseits viel Initiative und praktische Arbeit, ist andererseits aber auch als Erweiterung des eigenen Spektrums zu sehen.

Trotz manchem Ärger, mancher Kontroversen und Enttäuschungen habe ich es nie bereut, mich in der Berufspolitik engagiert zu haben. An dieser Stelle möchte ich auch meinen Dank an alle Kolleginnen und Kollegen aussprechen, mit denen ich zusammenarbeiten durfte, im Austausch war und mit denen ich auch die eine oder andere Stunde neben der offiziellen Berufspolitik entspannt und mitunter auch genussvoll verbringen durfte.

#### ? Was ist Dein Fazit und was möchtest Du jungen Kolleginnen und Kollegen mit auf den Weg geben?

Vogel: Mit der Wahl des Fachs Psychiatrie und Psychotherapie habt Ihr eine gute Wahl getroffen. Es ist ein breit angelegtes Fach nicht nur medizinisch-naturwissenschaftlich, sondern mit enger Berührung zu psychologischen Grundlagen, soziologischen Phänomenen und zum Beispiel im Bereich der forensischen Psychiatrie auch der Berührung mit der Rechtswissenschaft. So kommen ganz unterschiedliche Denkmodelle zusammen - aus meiner Sicht eine hochinteressante Mischung. Auf der therapeutischen Ebene haben wir es mit Pharmakologie sowie verschiedensten nicht medikamentösen Interventionen (psychotherapeutische Verfahren, Soziotherapie, Sozialpsychiatrie) zu tun. Nicht jeder muss alles machen, was in der Psychiatrie möglich ist, sondern kann sich bestimmte Schwerpunkte suchen und dies in der Praxis auch realisieren. Die Praxisstrukturen sind sehr unterschiedlich, in ihrer Unterschiedlichkeit aber auch real möglich.

Als wichtig erscheint mir, gerade wegen des breiten Spektrums des Faches, die Vernetzung mit anderen Kollegen, Institutionen und Fachgruppen. Hier leistet die Berufspolitik sehr viel und macht auch das selbst definierte Leben und Arbeiten in diesem weiten Umfeld möglich; schafft die Voraussetzung. Ich bin der Auffassung, dass dies den Verbänden, insbesondere auch dem BVDP, in den letzten Jahren gut gelungen ist. Der BVDP und auch die psychiatrischen Abteilungen im BVDN und den Landesverbänden des BVDN haben in den letzten Jahren große Erfolge erzielt. Dies wird nicht nur im aut entwickelten Honorar der Psychiater gegenüber anderen Fachgruppen deutlich, sondern auch daran, wie die Psychiatrie in der fachlichen und auch allgemeinen Öffentlichkeit inzwischen wahrgenommen wird. Es gibt da noch viel zu tun, zweifellos, aber wir können auch auf das Erreichte stolz sein.

Ich sage dies als Motivation für die jungen Kolleginnen und Kollegen, die manchmal vielleicht noch zweifeln, wie wichtig ein solcher Verband und die Berufspolitik sind. Es ist für unser Fach, unsere Arbeitsbedingungen und letztendlich auch für uns selbst sehr wichtig, dass wir eine aktive, breit aufgestellte Vertretung unseres Berufs haben und - das kann ich zumindest aus meiner eigenen Erfahrung versichern - es macht auch Spaß, dabei mitzuwirken.

In diesem Sinne nochmals mein herzlicher Dank an die Kolleginnen und Kollegen, die ich begleiten durfte und die mir für meine Arbeit im Verband Vertrauen geschenkt haben. Für die weitere Arbeit wünsche ich allen ein gutes Gelingen, Erfolg und auch Spaß dabei.

? Lieber Christian, vielen Dank für das Interview!

#### Berufspolitik am Beispiel der KV Bayern

## Gemeinsam für eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Honorare

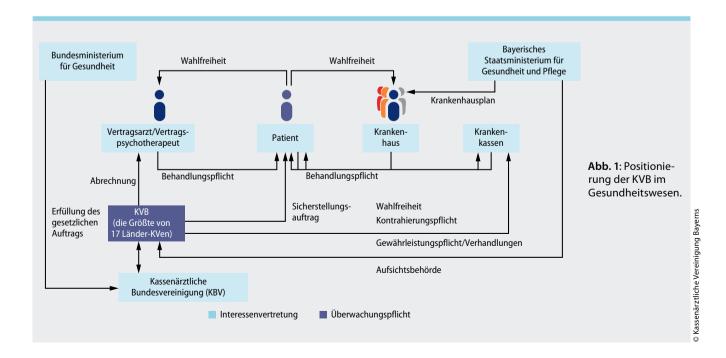
Jeder von Ihnen kennt seine KV, eine von 17 KVen der Länder, von der Sie alle drei Monate Ihren Honorarbescheid erhalten. Doch welche weiteren Aufgabenbereiche fallen in die Zuständigkeit der KV? Was ist der Unterschied zum Dachverband, der KBV? Wir geben Ihnen einen Überblick über die unterschiedlichen Aktivitäten unserer Interessenvertreter und über die wesentlichen Verbesserungen, die in den letzten Jahren erreicht wurden sowie über zukünftige Veränderungen, die es gemeinsam zu gestalten gilt.

ie KV Bayern (KVB) ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts, die die Interessen ihrer Mitglieder, der rund 28.000 in Bayern niedergelassenen Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten, vertritt. Sie untersteht dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, entscheidet aber in eigener Zuständigkeit im Rahmen der Vorgaben durch das fünfte Sozialgesetzbuch. Die gemeinsame Selbstverwaltung besteht aus der KBV, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Zusammen

bilden sie den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit Sitz in Berlin, das wichtigste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung, und stellen die flächendeckende Versorgung in ganz Bayern mit Hausärzten, Fachärzten und Psychotherapeuten sicher.

Wichtige Aufgabenbereiche sind die Interessenvertretung ihrer Mitglieder gegenüber Politik, Krankenkassen und Öffentlichkeit, die Förderung von Ausund Weiterbildung sowie die Organisation des ärztlichen Bereitschafts- und Notarztdienstes. Außerdem vereinbart die KVB auf Grundlage der Vorgaben

aus den Verhandlungen der KBV und dem Spitzenverband der Krankenkassen mit den Krankenkassen in Bayern die Gesamtvergütung ambulant erbrachter ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen und schließt extrabudgetäre Honorarverträge der ambulanten Versorgung. Dabei handelt es sich um ein jährliches Finanzvolumen von rund 5,8 Milliarden €. Seit 2012 regelt der Honorarverteilungsmaßstab die Verteilung der von den Krankenkassen bereitgestellten Gesamtvergütung durch die jeweiligen KV und wird anschließend an die einzelnen Fachgruppen geleitet.



#### KVB berät zeitnah und kompetent

Die KVB hat neben den hauptamtlichen Vorständen (derzeit Dr. Wolfgang Krombholz für die Hausärzte, Dr. Pedro Schmelz für die Fachärzte und Dr. Claudia Ritter-Rupp für die Psychotherapeuten) 50 gewählte Mitglieder in der Vertreterversammlung (VV), in Fachausschüssen und Kommissionen berufene und gewählte Ärzte und 1.800 hauptberufliche Mitarbeiter in der Verwaltung. Diese sind über ganz Bayern auf sieben Standorte verteilt. Der Vorstand vertritt die Belange der Mitglieder nach außen und beruft Regionale Vorstandsbeauftragte, die sich um Wünsche und Bedürfnisse der Mitglieder kümmern und bei Themen, die die Regionen betreffen, eingehend beraten.

Die KVB finanziert sich ausschließlich aus den Beiträgen und Gebühren ihrer Mitglieder - was derzeit 3,4% unseres Honorars entspricht -, staatliche Zuschüsse erhält sie nicht [1]. Insgesamt haben wir somit in Bayern eine gut funktionierende und ausgesprochen strukturierte Verwaltung, die pünktlich Honorare auszahlt, auch wenn die Berechnung dafür drei Monate in Anspruch nimmt, und uns bei Fragen zu Praxisgründung und -organisation sowie Weiterbildung und Rechtsfragen und vielem mehr be-

Die VV ist das höchste Entscheidungsgremium der KVB, denn sie wählt die Vorsitzenden der VV, die Vorstände der KVB, die Vertreter der VV in der KBV, die Mitglieder der Ausschüsse und ist zusätzlich für den Haushalt sowie grundsätzliche Ausrichtungen der KVB zuständig. Derzeit besteht die 17. VV aus 17 Allgemeinmedizinern, drei Internisten, acht Psychotherapeuten beziehungsweise Ärzten für Psychosomatische Medizin, sieben Gynäkologen, drei Orthopäden, zwei Pädiatern, zwei Dermatologen und jeweils einem Vertreter der neuropsychiatrischen Fächer, der Augenheilkunde, der HNO-Ärzte, der Urologen und der Anästhesisten [2].

Die VV besteht aus insgesamt 50 Vertretern der Vertragsärzte und Psychotherapeuten, die alle sechs Jahre durch Sozialwahlen neu legitimiert werden. Die Wahlen für die Wahlperiode 2023 bis 2028 stehen bundesweit im Herbst 2022 an.

#### Mehr Neurologen und Psychiater in die VV

Die Vertreter der VV werden über einzelne Listen und Bündnisse gewählt. Der BVDN ist Mitglied der Allianz fachärztlicher Berufsverbände (AFB), in der sich über 30 bayerische Berufsverbände organisiert haben. 2015 ist die AFB aus dem Zusammenschluss der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände Bayern und der Facharzt Allianz Bayern entstanden [3]. Allerdings bildet der Bayerische Hausärzteverband in der derzeitigen VV mit 18 von 50 Sitzen die stärkste Fraktion [4], die AFB hat 13 Fachärzte stellen können und der 2009 abgespaltene Bayerische Facharztverband sieben Fachärzte. Die restlichen Plätze verteilen sich auf Gruppen wie die Liste sprechender Medizin, Junge Liste oder MEDI [5]. Demzufolge ist es von großer Bedeutung, dass die Fachärzte - insbesondere die neuropsychiatrischen Fächer - in der VV einen Sitz haben, um die Interessen von uns Neurologen, Psychiatern und Nervenärzten zu vertreten.

Zudem besetzt die VV Fachausschüsse, beispielsweise die beratenden Fachausschüsse für die hausärztliche Versorgung, die fachärztliche Versorgung, die angestellten Ärzte sowie für die Psychotherapie. Die Wahl der jeweils vier bis zwölf ärztlichen oder psychotherapeutischen Mitglieder der Ausschüsse, die direkt durch die VV ernannt werden, erfolgt durch Kandidatenvorschläge. Die Mitglieder der Fachausschüsse sind also unsere direkten Interessenvertreter, mit dem Ziel, in möglichst vielen Ausschüssen durch Mitglieder des BVDN, des BDN und des BVDP vertreten zu sein. Die eigentliche Sacharbeit wird in den Fachausschüssen, so auch im RLV-Ausschuss, im Landesausschuss und im Ausschuss nach § 8q (kleine Vertreterversammlung) erledigt. Bisher haben uns dort Dr. Gunther Carl, Dr. Heino Sartor, Dr. Peter-Christian Vogel, Dr. Oliver Biniasch und Dr. Hans Martens erfolgreich vertreten. Weitere BVDN-Vorstands- und Berufsverbandsmitglieder arbeiten für unsere Fachgebiete stellvertretend im Widerspruchsausschuss, im Finanzausschuss, im Satzungsausschuss, in Zulassungsausschüssen und in den meisten Prüfungskommissionen mit. Ihre Arbeit in den verschiedensten Gremien hat in den letzten Jahren entscheidend zur Verbesserung unserer Arbeitsbedingungen und Honorarsituation beigetragen.

#### Bessere Vergütung der EBM-Leistungen

In den letzten Jahren bewirkten unsere Interessenvertreter wesentliche Fortschritte. Zum einen konnten Verbesserungen des EBM mit einem bundesweiten Punktwert von 11,1244 Cent erreicht werden, zum anderen konnten in Bayern extrabudgetäre Leistungen neu geschaffen beziehungsweise besser vergütet werden, wie zum Beispiel die Betreuungsziffern (GOP 21230/16230), Nervensonografie (GOP 33100), psychotherapeutische Sprechstunde (GOP 35151), MS-Compliance- und Infusionsziffern (GOP 97039) und der Zuschlag zu den Gesprächsziffern, wenn die entsprechenden Qualifikationen dafür vorliegen. Auch Themen wie die komplex-psychiatrische Versorgung oder Projekte zur Verbesserung der Versorgung von MS-Patienten werden dort derzeit diskutiert [6].

#### **Bayern in Zahlen**

Deutschlandweit waren nach einer Bremer Studie aus dem Jahr 2016 im niedergelassenen Bereich 78% der Ärzte in Vollzeit (> 35 Stunden/Woche) und 22 % der Ärzte in Teilzeit tätig. Ärztinnen liegen mit einer Teilzeitquote von 40 % deutlich vor den in Teilzeit arbeitenden Ärzten mit 6,5 % [7]. Spezifische Zahlen existieren auch für Bayern: Die Zahl aller gemeldeten Ärzte in Bayern steigt laut Landesärztekammer weiter. 2019 waren rund 86.000 Ärzte in Bayern ansässig, während 2021 ein Anstieg auf 90.482 zu verzeichnen war. Davon waren 47.565 Männer und 42.917 Frauen. Im ambulanten Bereich waren 28.458, also 31,5 % der BLÄK gemeldeten Ärzte, tätig, während 33.166 oder 36,7 % in Kliniken arbeiteten. 16% der Ärzte waren im Ruhestand und 15% in anderen Bereichen beschäftigt. Von den 28.458 in einer Praxis tätigen Ärzten waren 4.565 in Bayern als Allgemein- oder praktische Ärzte niedergelassen, 13.562 als Fachärzte und 8.637 als angestellte Ärzte. Der Altersdurchschnitt im ambulanten Bereich lag bei 54,06 Jahren (Frauen 51,47

#### Aus den Verbänden

und Männer 56,24 Jahre). Im stationären Bereich waren die Ärzte rund elf Jahre jünger, mit einem Durchschnittsalter von 43,08 Jahren (Frauen 41,05 und Männer 44,85 Jahre) [8, 9]. Bei den knapp über 1.000 Nervenärzten, Neurologen und Psychiatern in Bayern liegt das Durchschnittsalter bei 54,5 Jahren, wobei 30% der Fachärzte 60 Jahre oder älter sind. Bei der Geschlechterverteilung holen die Frauen im Vergleich zu den Vorjahren weiter auf: 44% der in Bayern praktizierenden Ärzte der neuropsychiatrischen Fächer sind weiblich [10].

### Mehr angestellte Ärzte und in Teilzeit Tätige

Das Verhältnis zwischen unseren drei Fachgruppen ist derzeit fast noch gedrittelt (30 % Nervenärzte, 38 % Neurologen, 32% Psychiater), was sich aber in den nächsten Jahren sicherlich verschieben wird, da ein Großteil der Nervenärzte in den Ruhestand geht. Viele unserer jungen Kolleginnen und Kollegen, insbesondere "reine" Psychiater und Neurologen, sind angestellt und in Teilzeit tätig. Allerdings erwerben auch etliche Jüngere wieder beide Facharztqualifikationen. Außerdem zeichnet sich deutlich ab, dass eine Nachwuchsrekrutierung und -förderung notwendig ist. Allein in München sind 195 der 1.000 Nervenärzte, Neurologen und Psychiater niedergelassen, was fast 20 % der bayernweiten Fachgruppe entspricht. Der Versorgungsgrad in München Stadt liegt derzeit ein Drittel über dem von der KV kalkulierten Bedarfswert bei 134 %. Jedoch müssen Patienten auch hier oft mehrere Monate auf einen Termin beim Neurologen oder Psychiater warten, was eine erhebliche Unterversorgung in ländlichen Regionen vermuten lässt.

Zahlenmäßig sind die in Bayern arbeitende Psychotherapeuten den Nervenärzten, Neurologen und Psychiatern deutlich überlegen. 2021 waren bei der KVB in der Fachgruppe der Psychotherapeuten 1.205 ärztliche Psychotherapeuten (20% der Fachgruppe), 3.631 psychologische Psychotherapeuten (60%) und 1.265 Kinder- und Jugendpsychotherapeuten (21%) registriert. Somit sind im Erwachsenenbereich ein Fünftel mehr Psychotherapeuten tätig als Ärzte

mit neuropsychiatrischen Schwerpunkt [11]. Sie versorgen aber im Schnitt nur 62 Fälle pro Quartal, bei unserer Fachgruppe sind es circa 1.000 [12].

#### Die Zukunft mitgestalten

Um unsere gemeinsamen Interessen als Nervenärzte, Neurologen und Psychiater bestmöglich zu vertreten, müssen wir aktiv die Zukunft mitgestalten. Wie Sie sehen, gibt es noch viele Ziele, insbesondere eine leistungsgeschätzte Honorierung unserer freiberuflichen fachärztlichen Arbeit und eine bessere Ausgestaltung des Morbi-RSA. Auch die Versorgung sollte künftig verbessert werden, wie beispielsweise eine optimierte und strukturierte Datenerfassung für mehr Planbarkeit und eine bessere Zuweisung der Patienten, damit die Patienten mit relevanten neurologischen und/oder psychiatrischen Erkrankungen zeitnah in unsere Praxen kommen können.

Wir sollten es als Berufsverband gemeinsam angehen und unsere Ideen, Wünsche und Bedürfnisse in die VV der KVB einbringen. Deshalb ist es wichtig, dass wir alle an den Wahlen zur 18. VV der KV im Herbst 2022 teilnehmen und Listen oder Kolleginnen und Kollegen der neuropsychiatrischen Fächer wählen. Natürlich können Sie sich auch gerne im BVDN, BDN oder BDP engagieren und zur Wahl stellen.

Ich werde es in Zukunft tun!

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

#### **AUTORIN**

#### Dr. Carolin Zimmermann

Fachärztin für Neurologie und Nervenheilkunde Landwehrstr. 7 80336 München

E-Mail: info@neuropraxis-zimmermann.de



### Hier steht eine Anzeige.

Netzwerk zur Stärkung der Teilhabe von MS-Patienten

## MSnetWork – Versorgungsforschung in Praxen und Ambulanzen

Das Innovationsfondsprojekt MSnetWork ist ein Netzwerk zur Stärkung der beruflichen Teilhabe von Patienten mit Multipler Sklerose im erwerbsfähigen Alter. Durch den G-BA wird das Projekt mit rund 4,2 Millionen € gefördert. Anfang des Jahres ist MSnetWork in die Interventionsphase gestartet. Neurologische Praxen und Ambulanzen können sich weiterhin für das Projekt einschreiben.

as Projekt MSnetWork richtet sich an berufstätige Patienten mit Multipler Sklerose (MS). Das Ziel ist, Teilhabeverluste und eine drohende Arbeitsunfähigkeit durch koordinierende Leistungen in der fachärztlichen Versorgung frühzeitig zu erkennen und durch den Aufbau sektorübergreifender Netzwerkstrukturen abzuwenden (siehe Neuro-Transmitter 2021;32(7-8):11). Die Neurologen erheben durch regelmäßige Untersuchungen und Gespräche den aktuellen Teilhabe- und Gesundheitsstatus ihrer Patienten. Darauf aufbauend werden im transsektoralen Netzwerk, das aus Arbeitsmedizinern, Rehabilitationsärzten, Psychologen und Sozialversicherungen besteht, festgelegte Gesundheitsleistungen abgestimmt und koordiniert.

#### Projektpartner des MSnetWork

MSnetWork wird vom Berufsverband Deutscher Neurologen e. V. (BDN) geführt. Dabei hat der BDN gemeinsam mit dem Verband Deutscher Betriebsund Werksärzte e. V. und der Gesellschaft für Wirtschaftlichkeit und Qualität bei Krankenkassen (GWQ Service-Plus AG) einen Vertrag gemäß § 140 a SGB V zur besonderen Versorgung von Patienten geschlossen.

Die wissenschaftliche Evaluation erfolgt durch die Universität Greifswald und das Universitätsklinikum Greifswald. Zu den Versorgungsregionen zählen Bayern, Berlin, Brandenburg sowie Mecklenburg-Vorpommern. Die Landessprecher des BDN unterstützen das Projekt lokal in ihrem jeweiligen Bundesland.

### Teilnahmevoraussetzungen und Vergütung

Interessierte neurologische Praxen und Ambulanzen können ihre Patienten bis zum 31. Dezember 2022 einschreiben. Der Interventionszeitraum beträgt 24 Monate.

Die Patienten mit MS müssen folgende Einschlusskriterien erfüllen:

- \_Alter zwischen 18 und 65 Jahren,
- —erwerbstätig (in Teil- oder Vollzeit), in Ausbildung oder Studium,
- \_versichert bei einer der teilnehmenden Krankenkassen.
- \_keine Diagnosen schwerer psychischer oder kognitiver Einschränkungen.

Die Versorgungsleistungen werden zusätzlich honoriert: Aufsummiert werden die Basisversorgungsleistungen für die Interventionsgruppe mit bis zu 780 € und für die Kontrollgruppe mit bis zu 540 € vergütet. Werden Telekonsile oder Fallkonferenzen durchgeführt, so werden diese hinzukommend vergütet, ebenso die Durchführung der gruppentherapeutischen Neuroedukation durch geschulte Neurologen sowie die psychosoziale und sozialrechtliche Beratung durch die MFA.

#### Weitere Informationen zur Teilnahme

Wenn Sie mit Ihrer neurologischen Praxis oder Ambulanz aktiv unterstützen möchten, finden Sie die Teilnahmeunterlagen direkt auf der Website https://www.msnetwork.info/.

Bestehen weitere Rückfragen zum Projekt oder zur Teilnahme? Dann treten Sie mit uns in Kontakt und wir sen-



den Ihnen gerne die Informations- und Teilnahmeunterlagen zu.

#### **Ihre Ansprechpartner:**

**Berufsverband Deutscher Neurologen** Charlotte Müller; kontakt@msnetwork. info

#### Landessprecher BDN

Prof. Dr. med. Markus Weih, Bayern; E-Mail: markus.weih@gmx.de Dr. med. Bernd Brockmeier, Berlin; E-Mail: praxis@neurologie-mexikoplatz.de

Dr. med. Martin Delf, Brandenburg; E-Mail: dr.delf@neuroprax.de Dr. med. Katrin Hinkfoth, Mecklenburg-Vorpommern; E-Mail: katrin. hinkfoth@gmx.de

#### **AUTORIN**

#### Charlotte Müller

Projektmanagerin MSnetWork beim BDN Wulfstraße 8 12165 Berlin

E-Mail: kontakt@msnetwork info



#### **BVDN-Landesverband Brandenburg**

## Ambulante Weiterbildung, Bedarfsplanung und Honorare im Fokus

Die Pandemie überschattet momentan den Arbeitsalltag und lähmt. Zudem machen uns viele Gesetze und Neuerungen das Leben nicht leichter. Dennoch gibt es auf Landesebene vielversprechende Ansätze zur Nachwuchsgewinnung und zu Weiterbildungsmöglichkeiten, die es auszubauen gilt.

as Bundesland Brandenburg ist zwar der Fläche nach das fünftgrößte, zählt aber lediglich circa 2,5 Millionen Einwohner (Stand: 31. Dezember 2020). Damit liegt es im Vergleich aller Bundesländer auf Platz zehn. Mit einer Bevölkerungsdichte von 83,8 Einwohnern je Quadratkilometer ist es nach Mecklenburg-Vorpommern das am wenigsten dicht besiedelte deutsche Bundesland. Etwa eine Million Einwohner lebt in der Metropolenregion Berlin, im sogenannten Speckgürtel. Die weiter außerhalb liegenden Gebiete weisen eine deutlich geringere Bevölkerungsdichte von teilweise unter 25 Einwohnern pro Quadratkilometer auf. Das zeigt die Herausforderung, die es gesundheitspolitisch zu bewältigen gilt: Bevölkerungs- und Arztdichte nehmen immer mehr ab und

die Menschen werden älter und damit morbider, je weiter man in die Peripherie des Landes kommt – ein Trend, der aktuell sowie mittelfristig kaum umkehrbar ist, trotz offiziell angepasster Bedarfsplanung.

Der Landesverband Brandenburg mit seinen circa 80 Mitgliedern ist im Bundesdurchschnitt als eher klein zu bezeichnen. Dabei macht die aktuelle demografische Entwicklung auch vor unserem Verband nicht Halt.

### Neumitgliederwerbung momentan vordringlich

Deshalb hat die Gewinnung von Neumitgliedern für uns aktuell oberste Priorität. Dabei sollten Schlagworte wie "Ambulante Weiterbildung – Bedarfsplanung – Honorierung" im Vorder-

grund stehen. Hierfür haben wir unter anderem folgende Argumente erarbeitet:

- —Wir sind Ihr Gesicht in der Berufspolitik.
- —Wir gestalten (ambulante) Weiterbildung.
- —Wir forcieren die Bedarfsplanung und deren Finanzierung.
- \_Wir beraten individuell.
- —Wir k\u00e4mpfen f\u00fcr Honorargerechtigkeit.

## "Get together" konsequent weiterentwickeln

Um dieses Vorhaben umzusetzen und den Kontakt zu potenziellen Neumitgliedern auch aus dem stationären Bereich herzustellen, führten wir in Brandenburg mit "Get together" bereits 2016 eine Veranstaltungsreihe des Berufsverban-

Für Sanssouci reicht es vielleicht nicht, aber die Honorare in Brandenburg sind stabil.



#### Verteilung der Vorstandsämter in der Legislaturperiode 2021 bis 2025

Dr. Holger Marschner, Facharzt für Nervenheilkunde, Blankenfelde - Vor-

Dr. Andreas Funke, Facharzt für Neurologie, Königs Wusterhausen – 1. Stellvertre-

PD Dr. Konstantin Prass, Facharzt für Neurologie, Bad Saarow - 2. Stellvertreter

Dr. Eva Ambrosius, Fachärztin für Neurologie, Cottbus – Schatzmeisterin

Dipl.-Med. Delia Peschel, Fachärztin für Psychiatrie, Spremberg – Schriftführerin

des zur Nachwuchsgewinnung und des sektorenübergreifenden Kennenlernens ein. Die Veranstaltung findet dabei jeweils in einer neurologischen oder psychiatrischen Klinik als interne Weiterbildung statt, um einen geschlossenen Personenkreis zu erreichen. Begleitet wird das "Get together" von ein bis zwei Mitgliedern des Berufsverbandsvorstandes und ein bis zwei regionalen Kollegen. Vorgestellt werden die ambulante Arbeit, Weiterbildungsmöglichkeiten für Assistenten sowie Positives und Negatives in der Zusammenarbeit zwischen Klinik und ambulanter Medizin. Die Reihe erzielte bislang großen Anklang bei allen Beteiligten, konnte aber in den letzten zwei Jahren aufgrund der pandemiebedingten Einschränkungen und auch des zunehmenden Ärztemangels in den Kliniken kaum mehr umgesetzt werden. Eine Wiederaufnahme nach Besserung der Voraussetzungen ist geplant.

#### Neuwahlen im Verband

Im Oktober 2021 fanden im Rahmen unserer Herbsttagung in einer Präsenzveranstaltung Vorstandswahlen statt. Es gab eine personelle Veränderung, ansonsten wurde der Vorstand inklusive des Vorsitzenden in seiner vorherigen Konstitution bestätigt.

#### Enger Kontakt zu KV und Ärztekammer

Wir initiierten ab 2015 ein jährliches Treffen aller drei Fachgruppen mit der KV Brandenburg, bei dem aktuelle berufspolitische und honorarrelevante Themen diskutiert wurden. Dabei waren wir auch an der Entwicklung förderungswürdiger Leistungen in unseren Fachgebieten beteiligt und in die Vorgespräche zur Entwicklung neuer Kriterien zur Wirtschaftlichkeitsprüfung in Neurologie und Psychiatrie mit einbezogen. Von Vorteil erwies sich, dass wir ein Berufsverbandsmitglied in die KV-Vertreterversammlung entsenden konnten, womit Einfluss auf weitere relevante Entscheidungen besteht.

Bei der Wahl zur Kammerversammlung 2021 der Landesärztekammer (LÄK) Brandenburg konnten Mitglieder unseres Berufsverbandes in dieses Gremium gewählt werden.

#### Weiterbildung aktiv gestalten

Dadurch gelang es uns, auf die Neu- und Umgestaltung der Weiterbildungsordnung einzuwirken und so können wir bei zunehmender "Ambulantisierung" von Neurologie und Psychiatrie auch in Zukunft die Weiterbildung aktiv mitgestalten.

#### Honorare stabil mit leichtem **Zuwachs**

Positiv zu bewerten ist, dass es bei der überwiegenden Zahl unserer Niedergelassenen im Gegensatz zu vielen anderen Fachgruppen trotz der Pandemie im Wesentlichen konstante Honorareinnahmen zu verzeichnen gab. Auch objektiv zeigte der Trend durch leichte Fallwertsteigerung eher nach oben.

#### **Neue Bedarfsplanung**

Unsere Kolleginnen und Kollegen erbringen weiterhin sehr hohe Fallzahlen und arbeiten schon jetzt am Limit. Das drückt auf die Stimmung. Einigermaßen Abhilfe könnte da natürlich die neue Bedarfsplanung bringen, für Brandenburg sind nach inoffiziellen Abgaben insgesamt 29,5 neue Niederlassungsstellen für die Bereiche Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie eingeplant, wenn denn alle Stellen besetzt werden können auch hier sehen wir wieder die deutliche personelle Unterversorgung in der Peripherie des Landes. Ungeklärt ist zudem weiterhin die Finanzierung der neuen Sitze. Nach Auskunft der KV Brandenburg sollen die neuen Stellen über den bestehenden Honorarverteilungsmaßstab finanziert werden, es werde vorerst keine neuen Mittel geben - vorerst. Bei der doch großen Anzahl der neuen Stellen wäre somit mit reellen Einkommensverlusten zu rechnen, was nicht hinnehmbar ist

#### Praxis-TI und Anwendungen mit Insuffizienzerscheinungen

Mit den neuen Praxis-TI-Anwendungen, deren Einrichtung/Infrastruktur (e-AU, e-Rezept, e-Arztbrief etc.) sowie der Umsetzung haben wir wohl derzeit alle am meisten zu kämpfen. Das System wird in Brandenburg und sicher bundesweit vielfach als unausgereift, fehlerbehaftet, mit Mehrarbeit einhergehend und deshalb nicht praktikabel beziehungsweise in der Realität nicht umsetzbar empfunden. Das haben wir schon des Öfteren an die entsprechenden Gremien herangetragen.

#### Medizinische Heimversorgung

Die haus- und fachärztliche Heimversorgung gestaltet sich zunehmend problematisch, einerseits ausgelöst durch die demografisch bedingte Zunahme der Inanspruchnahme, andererseits limitiert aus Kapazitätsgründen, hervorgerufen durch den zunehmenden Ärztemangel in allen Bereichen, insbesondere natürlich im ländlichen Raum. Heimbewohner sind in der Bedarfsplanung oft nicht berücksichtigt. Dazu kommt, dass aus medizinisch-organisatorischer und auch juristischer Sicht viele Tätigkeiten nicht oder nur unzureichend schriftlich abgebildet sind - das bedeutet im "Ernstfall" jede Menge Mehrarbeit und Stress, meistens für die Praxismitarbeiter. Diesen Umstand wollten wir verändern und haben auf Initiative unseres Vorstandes einen "Arbeitskreis medizinische Heimversorgung" gebildet, der sich aus Vertretern des BVDN, des Hausärzteverbandes, der Rechtsabteilung der LÄK, der KV Brandenburg, der AOK Nordost und des Landesgesundheitsministeriums zusammensetzt. Ein großer Katalog ungeklärter Fragen wurde aufgestellt, seit März 2019 wurden in bislang vier Sitzungen mehrere Themenkomplexe abgearbeitet. Ziel soll die Aufstellung eines Konsensuspapiers sein, an dem sich sowohl versorgende Ärzte als auch die Einrichtungen zu den Eckpunkten der Zusammen-

arbeit verlässlich orientieren können. Durch die COVID-19-Pandemie geriet das Projekt bis dato ins Stocken, soll aber perspektivisch weitergeführt und zum Abschluss gebracht werden.

#### agnes<sup>zwei</sup> stagniert

Die "agnes<sup>zwei"</sup>-Fachkraft ist die arztunterstützende Fallmanagerin in Brandenburg, die in der Regel in unseren Praxen angestellt ist. Bereits 2015 hat unser Berufsverband Bestrebungen für eine fachliche und finanzielle Aufwertung dieser Fachkraft gestartet, mithilfe von fachspezifischer Weiterbildung in Neurologie und Psychiatrie. Im Januar 2020 schien wieder Bewegung in diese Angelegenheit gekommen zu sein, ein erstes Sondierungsgespräch zwischen KV Brandenburg, BVDN und AOK Nordost hat stattgefunden, weitere sollen folgen, was durch die Pandemie jedoch erst einmal unbefristet aufgeschoben wurde. Fernziel bleibt, die Fallmanagerin in die Regelversorgung zu überführen.

#### Was es sonst noch gab

Durch regelmäßige Treffen mit den Chefärzten der psychiatrischen Kliniken

Brandenburgs kommt es zum gewinnbringenden Austausch bei sektorübergreifenden Problemen, wodurch häufig Lösungsansätze zum beiderseitigen Vorteil entstehen und dadurch die Zusammenarbeit verbessert werden kann.

Für die Therapie mit Botox wird weiter für die Anerkennung als besonders förderungswürdige Leistung gekämpft. Bislang aber leider ohne Erfolg. Auch der MS-Strukturvertrag mit der AOK kam trotz mehrfacher Anmahnungen seitens des BDN in Brandenburg keinen Schritt

Positiv zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang, dass es dem BDN Brandenburg gelungen ist, ab dem 1. Januar 2022 ein neues MS-Projekt auch in Brandenburg zu etablieren.

#### MSnetWork: Teilhabeverluste von MS-Patienten frühzeitig erkennen

MSnetWork ist ein Innovationsfondsprojekt und steht für "Netzwerk zur Stärkung der Teilhabe von chronisch Kranken am Beispiel von Multipler Sklerose". Das Projekt wird durch den BDN geführt, der dabei eng mit dem Verband der Deutschen Betriebs- und Werkärzte.

der Gesellschaft für Wirtschaftlichkeit und Qualität bei Krankenkassen (GWQ ServicePlus AG) sowie der Universität und Universitätsmedizin Greifswald zusammenarbeitet. Für weitere Details zu diesem Projekt wenden Sie sich bitte an Dr. Martin Delf (dr.delf@neuroprax.de).

Wie Sie sehen, ist und bleibt es auch in Brandenburg spannend. Wünschen wir uns alle viel Kraft für die Bewältigung der anstehenden Aufgaben.

#### Holger Marschner

Facharzt für Nervenheilkunde Vorsitzender des BVDN-Landesverbandes Brandenburg Zossener Damm 33 15827 Blankenfelde



E-Mail: bvdn@nervenarztpraxis-marschner.

#### MS-Modulvertrag nun transparenter und lukrativer

Für den enormen Aufwand, den wir bei der Versorgung unserer Patienten mit Multipler Sklerose (MS) leisten, ein angemessenes Honorar zu erhalten, ist schon lange des Bestreben der Verbände. Deshalb hatten wir es auch begrüßt, dass Mitte 2020 die Kaufmännische Krankenkasse (KKH) mit Beteiligung einzelner anderer Ersatzkassen einen sogenannten MS-Modulvertrag zur Verbesserung dieser Versorgung angeboten hatte. In dem Vertrag wurde durch extrabudgetäre Vergütungsanreize eine ambulante Schubtherapie mit Steroidpulsinfusionen gefördert und ein Wirtschaftlichkeitsbonus für das Befolgen einer "Therapieampel" bei der Auswahl der MS-Immuntherapie ausgelobt. Innerhalb dieser waren die einzelnen Präparate nur bedingt transparent Ampelfarben zugeordnet, wobei der Schwerpunkt auf der Verordnung der grün gefärbten Präparate liegen sollte. Insbesondere für MS-Schwerpunktpraxen war dieser Vertrag damit nicht attraktiv. Unter Beteiligung von BDN und BVDN ist es

jetzt gelungen, eine Teilnahme nahezu aller Ersatzkassen zu erwirken und diesen Vertrag transparenter, lukrativer und erreichbarer zu gestalten. Die Vertragsabwicklung erfolgt über die Cortex Management GmbH, die Vergütung papierlos über die PVS. Dabei werden jetzt fünf verschiedene Module getrennt voneinander berücksichtigt und honoriert:

- \_\_ eine Beratungs- und Dokumentationspauschale von 25 € pro Patient und Quartal,
- zusätzlich ein gesonderter Wirtschaftlichkeitsbonus von 20 € pro Patient und Quartal für das Erreichen einer "Wirtschaftlichkeitsquote". So wird ermutigt, besonders teure Präparate zu vermeiden ("Stopp-Ampel"), insbesondere solche, für die die Hersteller keine Rabattverträge gewähren.
- \_ Die Verordnung besonders wirtschaftlicher Präparate ("Fokus-Arzneimittel") schlägt mit weiteren 20 € pro Patient und Quartal zu Buche.
- \_\_ Gefördert wird der leitliniengerechte Einsatz von Substanzen, die nicht über eine

entsprechende indikationsbezogene Zulassung verfügen ("Rituximab-Modul"). Der erhöhte Aufwand wird mit jeweils 50 € pro Patient und Quartal vergütet, bei dem alle sechs Monate zu verabreichenden Rituximab also auch im infusionsfreien Quartal. Ein Antrag auf Kostenübernahme bei Off-label-Einsatz entfällt.

— Wie in der vorigen Fassung des Modulvertrags wird eine ambulante Steroidpulstherapie mit 40 € pro Patient und Tag über maximal fünf Tage, jeweils maximal zwei Mal jährlich gefördert.

Der neue Vertrag war am 14. März 2022 zur Unterschrift bereit und wurde zum 1. April 2022 eingeführt. Er bildet die Qualität, die wir in der Versorgung unserer Patienten mit MS leisten, deutlich besser ab, setzt in alle Richtungen sinnvolle Anreize und fördert damit eine wirtschaftliche Verordnung.

Dr. med. Klaus Gehring, Itzehoe

## Rund um den Beruf

Neues Format "KBV-PraxisCheck"

## Gesundheitsminister Lauterbach beantwortet Fragen aus den Praxen

Die ersten Monate seit Amtsantritt von Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach standen und stehen ganz im Zeichen der COVID-19-Pandemie. Im Koalitionsvertrag der Ampelregierung indes finden sich darüber hinaus Angaben zu zahlreichen gesundheitspolitischen Vorhaben für die kommenden Jahre. Was soll als erstes angegangen werden, was ist zur weiteren Bekämpfung der Pandemie geplant und was bewegt die niedergelassene Ärzteschaft sowie Psychotherapierende besonders? Zu all diesen Themen haben Praxen über 500 Fragen an den Minister eingereicht, die er am 3. März 2022 im "PraxisCheck", einem neuen Format der KBV, beantwortet hat.



Die Vorstände Dr. Thomas Kriedel, Dr. Andreas Gassen und Dr. Stephan Hofmeister bringen "Im PraxisCheck" die Anliegen der Praxen dem Gesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach näher.

KBV

m über 90-minütigen Parforceritt der KBV-Vorstände Dr. Thomas Kriedel, Dr. Andreas Gassen und Dr. Stephan Hofmeister mit Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach für den "PraxisCheck" Anfang März in Berlin in der KBV ging es zuerst um die Versorgung aus der Ukraine Geflüchteter. "Wir müssen mit Verwundeten rechnen, aber auch mit Geflüchteten, die chronisch erkrankt sind, zum Beispiel dialyse- oder insulinpflichtig", sagte Lauterbach (oder auch chronisch psychisch Kranken, Anm. d. Verf.). Es werde versucht Medikamente in die Ukraine zu verbringen. Die deutsche Ärzteschaft müsse gemeinsam reagieren, um die medizinische Versorgung Geflüchteter sicherzustellen.

Die pandemiebedingten Belastungen der Vertragsärzte und der medizinischen Fachangestellten sind dem Gesundheitsminister sehr wohl bekannt und er bedankte sich ausdrücklich, auch im Namen der Bundesregierung, für die herausragende Arbeit nicht zuletzt im Zusammenhang mit der Impfaktion.

Die Überwindung der COVID-19 Pandemie bleibt das wesentliche gesundheitspolitische Ziel der Bundesregierung. Lauterbach spricht sich für eine allgemeine Impfpflicht aus, um es zu erreichen. Auf dem Weg der Freiwilligkeit könne man die Impflücke nicht schließen. Die geplanten Lockerungsmaßnahmen seien mit jenen in Ländern wie Israel, Österreich, England oder Frankreich nicht vergleichbar, weil hierzulande etwa 2,3 Millionen über 60-Jährige noch keinen Impfschutz hätten. Das entspreche rund fünf Mal mehr Ungeimpften als in den genannten Ländern, weshalb in Deutschland Basisschutzmaßnahmen weiterhin notwendig seien. Die Omikron-Variante sei zwar mit einem leichteren Verlauf verbunden, verursache derzeit aufgrund der hohen Inzidenz aber noch circa 200 Todesfälle am Tag. Das seien zu viele. Damit im Herbst auf eine weitere Infektionswelle und weiteren Virusvarianten reagiert werden könne, müsse das Infektionsschutzgesetz bereits jetzt ein entsprechendes Konzept bereithalten.

Der neue Protein-Impfstoff
Nuvaxovid (NVX-CoV2373,
Hersteller: Novavax), der als
sogenannter Totimpfstoff
beworben wurde, werde von Impfgegnern
bereits jetzt in den sozialen Netzwerken zu
Unrecht verunglimpft, sodass die Akzeptanz dieses Impfstoffes verlangsamt
erscheine.

#### Ärger über fehlende Wertschätzung

Ein weiterer Fokus lag auf der bisher nicht gestatteten Pandemie-Prämie für medizinische Fachangestellte. Lauterbach sagte, dass ihm diese berechtigte Kritik bereits bei Amtsantritt aufgefallen sei. Insbesondere die Leistung der Booster-Impfung werde von ihm sehr geschätzt. Die steuerlichen Vorteile der Bonuszahlungen müsse er mit dem Bundesfinanzminister verhandeln. Das sei in der Diskussion, es gebe aber derzeit viele finanzielle Herausforderungen und Belastungen für die Bundesfinanzen.

Erleichterungen seien jedoch in Aussicht: Der Moderna-Impfstoff werde demnächst in kleineren Gebinden verfügbar sein, die das Impfmanagement in den Praxen vereinfachen könnten. Im Herbst werde eine Impfkampagne sowohl Influenza als auch COVID-19 umfassen.

### Medizinischer Nachwuchs dringend benötigt

Lauterbach kündigte zur Sicherung der ärztlichen Versorgung umfängliche Reformen an. Er habe schon in der letzten Legislaturperiode angesprochen, dass 5.000 zusätzliche Medizinstudierende pro Jahr zugelassen werden sollten. Er habe das in den Koalitionsvertrag bringen wollen, sei damit aber knapp am Widerstand der Länder gescheitert. Ohne die Zahl der Medizinstudienplätze massiv zu erhöhen, würden wir in eine mas-

sive Unterversorgung geraten, so Lauterbach. Schon jetzt sei klar, dass die medizinische Versorgungsstruktur den bestehenden Bedarf nicht decken könne, schon gar nicht den noch zu erwartenden steigenden Bedarf, wenn die Babyboomer-Generation älter und kränker werde. Die Versorgungsdichte und die Versorgungsstrukturen, die wir jetzt haben, seien sonst nicht aufrechtzuerhalten. Der Bundesgesundheitsminister nannte drei Lösungsmöglichkeiten:

PRAXIS

HECK

- Die Zulassung von Eigenbetriebspraxen der KVen in unterversorgten Gebieten,
- \_das Einwerben von ausländischen Ärzten und
- \_\_mehr Mitsprache der Politik bei der Sitzverteilung.

Angesprochen auf Niederlassungshemmnisse wie Bürokratie und Regressangst betonte Lauterbach, dass er in allen Bereichen Entbürokratisierung betreiben wolle. Es solle so viel Nettoarbeitszeit für die medizinische Versorgung zur Verfügung stehen wie möglich.

#### **Ambulante Weiterbildung**

Die nachhaltige Finanzierung der ambulanten Weiterbildung in den Praxen werde von den Vertragsärzten gefordert, da viele Krankheitsbilder in den Kliniken gar nicht mehr vermittelt werden. Dies habe er auf dem Schirm, meinte Lauterbach.

#### **Delegation und Substitution**

Das Personal in Medizin und Pflege werde auch künftig knapp bemessen bleiben. Um Delegation und Substitution zu nutzen, wo es möglich und sinnvoll sei, strebe er kluge Lösungen an. So solle eine gemeinsame Kommission zur Auslotung der Möglichkeiten gebildet und

eine gute Kooperation gesucht werden. Die Haltung der Ärzteschaft zum "Physician Assistant" habe sich inzwischen zum Positiven gewandelt. Angesprochen auf die dramatisch steigenden Personalkosten in den Praxen sicherte LauterPraxen würden insgesamt deutlich zusätzlich belastet.

Nach geplanten Kurskorrekturen im Bereich der Digitalisierung gefragt, antwortete Lauterbach, er habe die eAU und das eRezept aktuell gestoppt, da er nicht

» Zunächst steht eine Strategiebewertung der Digitalisierung an. Digitale Anwendungen müssen einen spürbaren Nutzen für Arzt und Patient haben.«

bach zu, eine Anpassung der eingeplanten Praxiskosten wohlwollend zu prüfen.

#### **Bedarfsplanung im Bereich Psychotherapie**

Im internationalen Vergleich seien in Deutschland lange Therapiedauern bei leichten und mittelschweren Erkrankungen zu verzeichnen, sagte Lauterbach. Es gebe daher Schwierigkeiten bei der Versorgung von Patienten mit schweren und chronischen Erkrankungen oder mit Komorbiditäten (hier bezieht sich Lauterbach offensichtlich auf veraltete Daten, Anm. d. Verf.).

Im Bundesgesundheitsministerium werde er Personal für gute Lösungen zu dieser Frage einstellen. Wir hätten in Deutschland eine gute Ausstattung mit Psychotherapeuten, diese Ressource werde aber nicht optimal genutzt. Es werde erwogen, auch eine Bedarfsplanungsanpassung in Richtung mehr Psychotherapeutensitzen zu erwirken, das sei aber nur ein Baustein.

#### **Digitalisierung muss** nachweislichen Nutzen haben

Wie kaum anders zu erwarten, hatten die Praxen zahlreiche Fragen rund um die Digitalisierung im Gesundheitswesen eingereicht. Naturgemäß kam zur Sprache, dass die Anwendungen zur Telematikinfrastruktur (TI) im Vorfeld nicht ausreichend getestet worden waren, trotzdem aber Sanktionen angedroht und angewendet worden seien. Die TI erleichtere nicht, sondern mache mehr Arbeit. Die Fundamentalkritik der Ärzteschaft lautete: Die Fehler in der Einführung der TI landeten immer in den Praxen, das frustriere enorm. Die Systemhäuser seien überfordert. Die

den Eindruck habe, dass diese beiden Instrumente funktionierten. Ansonsten habe er schon 2002 die elektronische Patientenakte (ePA) sehr geschätzt und den politischen Akteuren vorgeschlagen, da er in seiner Arbeit in den Vereinigten Staaten hiermit sehr gute Erfahrungen gemacht habe. Die ePA, wie er sie kennengelernt habe, habe die medizinische Arbeit sehr erleichtert, da ein Dokumentenverwaltungssystem mit einer guten Suchfunktion enthalten war. Das müsse eine gute Digitalisierungslösung leisten.

Der Bereich Digitalisierung solle grundsätzlich sowohl für Patienten als auch für Ärzte Vorteile bringen. In seinem Hause werde derzeit eine Strategiebewertung vorgenommen. Dr. Susanne Ozegowski, die bisher bei der Techniker Krankenkasse in diesem Bereich gearbeitet habe, werde das BMG hier wesentlich personell verstärken. Wenn Ärzte keinen Nutzen spürten, seien Lösungen schwer zu vermitteln. Es sei auch notwendig, dass der ambulante und stationäre Sektor hier miteinander vernetzt würden. Die Interoperabilität sei eine große Herausforderung für die Entwickler. Er sei auf Lösungen aus, bei denen der Nutzen von Patienten und Ärzten wahrgenommen werde. Die für den Aufbau der TI zuständige Gematik wollen die Koalitionspartner zur Digitalen Gesundheitsagentur ausbauen. Künftig möchte die Regierung mehr Verantwortung in der Digitalisierung im Gesundheitswesen übernehmen.

#### Hybrid-DRG sollen sektorengleiche Vergütung schaffen

Eine "Schnellfragerunde" mit kurzen Fragen aus der Vertreterversammlung und kurzen Antworten des Bundesgesundheitsministers rundete den KBV-PraxisCheck ab. Wann die GOÄ-Reform komme, könne er nicht sagen, am Verhältnis von GKV und PKV werde sich nichts ändern. Die Notfallreform werde noch in diesem Jahr angegangen, insbesondere im Rahmen der Krankenhausreform. Zum § 115b (ambulantes Operieren), dem Thema Ambulantisierung und der Gleichberechtigung der Sektoren erwiderte Lauterbach, dass im Koalitionsvertrag die Schaffung von Hybrid-DRG festgehalten worden sei. Die Zahl der Regresse sei deutlich zurückgedrängt worden, Einzelfallprüfungen blieben unbeantwortet. Zum Stichwort Private Equity und MVZ-Strukturen sagte Lauterbach, er halte es für hochproblematisch, das ganze Facharztschienen aufgekauft würden.

#### Fazit für die Praxis

- \_\_ Die Stimmung war sachlich, die Arbeitsatmosphäre verbindlich und gegenseitig wertschätzend. Minister Lauterbach betonte häufig seine ärztliche Sicht auf die Dinge.
- Vertrauen und Glaubwürdigkeit sind ein hohes Gut. Lauterbach hat mit dem Stopp der eAU und des eRezepts versucht, beides wieder zurückzugewinnen.
- Ein neues, sehr gut angenommenes Veranstaltungsformat, das laut KBV jährlich wiederholt werden soll.

Der PraxisCheck ist jederzeit aufrufbar unter: https://www.youtube.com/ watch?v=yYGqPOGFKmc&t=3521s

#### Dr. med. Christa Roth-Sackenheim

BVDP-Vorsitzende, stellvertretende Vorsitzende BVDN Bund Breite Straße 63 56626 Andernach

E-Mail: c@dr-rothsackenheim de



### Fallstricke beim Praxiskaufvertrag

## Patientenstamm ist keine Handelsware

Vorsicht bei der Ausgestaltung eines Kaufvertrages für eine Arztpraxis: Umfasst der Vertrag die Veräußerung des Patientenstamms, verstößt dieses gegen das standesrechtliche Verbot entgeltlicher Zuweisungen, der Vertrag ist dann nichtig. Dies hat der Bundesgerichtshof in einem aktuellen Urteil bestätigt.

in niedergelassener Zahnarzt wollte den Patientenstamm einer Kollegin erwerben, die ihre privat- und vertragszahnärztliche Praxistätigkeit einstellen wollte. Zudem vereinbarten die Vertragspartner die Übernahme des Telefonanschlusses und der Praxis-Domain. Mit Zahlung des Kaufpreises sollte die Patientenkartei nebst sämtlichen Krankenunterlagen in Besitz und Eigentum des Zahnarztes übergehen, soweit die Einwilligungen der Patienten vorliegen würden. Unabhängig davon sollten die manuell geführte Patientenkartei sowie die elektronische Patientenkartei unentgeltlich in Verwahrung genommen werden. Darüber hinaus verpflichtete sich die Zahnärztin, in einem informativen Rundschreiben die Fortsetzung der Behandlung durch den Zahnarzt zu empfehlen.

## Ärztliches Verbot der Zuweisung gegen Entgelt

Nachdem es nicht zur Übergabe der Patientenkartei kam, hat der Bundesgerichtshof (BGH) die Nichtigkeit des Kaufvertrages bestätigt (VIII ZR 362/19, Urteil vom 9. November 2021). Der Verkauf eines Patientenstamms sei – anders als der Verkauf einer Arztpraxis im Ganzen - rechtlich nicht möglich. Die Übernahme des ausschließlich immateriellen Vermögens schied demnach aus. Die Berufsordnung untersage es, für die Zuweisung von Patienten und für Untersuchungsmaterial ein Entgelt zu fordern, sich weder versprechen oder gewähren zu lassen, noch selbst zu versprechen oder zu gewähren. Hier gelte bei einer Praxisveräußerung insoweit auch keine Ausnahme.

Der Begriff der "Zuführung" in den§§ 299a, 299b StGB entspreche inhaltlich

dem in der (zahn)ärztlichen Berufsordnung gleichbedeutend verwendeten Begriff der "Zuweisung". Hierunter sei jede Einwirkung auf Patienten mit der Absicht zu verstehen, deren Wahl unter Ärzten oder anderen Leistungserbringern zu beeinflussen. Entscheidend sei dabei nicht die Handlungsmodalität, also wie auf die Patienten eingewirkt werde, sondern mit welcher Intension dies geschehe. Die von den Parteien des Kaufvertrages vereinbarten Um- und Weiterleitungen sowie das Empfehlungsschreiben würden eine solche unzulässige Zuweisung darstellen.

Ob allerdings mit dem vorhandenen Vertrag zugleich eine Relevanz der Strafnormen zur Korruption im Gesundheitswesen (§§ 299a, 299b StGB) vorlag, hielt der BGH hier nicht für entscheidungserheblich.

#### Zulassung ist nicht abtretbar

Diese Entscheidung gliedert sich ein in die ständige sozialgerichtliche Rechtsprechung; auch nach dieser ist die Veräußerung der Patientenkartei beziehungsweise des Versorgungsauftrags oder der Zulassung nicht möglich. Die Zulassung stellt eine öffentlich-rechtliche Berechtigung dar, die unmittelbar mit der Person des Berechtigten verbunden ist. Als solches höchstpersönliches Recht ist die Zulassung selbst weder veräußerbar, abtretbar noch pfändbar (Urteil BSG, 10. Mai 2000; B 6 KA 67/98 R). Ein selbstständiger Vermögenswert ist der Zulassung deshalb nicht zuzumessen (Urteil LSG NRW, 10. März 1997; L 11 SKa 85/96). Über den Vertragsarztsitz kann deshalb nicht gesondert verfügt werden. Ein Vertrag über die Veräußerung einer Zulassung oder eines Vertragsarztsitzes ist damit grundsätzlich

nichtig (Urteil OLG Hamm, 23. November 2004; 27 U 211/03).

#### Fazit für die Praxis

Wird eine (Zahn)Arztpraxis verkauft, so muss sich der Kaufvertrag stets auf das immaterielle und zugleich das materielle Vermögen beziehen. Ist das materielle Vermögen nicht mehr vorhanden, liegt auch keine fortführungsfähige Praxis vor (Urteil LSG Hessen, 26. August 2009; L 4 KA 38/08). Voraussetzung für die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens ist stets das Bestehen einer objektiv fortführungsfähigen Praxis - eines noch vorhandenen Praxissubstrats -, weil ansonsten für ein Nachbesetzungsverfahren die innere Rechtfertigung fehlt (Urteile des BSG, 27. Juni 2018; B 6 KA 67/17 R, und 24. Oktober 2018; B 6 KA 28/17 R). Mitentscheidend ist deshalb, ob die ursprünglich bestehende Praxis überhaupt von einem Nachfolger weitergeführt werden kann. Vor Abwicklung einer Praxis muss deshalb das materielle Vermögen Bestandteil des Kaufvertrages sein, um die Wirksamkeit des Kaufvertrages nicht zu gefährden.

#### **AUTOR**

#### Jörg Hohmann

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



E-Mail: jh@gesundheitsrecht.com

#### Behandlung der Multiplen Sklerose

## MS-Leitlinie 2021 – Wie steht es mit der Akzeptanz in der Praxis?

Im Mai 2021 wurde die aktualisierte und erweiterte S2K-Leitlinie zur Behandlung der Multiplen Sklerose veröffentlicht. Fast ein Jahr nach der Publikation stellt sich die Frage, wie sich die Leitlinie im Praxisalltag bewährt hat.

m Mai 2021 wurde sechs Monate nach einer ersten öffentlichen Konsultationsfassung die neue S2K-Leitlinie Multiple Sklerose (MS) publiziert. Mit dieser Leitlinie wird angesichts der komplexen Evidenzlage versucht, praktische Handlungsempfehlungen zu geben, sodass auch der Nicht-MS-Experte MS-Betroffene State-of-the-art behandeln kann. Als konsensbasierte Leitlinie hat sie naturgemäß ein sehr diskursbasiertes Format und folgt im Gegensatz zu früheren Leitlinien dabei einem sehr strukturierten, transparenten Prozess mit demokratischen Abstimmungen aller Einzelempfehlungen. Neben den neurologischen Fachgesellschaften in der Schweiz

und Österreich sowie anderen Fachgesellschaften waren zum ersten Mal entsprechend den Leitlinien der AWMF - auch Patientenvertreter beteiligt. Nach der Publikation der Konsultationsfassung gab es ein vielfältiges Feedback in Form von Briefen, E-Mails und Stellungnahmen. Es folgten eine erste Implementierungsstudie [1] mit Fokusgruppen und ein erster Survey über die DGN. Bei durchweg positivem Feedback im Survey erhoben sich in den Fokusgruppen auch kritische Stimmen, was zu verschiedenen Anpassungen in der endgültigen Version führte. Auch nach der Publikation riss der Diskurs jedoch nicht ab [2, 3].

Mit der Leitlinienkommission und dem Vorstand der DGN wurde vereinbart, die MS-Leitlinie als "Living Guideline" weiterzuentwickeln. Zur virtuellen Tagung der DGN 2021 wurde ein zweiter Survey aufgesetzt. Ziel war es, eine größere Stichprobe zu generieren und mehr Kolleginnen und Kollegen aus der Praxis zu einer Bewertung von Einzelempfehlungen zu motivieren. Darüber hinaus sollte differenzierter das Konzept hinter sowie der Wortlaut einer Empfehlung bewertet werden.

#### Fragebogen mit Surveymonkey

Basierend auf der ersten Implementierungsstudie [1] wurde der zweite Frage-



Das körpereigene Immunsystem attackiert die schützende Hülle der Nervenfasern, das Myelin, und beteiligt sich so an der MS-Pathologie.

bogen mit Surveymonkey durchgeführt. Es wurden fünf Fragen zur persönlichen Demografie des Teilnehmers gestellt sowie fünf spezifische Fragen zur persönlichen Beurteilung der Leitlinie. Es folgten Fragen zu elf Kernempfehlungen der Leitlinie mit jeweils zwei Fragen nach Zustimmung zum Konzept und Zustimmung zum Wortlaut. Damit umfasste der Survey 32 Fragen, die in zehn bis 20 Minuten bearbeitet werden konnten. Die Zustimmung oder Ablehnung wurde mit einer vierstufigen Likert-Skala erfasst (Stimme voll zu = 1, stimme eher zu= 2, stimme eher nicht zu = 3, stimme gar nicht zu = 4), um eine polarisierte Antwort zu ermöglichen. Im Ergebnisteil dieses Artikels geben wir die Zustimmungen in Prozent zumeist für zwei Kategorien zusammen an. Zusätzlich wurden mögliche Begründungen für das Antwortverhalten vorgegeben. In einem Freitextfeld konnten eigene Begründungen angegeben werden. Die Begründungen und das Freitextfeld wurden deutlich seltener genutzt als die Fragen beantwortet. Für den Survey geworben wurde auf der Website der DGN, der Kongressveranstaltung zur Leitlinie, über E-Mail-Verteiler der Leitliniengruppe, des ärztlichen Beirates der Selbsthilfe sowie Verteiler der deutschen, schweizerischen und österreichischen Berufsverbände.

Die Gruppenvergleiche wurden mit t-Tests gerechnet und die Korrelationen mit Spearman-Rang-Korrelationskoeffizienten.

#### 327 Teilnahmen

Der Survey war vom 4. November bis zum 21. Dezember 2021 online. Insgesamt 327 Kollegen haben teilgenommen. Im Mittel waren diese 48 Jahre alt (jüngster 26, ältester 74 Jahre), 37 % waren Frauen, 64 % waren Fachärzte und die Hauptgruppe (50 %) arbeitete im Praxissetting (**Tab. 1**). Die MS-Expertise wurde auf einer Skala von 1 bis 10 mit im Mittel 7 als hoch eingeschätzt. 35 % gaben an, weniger als 50 MS-Betroffene pro Jahr zu behandeln und 40 % mehr als 200 pro Jahr.

Im Durchschnitt haben 84 (26%) der Teilnehmer die Fragen zu den Kernempfehlungen nicht beantwortet. Im Folgenden wird die Anzahl der Beantwortungen in Prozent der Teilnehmer angegeben. In den ergänzenden Begründungen werden nur die Anzahl von Nennungen berichtet, da die Grundgesamtheit hier deutlich kleiner war. Einzelne Freitextangaben werden zitiert.

#### Hilft die Leitlinie im Alltag?

Der Frage, ob die Leitlinie im klinischen Alltag bei der Diagnostik, der Immuntherapieplanung, dem Schubmanagement und der Symptomtherapie hilft, beantworteten 81–95 % mit einem "stimme voll zu" oder "stimme eher zu". 81 % bewerteten die Klassifikation der Medikamente in drei Kategorien mit einem "stimme voll zu" oder "stimme eher zu" als hilfreich.

#### Steroidtherapie jenseits von Schüben

81% stimmten der Empfehlung voll zu oder eher zu, dass Steroidtherapien bei progredienten Verläufen der MS nicht eingesetzt werden sollten. Andererseits gaben 66 Kollegen an, dass die Möglichkeit der Steroidgabe bei progredienten Verläufen als Option erhalten bleiben sollte (A50 und D 11).

#### Frühtherapie

75 % stimmten dem Konzept des "Watchand-wait" in ausgewählten Fällen eher zu oder voll zu und 83 % stimmten dem Wortlaut der Empfehlung eher zu oder voll zu, davon 51 % voll. 68 Kollegen unterstrichen die Sorge, dass aufgrund der Leitlinie möglicherweise eine frühe Therapie versäumt werde. Demgegenüber meinten nur neun Teilnehmer, dass jeder Patient immuntherapeutisch behandelt werden müsse.

#### Klassifikation der Medikamente

Voll oder eher zustimmend bewerteten 83 % das Konzept der drei Kategorien. 50 % stimmten voll zu. 24 Teilnehmer votierten für eine Zweiteilung, 21 sahen einzelne Medikamente nicht richtig eingeordnet. Insgesamt neun wollten Cladribin und Alemtuzumab als Pulstherapie zusammengefasst sehen. Sieben meinten, dass eine Klassifikation generell nicht möglich sei.

### Therapie der hochaktiven MS bei therapienaiven Patienten

94% stimmten dem Konzept einer hochaktiven MS eher zu oder voll zu, 66%

Tab. 1: Demografie (n = 327)		
		%
Alter	48 (26–74)	
Geschlecht (m/w/d)	120/202	37/63
Abschluss/Ausbildung		
_ in Weiterbildung	46	14
Facharzt	205	63
_ leitender Arzt	60	18
Sonstiges	8	2
_ keine Angabe	8	2
Tätigkeit		
Praxis	159	50
_ Klinik	96	30
_ Rehabilitations- klinik	9	3
_ keine Angabe	63	17
Behandelte Patienten		
_ bis zu 50	112	34
50-200	112	34
> 200	60	18
_ > 500	26	9
keine Angabe	17	5

stimmten voll zu. 89 % stimmten mit der vorgeschlagenen Klassifikation der Aktivität basierend auf dem ECTRIMS-Konsensus aus dem Jahr 2018 [5] zu, hier aber mit 41 % volle Zustimmung. 66 Teilnehmer votierten dafür, den MRT-Befund mit einzubeziehen, 33 waren dafür, die vorgeschlagene Klassifikation auch für behandelten Patienten zu nutzen. 16 Teilnehmer sahen die Kriterien als zu eng an.

### Aktivitätsklassifikation bei behandelten Patienten

95% stimmten dem Konzept eher zu oder voll zu, 58% stimmten voll zu. Ähnlich war die Bewertung der konkreten Empfehlung mit 48% voller Zustimmung. 47 Teilnehmer merkten an, dass aus ihrer Sicht die alleinige MRT-Aktivität (neue oder kontrastmittelanreichernde Läsion) ausreichend sei, eine schubförmige MS als aktiv einzustufen. 16 Teilnehmer ergänzten, dass das Zeitfenster von zwei Jahren als zu knapp bemessen wurde.

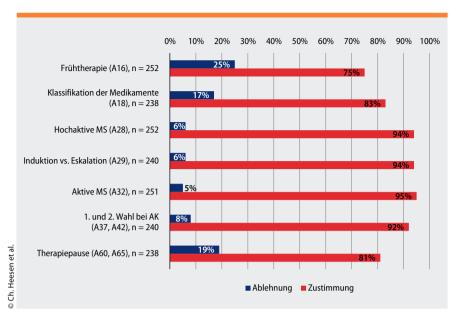


Abb. 1: Zustimmungsraten zu Konzepten. Die Kategorien "stimme voll zu" und "stimme eher zu" wurden zusammengefasst und den Kategorien "stimme eher nicht zu" und "stimme gar nicht zu" gegenübergestellt.

#### Induktions- oder Eskalationstherapie

94% stimmten dem Konzept in ausgewählten Fällen eine frühe Kategorie-2oder -3-Therapie zu starten, eher zu oder voll zu, 65% stimmten voll zu. Allerdings forderten 54 Teilnehmer, dass eine frühe hochwirksame Therapie niedrigschwelliger möglich sein müsse.

#### Auswahl der Antikörpertherapien

92 % stimmten der Aussage voll zu oder eher zu, dass der JCV-Antikörperstatus ein maßgebliches Auswahlkriterium für Therapeutika der Kategorie 3 sein sollte. 52% stimmten voll zu. 76% stimmten dem Wortlaut der Empfehlung zu den Anti-CD20-Therapien unter Nennung von Rituximab zu. In den Begründungen führten 47 Kollegen aus, dass zeitlich befristet auch bei JCV-positiven Patienten eine Natalizumab-Therapie möglich sein sollte. 36 würden Rituximab, das eine Off-label-Therapie darstellt, gern streichen. Nur wenige wollten Alemtuzumab gleichwertig zu Ocrelizumab und Natalizumab setzen.

#### **Therapiepause**

81 % stimmten dem Konzept einer Therapiepause eher zu oder voll zu, 42 % stimmten voll zu. Den beiden Empfehlungen dazu stimmten jedoch nur 34 % voll zu. 50 Teilnehmer gaben an, dass ein Fenster von fünf Jahren nicht sinnvoll sei, sondern individuell entschieden werden müsse. 24 Teilnehmer unterstrichen, dass vor dem 45. Lebensjahr eine Immuntherapie eher nicht abgesetzt werden sollte. Neun Teilnehmer sahen eine Therapiepause generell als nicht sinnvoll an.

#### Subgruppenanalyse

Es fanden sich keinerlei nennenswerte Unterschiede in der Bewertung zwischen männlichen und weiblichen Teilnehmern. Auch das Alter zeigte nur marginal einen Zusammenhang mit der Bewertung einzelner Empfehlungen. Bei den Gesamtbewertungen fanden sich in einigen Bereichen (z.B. Hilfe in der Diagnostik) geringfügig schlechtere Bewertungen bei über 50-jährigen Neurologen als bei jüngeren. Fachärzte und leitende Ärzte sahen die Leitlinie nicht kritischer als Weiterbildungsassistentinnen. Im Wesentlichen gab es zwischen Kollegen aus dem Praxissetting und denen, die an einer Klinik tätig waren, keine relevanten Bewertungsunterschiede. Allerdings stimmten die niedergelassenen Kollegen der kritischen Bewertung (stimme voll zu = 1, stimme gar nicht zu= 4) von Steroidpulstherapien bei chronischen Verläufen eher weniger zu (Mittelwert: 1,7 vs. 1,9, p = 0.002). Ebenso gab es eine Tendenz, dass Praxisärzte die Nennung der Off-label-Therapie Rituximab etwas kritischer sahen (Mittelwert: 1,7 vs. 2,1, p = 0,020). Interessanterweise ergab sich fast ein linearer Anstieg der kritischen Bewertung mit der Anzahl der im Zentrum therapierten Patienten. Insbesondere Kollegen in Zentren mit mehr als 500 Patienten pro Jahr zeigten mehr Vorbehalte. So wurde von Kollegen aus großen Zentren die Leitlinie eher nicht als Hilfe in der Immuntherapieplanung bewertet (bis zu 50 Patienten, Mittelwert: 1,5 vs. > 500 Patienten, Mittelwert: 2,2; p < 0,001). Auch die Empfehlung zur Frühtherapie wurde kritischer gesehen (bis zu 50 Patienten, Mittelwert: 1,8 vs. > 500 Patienten, Mittelwert: 2,3; p < 0,005). Ebenso die Klassifikation in drei Gruppen (bis zu 50 Patienten, Mittelwert: 1,3 vs. > 500 Patienten 2,2; p < 0,001), wie auch die Antikörperempfehlungen und die Verwendung von Anti-CD20-Therapien.

#### Allgemeine Kommentare

18 Kollegen fanden lobende Worte für die Leitlinie, betonten aber auch die Notwendigkeit der Evaluation wie beispielsweise durch Implementierungsstudien. Wertgeschätzt wurde die unabhängige Erstellung und insgesamt balancierte Darstellung.

#### Große Zentren und Praxen bewerten unterschiedlich

Mit dem zweiten Survey zur Leitlinie gelang es, eine größere Stichprobe (327 vs. 94 in 2020) zu erhalten und mehr Kollegen, die im Praxissetting arbeiten anzusprechen (50 % vs. 30 % in 2020). Dennoch blieb angesichts der Zahl von 6.500 Neurologen in Deutschland die Beteiligung gering. Das Ergebnis ähnelt sehr dem Befund aus der ersten Befragungsrunde. Trotz intensiver und kritischer öffentlicher Diskussion der Leitlinie [4] ist die Zustimmung innerhalb dieser Erhebung sehr hoch. Allerdings zeigt die Subgruppenanalyse, dass insbesondere die großen Zentren die Leitlinie kritischer sehen. Damit wird deutlich, dass die aktualisierte Version der Leitlinie von MS-Experten in großen Zentren eher als nicht hilfreich wahrgenommen

wird. In der breiten neurologischen Praxis scheint sie jedoch sehr gut anzukommen. Hier ist in der Tat die Frage zu stellen, ob eine MS-Leitlinie wirklich für ein MS-Zentrum notwendig und förderlich sein kann.

Insgesamt wurde vor allem aus den großen Zentren eine zu therapiekritische und sicherheitsorientierte Grundhaltung der Leitlinie bemängelt. Dies spiegelt sich auch in der offenen Bewertung von 68 Teilnehmern wider, die ihre Sorge ausdrückten, dass möglicherweise einzelne Patienten zu spät behandelt würden. Andererseits waren nur neun Kollegen der Meinung, dass alle Betroffenen behandelt werden müssen. Komplementär dazu bemerkten 54 Teilnehmer, dass eine frühe Induktionstherapie niedrigschwelliger möglich sein sollte.

Hier wird es Aufgabe der Autoren der Living-Guideline sein zu versuchen, eine frühe auch aggressive MS-Therapie besser zu operationalisieren. Deutlich wurde auch, dass der MRT bei der Beurteilung einer MS als aktiv beziehungsweise hochaktiv mehr Bedeutung beigemessen werden sollte. Der in der Leitlinie zitierte ECTRIMS-Konsens [5] stellt allerdings den letzten internationalen Konsens zum Thema hochaktive MS dar.

Verständlicherweise wird im Survey auch eine Operationalisierung des Status "hochaktiv" für therapierte Patienten angemahnt. Dies stellt sich aufgrund der Notwendigkeit der unterschiedlichen Bewertungen von Krankheitsaktivität je nach laufender Therapie komplex dar. Die Therapiepause bleibt möglicherweise das kontroverseste Thema. Trotz genereller Zustimmung zur Sinnhaftigkeit von Absetzkriterien stimmten nur 34% den Wortlauten zu. In den Kommentaren wurde vor allem unterstrichen, dass das Lebensalter ein wesentlicher Faktor bei dieser Frage sein sollte, auch bei der Frage nach welcher minimalen Therapiedauer eine Therapiepause zu diskutieren sei. Grundsätzlich bestand aber weiter Zustimmung dazu, dass die Therapiepause ein wichtiges Thema im MS-Management ist.

Die Klassifikation der Medikamente in drei Kategorien wurde überwiegend als pragmatisch und klinisch hilfreich wahrgenommen. Bei der Auswahl der Antikörpertherapien zeigt sich trotz genereller Zustimmung, dass ein größerer Freiheitsgrad zum Einsatz gewünscht wird. Die Erwähnung von Rituximab als Off-label-Therapie wurde nicht einheitlich bewertet.

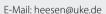
#### Danksagung

Wir danken J. Poettgen für die statistischen Analysen.

Literatur als Zusatzmaterial unter www.springermedizin.de/neurotransmitter

#### Prof. Dr. med. **Christoph Heesen**

Neurologische Klinik und Poliklinik Institut für Neuroimmunologie und Multiple Sklerose (INIMS) Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Martinistraße 52 20246 Hamburg



#### Cand. med. Christine Mokry

Neurologische Klinik und Poliklinik Institut für Neuroimmunologie und Multiple Sklerose (INIMS) Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

#### PD Dr. med. Harald Hegen

Universitätsklinik für Neurologie, Medizinische Universität Innsbruck

#### Prof. Dr. med. Mathias Mäurer

Neurologie, Juliusspital, Würzburg

#### PD Dr. med. Clemens Warnke

Klinik und Poliklinik für Neurologie, Universitätsklinikum Köln

#### PD Dr. med. Anke Salmen

Universitätsklinik für Neurologie, Inselspital, Universitätsspital und Universität Bern

#### Prof. Dr. med. Achim Berthele

Klinik und Poliklinik für Neurologie, TU München, Klinikum rechts der Isar

#### Dr. med. Uwe Meier

Neuro-Centrum, Grevenbroich

**Buch-Tipp!** 

#### Pflege von Menschen mit **Parkinson**



Georg Ebersbach, Thorsten Süß Praxisbuch für die häusliche und stationäre Versorgung

Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer GmbH 2021, 4. erweiterte und überarbeitete Auflage, 29 €, ISBN 978-3-17-038958-8

"Parkinson hat viele verschiedene Gesichter" - so heißt es in der Einleitung dieses kompakten Nachschlagewerks in Taschenbuchformat. Die Vielschichtigkeit und Besonderheiten der Parkinson-Erkrankung werden klar und leicht verständlich herausgearbeitet, und die Wichtigkeit einer fachlich versierten sowie empathischen, kommunikativen, geduldig unterstützenden Pflege bei diesem oft komplexen und zeitaufwendigen Patientenklientel deutlich gemacht. Die Ziel-Leserschaft der Pflegekräfte in der häuslichen und stationären Versorgung erfährt in diesem zweigliedrigen Praxisbuch auf übersichtliche, informative und einfühlsame Art die alltags- und pflegerelevanten Spezifika der Parkinson-Erkrankung. So beleuchtet der erste Teil das pathophysiologische, symptomorientierte, diagnostische und therapeutische Spektrum, der zweite Teil vermittelt praktische Tipps im Umgang mit den Patienten, Mithilfe von einprägsamen Formulierungen (z. B. On-/Off-Wirkfluktuationen wie beim An-/Ausschalten eines Lichtschalters), praxisnahen Fallbeispielen, anschaulichem Bildmaterial, weiterführenden Links sowie Piktogrammen, Merkkästchen und "Auf einen Blick"-Checklisten am Kapitelende zur Betonung und Wiederholung relevanter Inhalte gelingt es den Autoren, den Pflegenden auf sehr abwechslungsreiche, kurzweilige Art ein solides Basiswissen zur Erkrankung zu vermitteln. Die Beobachtung und Einschätzung des Krankheitsbildes durch die Pflegenden ist elementar für die Patienten, ihre Angehörigen, Ärzte und Therapeuten, um die Versorgung und Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern. Empfehlenswert ist das Werk aufgrund seiner Alltagsrelevanz – daher auch für ärztliches und therapeutisches Personal und vor allem für Patienten und deren pflegende Angehörige, die von den "kleinen Alltagstricks" besonders profitieren können.

Dr. med. Odette Fründt, Potsdam

### COVID-19-Impfpflicht für medizinisches Personal

## Ungeimpfte sind zu melden, aber nicht zwingend sofort freizustellen

Für Beschäftigte in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen gilt seit dem 16. März 2022 eine gesetzliche Impfpflicht gegen COVID-19, das haben Bundestag und Bundesrat am 10. Dezember 2021 beschlossen, um das Infektionsgeschehen weiter wirksam zu bekämpfen. Betroffen sind neben Kliniken und Pflegeeinrichtungen auch Arzt- und Psychotherapeutenpraxen. Was bedeutet das im Alltag?

ie Impfpflicht für das Personal in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen wie Arztpraxen, Krankenhäusern und Pflegeheimen ist im § 20a des Infektionsschutzgesetzes geregelt, das am 12. Dezember 2021 in Kraft trat und bis zum 1. Januar 2023 gilt. Laut Gesetz mussten alle Beschäftigten ihrem Arbeitgeber bis zum 15. März 2022 einen Nachweis über eine vollständige CO-VID-19-Schutzimpfung, einen Genesenennachweis oder ein ärztliches Attest. wenn sie sich aus medizinischen Gründen nicht impfen lassen können, vorlegen. Soweit ein Nachweis seine Gültigkeit verliert - zum Beispiel Genesenennachweise derzeit nach drei Monaten -, ist der Mitarbeitende verpflichtet, innerhalb eines Monats nach Ablauf der Gültigkeit einen neuen Nachweis beizubringen. Lag der Nachweis nicht bis zum 15. März vor oder bestehen Zweifel an der Echtheit oder inhaltlichen Richtigkeit des erbrachten Nachweises, sind die Leitenden der Einrichtungen, also auch die einer Praxis dazu verpflichtet, das zuständige Gesundheitsamt zu benachrichtigen. Dieselben Pflichten sind zu erfüllen, wenn nach dem Ablauf der Gültigkeit kein neuer Nachweis vorgezeigt werden kann.

#### Arbeitsrechtliche Folgen

Das Gesundheitsamt könne laut Bundesgesundheitsministerium (BMG) den Fall untersuchen und die Mitarbeiterin oder den Mitarbeiter zur Vorlage des entsprechenden Nachweises auffordern. Komme die Person der Aufforderung nicht nach, könne das Amt ihr verbieten, die

Einrichtung zu betreten oder dort tätig zu sein. Auf seiner Webseite erinnert das BMG auch an mögliche arbeitsrechtliche Konsequenzen und weist darauf hin, dass die Gesundheitsämter die einrichtungsbezogene Impfpflicht ohne Benachrichtigung der Leitung kontrollieren dürften. Auch dann sei das Personal verpflichtet, den erforderlichen Nachweis vorzulegen.

#### Geldbuße von bis zu 2.500 €

Bei Missachtung der Auskunftspflichten oder eines Beschäftigungs- und Tätigkeitsverbots droht nicht nur den Angestellten eine Geldbuße von bis zu 2.500 €. Auch die Leitung, die entgegen gesetzlichem Verbot eine Person beschäftige oder im Falle einer Benachrichtungspflicht das zuständige Gesundheitsamt nicht informiere, müsse mit einem Bußgeld rechnen.

#### Nachweispflicht bei Einstellung

Personen, die nach dem 15. März 2022 eine Tätigkeit in einer Einrichtung aufnehmen wollen, müssen dieser zuvor einen Impf- oder Genesenennachweis beziehungsweise ein ärztliches Attest vorlegen. "Eine Person, die keinen Nachweis vorlegt, darf nicht beschäftigt werden", betont das BMG.

#### **Gefälschte Nachweise**

Das BMG weist ausdrücklich darauf hin, dass die Leitenden der Einrichtungen generell verpflichtet seien, unverzüglich das zuständige Gesundheitsamt zu benachrichtigen, wenn Zweifel an der Echtheit oder inhaltlichen Richtigkeit des vorgelegten Nachweises bestehe. Das Ausstellen und der Gebrauch unechter und unrichtiger Gesundheitszeugnisse ist nach dem Strafgesetzbuch (§§ 277–279) strafbar. Darunter fielen auch Impfdokumentationen. Ausstellenden Ärztinnen und Ärzten drohten ebenfalls berufsrechtliche Konsequenzen.

#### Kommentar

Die Impfpflicht gilt zunächst einmal für alle Mitarbeitenden. Ausnahmen können für Mitarbeitende ohne Patientenkontakt gelten, zum Beispiel in der Verwaltung, Buchhaltung oder für Reinigungspersonal, wenn diese außerhalb der Sprechzeiten arbeiten. Ungeimpfte Mitarbeitende müssen aber nicht zwingend unmittelbar vom Praxisinhaber freigestellt werden. Ein generelles Beschäftigungsverbot für Ungeimpfte gibt es nicht - außer bei Neueinstellungen. Es gibt keine gesetzliche Regelung, die verbieten würde, ungeimpfte Personen in Praxen vorerst weiter zu beschäftigen. Den Arbeitgebenden ist es selbst überlassen, ob sie ihre Mitarbeitenden bis zu einer offiziellen Anordnung des Gesundheitsamts weiter beschäftigen oder nicht. Sie sind lediglich verpflichtet, Beschäftigte ohne entsprechenden Immunitätsnachweis den örtlichen Gesundheitsämtern zu melden. Diese können dann ein Beschäftigungsverbot verhängen – die Betroffenen müssen dann ohne Entgeltfortzahlung zu Hause bleiben. Die Umsetzung obliegt allein den Gesund-

heitsbehörden. Es ist nicht abzusehen, ob es ein bundeseinheitliches Vorgehen geben wird.

> Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach

## Hier steht eine Anzeige.

Springer

# Fortbildung



Bei Angststörungen kann eine Expositionstherapie bei der Widerlegung irrationaler Befürchtungen helfen.

Effektivität verschiedener Psychotherapieverfahren

## Aktuelle Standards und Trends bei der Behandlung von Angststörungen

Angststörungen sind neben Depressionen der häufigste Konsultationsgrund in der Psychotherapie. Dieser Beitrag stellt aktuelle Wirksamkeitsnachweise für etablierte und modernere Behandlungsalternativen vor und erläutert die derzeit angenommenen theoretischen Wirkmechanismen der Angsttherapie. Trotz guter Erfolgsraten und großer Fortschritte in der Grundlagenforschung zu Furchterwerb und -löschung profitieren nicht alle Patienten gleichermaßen. Abschließend gehen wir auf den Forschungsstand zu möglichen Augmentationsstrategien ein.

JÜRGEN HOYER, DANIEL SPYCHALSKI

ngststörungen oder mit Angst in Verbindung stehende Störungen stellen eine relativ heterogene Gruppe dar, wobei eine Unterscheidung vor allem anhand der angstauslösenden Reize oder Situationen vorgenommen wird; dies gilt auch im neuen ICD-11 (Tab. 1) [1]. Allen eingeschlossenen Störungen ist gemein, dass Betroffene deutliche Furchtreaktionen erleben, ohne einer objektiv ernstzunehmenden Gefahr ausgesetzt zu sein. Die überzogene Furcht und das daraus resultierende Vermeidungsverhalten führen zu erheblichen Beeinträchtigungen in der Lebensführung und verhindern zugleich die Widerlegung zentraler Befürchtungen. Das Erlernen eines angemesseneren Umgangs mit letzteren spielt in der psychotherapeutischen Behandlung eine entscheidende Rolle bei der Reduktion problematischer Angst- und Vermeidungsreaktionen. In der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT), dem durch klinische Studien und Metaanalysen nach wie vor bestgestützten Behandlungsverfahren für angstbezogene psychische Erkrankungen, dominiert die Anwendung von Expositionstechniken zur Behandlung der Symptomatik. Auf der Basis translationaler Grundlagenforschung werden derzeit eine Reihe potenzieller Strategien zur prozeduralen, nichtstofflichen und pharmakologischen Wirkungssteigerung dieses Ansatzes untersucht.

## Wirksamkeit der Psychotherapieverfahren

Angststörungen lassen sich mittels spezifischer Psychotherapieverfahren erwiesenermaßen effektiv behandeln, wobei für die KVT und ihre Varianten aufgrund breiterer empirischer Evidenz höhere und umfassendere Empfehlungsgrade vorliegen als für die psychodynamische Therapie (PT; [2]). Für letztere zeigen aktuelle Untersuchungen zur panikfokussierten psychodynamischen und zur supportiv-expressiven Therapie zwar gute Effektivitätsnachweise für die Panikstörung, die generalisierte Angststörung und die soziale Phobie, wenn auch der KVT unterlegen [3], für die Therapie der spezifischen Phobien besteht aber beispielsweise noch keine Empfehlung [2]. Auf dem jetzigen Stand der Forschung scheint die KVT der PT

– gemessen an Anwendungsbreite und Evidenzgrad – also überlegen.

Eine Metaanalyse aus dem Jahr 2018 untersuchte die Remissionsraten bei Patienten mit Angststörungen, die eine KVT erhielten. Die Ergebnisse zeigten, dass bei Intent-to-Treat-Stichproben (ITT), welche die Daten der Gesamtheit aller Therapieanfänger berücksichtigen, 54% der Patienten zum Follow-up eine Remission erreichten [4]. Die Raten schwankten dabei abhängig vom Störungsbild und von verschiedenen Patientenvariablen wie Alter und Medikationsstatus. Beispielsweise wurden signifikant höhere Remissionsraten bei gleichzeitiger Einnahme von Antidepressiva erreicht, jedoch niedrigere bei Vorliegen komorbider Psychopathologie [4].

Parallel zu diesen Befunden ergeben sich in naturalistischen Settings ebenfalls große Effekte der KVT auf störungsspezifische Angstsymptome (Cohen's d = 0,67–1,45; ITT) [5]. Dieses Muster hat auch in placebokontrollierten Studiensettings Bestand, in denen sich die KVT als moderat wirksames Verfahren (Hedge's g = 0,56) gegenüber Behandlungen erwies, die zur Kontrolle über-

Tab. 1: Angststörungen oder mit Angst in Verbindung stehende Störungen (6B0)
nach ICD-11 [1]

nach ICD-11 [1]			
Diagnose	ICD-11 (ICD-10)	Hauptmerkmale	
Generalisierte Angststörung (GAS)	6B00 (F41.1)	<ul> <li>anhaltende Besorgnis ("frei-flottierende Angst") und/oder exzessive Sorgen über mehrere Monate hinweg an den meisten der Tage, bezüglich mehrerer alltäglicher Themen (Familie, Finanzen etc.)</li> <li>zusätzlich vegetative Symptome autonomer Übererregung und Schlafstörungen</li> <li>Nervosität, Reizbarkeit und Konzentrationsschwierigkeiten</li> </ul>	
Panikstörung	6B01 ( <i>F41.0</i> )	<ul> <li>situativ ungebundene, wiederkehrende und unerwartete Panikattacken</li> <li>starke Befürchtungen bezüglich des Wiederauftretens der Attacken, ihres Ausmaßes und ihrer Konsequenzen</li> <li>aktives Vermeidungsverhalten</li> </ul>	
Agoraphobie	6B02 ( <i>F40.0</i> )	<ul> <li>starke Furcht oder Angst in Situationen, in denen eine schnelle Flucht unter Umständen nicht möglich wäre (ÖPNV, Menschenmengen etc.)</li> <li>aktive Vermeidung auslösender Situationen (aus Angst vor negativen Konsequenzen, wie z. B. Panikattacken)</li> </ul>	
Spezifische Phobien	6B03 ( <i>F40.2</i> )	<ul> <li>starke Furcht in Reaktion auf oder in Antizipation einer Konfrontation mit einem spezifischen, klar abgrenzbaren Objekt oder einer spezifischen Situation</li> <li>empfundene Furcht ist unverhältnismäßig</li> <li>auslösende Reize werden aktiv vermieden oder nur unter extremer Furcht erduldet</li> </ul>	
Soziale Phobie	6B04 ( <i>F40.1</i> )	<ul> <li>deutliche und starke Furcht in sozialen Situationen, die soziale Interaktionen, Handlungen unter wahrgenommener Beobachtung oder Auftritte vor anderen Menschen umfassen</li> <li>zentrale Befürchtung ist meist die negative Bewertung durch andere</li> <li>gefürchtete Situationen werden entweder aktiv vermieden oder unter starker Furcht erduldet</li> </ul>	
Störung mit Trennungsangst	6B05	<ul> <li>_ deutliche und starke Furcht vor der Trennung von primären Bindungspersonen (Kind → Elternteil, Elternteil → Kind)</li> <li>_ Befürchtung, der Person könnte ein Unglück geschehen</li> <li>_ Unwillen, getrennt von der Bindungsperson zu schlafen, zur Schule oder zur Arbeit zu gehen</li> <li>_ starke Stressreaktion auf tatsächliche Trennung</li> </ul>	
Selektiver Mutismus	6B06	<ul> <li>selektiver Sprachgebrauch in Abhängigkeit der jeweiligen Situation; über mindestens einen Monat hinweg</li> <li>angemessene Artikulation in bestimmten Situationen (typischerweise Zuhause) bei fehlender verbaler Kommunikation in anderen (typischerweise in der Schule)</li> <li>nicht nur während des ersten Monats der Schulzeit</li> <li>nicht aufgrund fehlender/mangelnder Kenntnisse der entsprechenden Sprache</li> </ul>	

greifender Wirkmechanismen wie der therapeutischen Beziehung als Vergleichsbedingung eingesetzt wurden [6]. Die hohe Effektivität der KVT wurde vielfach bewiesen, insbesondere bei Patienten mit spezifischen Angststörungen. Während in der Behandlung spezifischer Angstsymptome die KVT überlegen erscheint, ist dies bezüglich allgemeiner Stress- und Belastungssymptome nicht der Fall [7, 8]; Effektstärken fallen hier meist kleiner aus [5, 6, 8].

Verschiedene kognitiv-behaviorale Behandlungszugänge (einschließlich der Acceptance and Commitment Therapy [9] und metakognitiven Verhaltenstherapie [10]) beinhalten allesamt ein expositionsbasiertes Vorgehen: Es wird systematisch auf einen angemesseneren Umgang bei der Konfrontation mit subjektiv gefürchteten, objektiv jedoch ungefährlichen Reizen hingearbeitet. Die Erklärungsansätze für die erwiesene Wirksamkeit dieses Vorgehens variieren. Habituation, also das allmähliche Verschwinden der (Orientierungs-)Reaktion eines Organismus nach wiederholter Konfrontation mit dem auslösenden Reiz, ist dabei als wissenschaftliche Erklärung allein nicht ausreichend. Das bewusste Verstehen und Erleben, dass die Befürchtungen nicht eintreten (Prinzip: Befürchtungswiderlegung) sowie die lernbare Fähigkeit, Angstsymptome zu tolerieren, werden ebenso diskutiert. Alle Erklärungsansätze wirken auf die Patienten dabei gleichermaßen überzeugend [11]. In der Literatur bestehen nur vereinzelt Indizien für einen Wirksamkeitsunterschied zwischen rein kognitiven und expositionsbasierten Angsttherapien, wobei erstere für die soziale Angststörung effektiver zu sein scheinen [12, 13].

Für das konkrete verhaltenstherapeutische Vorgehen verweisen wir auf vorhandene Überblicksdarstellungen [14, 15] und fokussieren im Folgenden auf die lerntheoretische und neuropsychologische Grundlagenforschung, da diese einen großen Beitrag zum Verständnis und der Optimierung der Effekte der Expositionstherapie leistet.

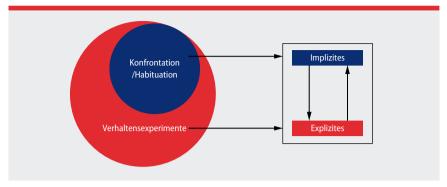
#### Grundlagen des Furchtgedächtnisses

Das bewährteste lerntheoretische Modell des Furchterwerbs stellt die Pawlow'sche Furchtkonditionierung dar. Hierbei wird eine implizite Gedächtnisspur etabliert, durch eine wiederholte, kontingente Darbietung eines neutralen, unkonditionierten Reizes (in diesem Kontext eine Situation, ein Objekt, aber auch ein Gedanke) mit einem aversiv erlebten Gefahrenreiz (US), in der der vormals neutrale, nun konditionierte Reiz (CS) zur Auslösung einer konditionierten Furchtreaktion (CR) genügt. Die wiederholte Kopplung des CS und der aversiven Konsequenz (US) löst eine Konsolidierung der Furchtreaktion aus, während eine wiederholte Präsentation des CS ohne aversive Konsequenz zu einer Abnahme der CR führt. Beide Prozesse – Furchtkonditionierung

und Furchtextinktion – sind für die meisten Angststörungen gut validiert [16], wobei die Notwendigkeit einer Abgrenzung der Furcht ("fear") als meist unbewusste, automatisierte Reaktion auf unmittelbare Gefahr vom subjektiven Gefühl der Angst ("anxiety") als Reaktion auf abstrakte, weniger konkrete Gefährdung betont wird [17].

Auf der Suche nach den zugrunde liegenden Prozessen der Expositionseffekte wurden in den letzten Jahren große Fortschritte gemacht. Das augenblicklich bestbewährte Erklärungskonzept stellt das Inhibitionslernen dar [16, 18], demzufolge die verhaltenstherapeutische Umsetzung der Extinktion – die Expositionstherapie – neben der Habituation an den gelernten Gefahrenreiz auf dem Erwerb neuer Erfahrungen und deren Integration in eine neue, furchtinkompatible Gedächtnisspur basiert. Dabei lernt der Patient, dass bei Konfrontation mit einer angstauslösenden Situation keine Gefahr folgt, womit der gefürchtete Reiz in eine neue furchtinkompatible Gedächtnisspur integriert wird. Diese konkurriert in Zukunft mit der ursprünglichen furchtauslösenden Gedächtnisspur und hemmt sie dadurch.

Auf neurophysiologischer Ebene formieren sich diesem Ansatz zufolge im Laufe der Expositionstherapie inhibitorische Verbindungen zwischen kortikalen (ventromedialer Präfrontalkortex, vmPFC) und limbischen Strukturen (Amygdala), im Sinne einer Top-Down-Regulation konditionierter Furchtreaktionen [18]. Der Hippocampus verarbeitet Kontextinformationen und wirkt dabei modulierend auf die Amygdala ein. Ob in Reaktion auf den CS eine Furchtreaktion gezeigt wird oder nicht, ist demzufolge abhängig von der relativen "Stärke" der konkurrierenden Gedächtnisinhalte im jeweiligen Kontext, in dem entweder die furchtassoziierte oder die inhibitorische Gedächtnisspur dominant abgerufen wird. Erstere wird durch wiederholte Exposition demnach nicht "gelöscht", sondern kann abhängig vom situativen Kontext erneut aktiviert werden. Expositionslernen ist somit auf den Kontext limitiert, was nahelegt, in der Therapie mit möglichst umfassender Variation von Kontexten (und ihren Kombinationen) zu arbeiten.



**Abb. 1:** Konfrontationsmethoden als störungsspezifischer Behandlungsansatz ermöglichen implizites Lernen und damit die Hemmung der etablierten Furchtassoziation. Sie sollten dennoch stets in einen kognitiv-behavioralen Rahmen eingebettet werden, um Lernerfahrungen auch auf expliziter Ebene zu ermöglichen.

Wenn in "noch nicht eingeübten Kontexten" die Angstsymptomatik spontan wieder auftritt, dann kann dies nicht allein durch die klassische Habituationshypothese erklärt werden. Ein solches Geschehen ("return of fear") repräsentiert im Rahmen des Inhibitionslernens mögliche Defizite des furchtinhibitorischen Gedächtnisabrufs, also eine situativ unangepasste Interaktion zwischen vmPFC, Amygdala und Hippocampus (HC; [19, 20]). Ergebnisse einer weiteren Metaanalyse aus dem Jahr 2015 sind mit dieser Annahme in Einklang: Diese legen nahe, dass Angstpatienten in der Extinktionsphase eine im Vergleich zu gesunden Kontrollprobanden signifikant stärkere Furchtreaktion auf den CS aufweisen, bei gleichzeitig verlangsamtem Erwerb furchtinkompatibler Gedächtnisinhalte. Dieser Befund wurde auf präfrontale Hypoaktivität zurückgeführt [21] und lässt sich als Indiz für eine Übergeneralisierung der Furchtreaktion bei Angstpatienten interpretieren. Zusätzlich gestützt werden diese Ergebnisse durch eine Vielzahl von Tier- und Menschenversuchen, die allesamt die Rolle der Systemtrias vmPFC - Amygdala - HC für das inhibitorische Lernen betonen. Für einen detaillierten Überblick sei auf die Arbeit von Lebois et al. verwiesen [18].

Neben dem Aufbau impliziter, mit der Furchtreaktion inkompatibler Gedächtnisspuren spielen Lernerfahrungen auf bewusster Ebene eine weitere wichtige Rolle in der Verhaltenstherapie. Um eine langanhaltende Furchttoleranz zu etablieren, muss sich auch im deklarativen

Gedächtnis die Überzeugung manifestieren, dass der vormals gefürchtete Reiz nicht per se gefährlich ist. Da das implizite Furchtgedächtnis nicht restlos überschrieben wird [19], sollte Exposition für einen langfristig funktionaleren Umgang mit der Angst in einen kognitiv-behavioralen Rahmen (Befürchtungswiderlegung und Verhaltensexperimente) eingebettet werden (siehe Abb. 1).

#### Aktuelle Trends und Augmentationsstrategien

Trotz eines soliden theoretischen Fundaments zeigen sich in der Praxis der Expositionstherapie noch Probleme. So berichten, je nach Kriterien für eine Treatment-Response, etwa 50 % der Betroffenen nach einer abgeschlossenen Therapie noch erhebliche Beeinträchtigungen [22]. Darüber hinaus wird die zentrale Interventionskomponente, die Exposition, in der Alltagsumgebung des Patienten aufgrund von Vorbehalten und rein technischen Umsetzungsschwierigkeiten vernachlässigt [23].

Aus den Erkenntnissen zum Inhibitionslernen ergibt sich die Notwendigkeit häufiger Wiederholungen der Exposition unter variierenden Stimulus- und Kontextbedingungen. Weitere Adaptionen des therapeutischen Vorgehens, die speziell der Maximierung der Abrufwahrscheinlichkeit der inhibitorischen Gedächtnisspur dienen, stellen wir in Tab. 2 vor (ausführlicher dazu: [16]). Auch die Durchführung der Exposition in virtuo (mittels virtueller Realität [VR]) kann dabei nützlich sein. Sie

Vertiefte Extinktion	Zuerst isolierte, dann kombinierte Konfrontation unterschiedlicher Angstreize in einem gemeinsamen Szenario. Zum Beispiel könnte ein Patient mit Agoraphobie eine zuvor bereits konfrontierte Situation (Fahrstuhl) nun in Verbindung mit einer neuen Situation (Kaufhaus) aufsuchen (Fahrstuhl im Kaufhaus).	implizit
Verstärkte Extinktion	Gelegentliche Präsentation zusätzlicher US (bzw. unangenehmer Ereignisse) in der Exposition. Ein Patient mit Panikstörung könnte beispielsweise in der angstbesetzten Situation bewusst versuchen, Symptome einer Panikattacke zu provozieren.	implizit
Stimulusvariation	Konfrontation unterschiedlicher Angstreize über mehrere Expositionsübungen hinweg.	implizit
Kontextvariation	Systematische Variation äußerer und innerer Umstände, innerhalb derer eine Lernerfahrung gemacht wird.	implizit
Befürchtungswiderlegung	A priori: Klärung und Definition relevanter Befürchtungen in der zu konfrontierenden Situation. Post hoc: Abgleich erwarteter und tatsächlicher Outcome, damit der Kontrast klar erkennbar wird und Lernen auch auf expliziter Ebene ermöglicht wird.	explizit

scheint über viele Störungsbilder hinweg wirksam, wie Untersuchungen im Rahmen der Agora-, Sozial-, spezifischen Phobien und der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) nahelegen. Gleichrangige Effekte der Exposition in virtuo mit evidenzbasierten In-vivo-Standardinterventionen sowie ein gelingender Transfer der Behandlungseffekte in den "realen" Alltag [24, 25, 26] wurden vielfach gezeigt. VR schafft einen leichteren Zugang zu sonst schwer herzustellenden Angstsituationen (z. B. bei der Flugangst), erleichtert Therapeuten die Kontrolle über die phobische Situation und ermöglicht so eine theoretisch unbegrenzte Zahl von Wiederholungen unter maßgeschneiderten, variablen Stimulus- und Kontextvariationen.

Neben den in der KVT als primäre Wirkfaktoren angesehenen störungsspezifischen Methoden (wie der Exposition) wird spätestens seit dem Eingang der verschiedenen Dritte-Welle-Verfahren in die Psychotherapielandschaft vermehrt die Wirkung globalerer Therapiefaktoren auf den Behandlungserfolg untersucht. So wird beispielsweise die therapeutische Beziehung, das "an einem Strang ziehen" von Therapeut und Patient, als ein wichtiges Element in der Expositionstherapie fokussiert. Studien

zum Einfluss der globalen therapeutischen Beziehungen sind derzeit noch selten und fallen darüber hinaus gemischt aus [27]. Dabei lassen sich auch bei der häufig als herausfordernd erlebten Exposition drei Aspekte der therapeutischen Allianz – emotionale Bindung sowie Kongruenz der Therapieziele und -übungen – unterscheiden [27, 28]. Zur weiteren Klärung der gemischten Befundlage erscheint daher die Erforschung spezifischer Beiträge der drei Aspekte in jeweils unterschiedlichen Phasen der Expositionstherapie besonders wichtig [27, 29].

Auf Basis der Befunde zu neuronalen Korrelaten der Furchtinhibition wird darüber hinaus eine Vielzahl potenzieller Möglichkeiten der neuromodulatorischen Verstärkung der Therapieeffekte erforscht und diskutiert. Zu unterscheiden sind dabei vor allem apparative und pharmakologische Modulatoren [18]. Erstere umfassen die Beeinflussung furchtrelevanter neuronaler Systeme mittels transkranieller Magnet- (TMS) [30] und Gleichstromstimulation (tDCS) [31, 32], invasiver Tiefenhirnstimulation [33, 34] sowie per Vagusnervstimulation (VNS) [18, 35]. Für eine klinische Anwendung beim Menschen sind weitere Studien zwingend notwendig, wobei die Forschung zur TMS bei der PTBS am weitesten fortgeschritten sind [30].

Auch die Wirkung psychotroper Substanzen wie Psilocybin und 3,4-Methylenedioxymethamphetamin (MDMA) in Kombination mit verschiedenen Psychotherapieverfahren rückt derzeit stärker in den Fokus. Diese heben sich im Vergleich zu klassischen Psychopharmaka nicht nur durch ihre spezifischen Wirkmechanismen ab (unter anderen eine erhöhte assoziative Lockerung und damit einhergehend "Formbarkeit" rigider Überzeugungen). Auch ihre relative Nebenwirkungsarmut und die vergleichsweise niedrige Einnahmemenge und -frequenz in Abhängigkeit vom jeweiligen Therapiesetting kommen hinzu [36].

In einer Kombinationsbehandlung mit Psychotherapie erwies sich beispielsweise MDMA, bekannt für seine anxiolytische, entaktogene und empathogene Wirkung, in mehreren Phase-II-Studien als hoch wirksam (d=0.8) und verträglich in der Behandlung der PTBS [37]. Entsprechend erfolgt aktuell eine klinische Prüfung in mehreren Phase-III-Studien.

Neben den genannten Substanzen wird auch der Off-Label-Gebrauch einer Reihe verschiedener Medikamente (u. a. Propranolol, Losartan, Ketamin, D-Cycloserin [DCS]) beforscht, wobei deren angenommene Wirkmechanismen auf das Inhibitionslernen sehr heterogen sind (DCS: erhöhte neuronale Plastizität des HC via NMDA-Antagonismus [38]; Losartan: inhibitorische Konnektivität zwischen vmPFC und Amygdala [39]). Während klinische Studien zu einigen dieser Medikamente noch fehlen, liegen für eine inhibitionsfördernde Wirkung des DCS bereits entsprechende Befunde vor [38] - auch wenn aktuelle Ergebnisse weniger vielversprechend ausfallen als initiale. Zur detaillierteren Beschreibung und Einordnung der Substanzen und ihrer Effekte sei jedoch auch hier an andere Stellen verwiesen [40].

#### **Ausblick**

Trotz guter Erfolgsraten in der KVT profitieren nicht alle Patienten gleichermaßen. Es ist noch nicht abschließend geklärt, welche Faktoren einen Behandlungserfolg determinieren. Personalisierte Ansätze nutzen dabei vermehrt

#### **Fortbildung**

neuronale Biomarker zur sogenannten Einzelfallprädiktion. Im Kontext des Inhibitionslernens könnten dabei mittels Diagnostik der funktionalen fronto-limbischen Konnektivität jene Angstpatienten mittels Machine-Learning-Algorithmen selektiert werden, die besonders von Augmentationsstrategien profitieren [41, 42]. Eine Erprobung der Wirksamkeit entsprechender Ansätze in relevanten Populationen steht noch aus.

#### Fazit für die Praxis

- Psychotherapie hat gute Erfolgsraten in der Behandlung von Angststörungen, besonders bei angstspezifischen Symptomen. Bei komorbider Psychopathologie fallen die Effekte geringer aus.
- Unspezifische Methoden zur Selbstdistanzierung (Meditation, Yoga) sind als alleiniger Behandlungszugang nicht zu empfehlen, können jedoch Stress und unspezifische Symptome lindern. Eine Kombination kognitivverhaltenstherapeutischer und achtsamkeitsbasierter Interventionen erscheint bei entsprechender Patientenpräferenz sinnvoll.
- Das wichtigste Prinzip in der verhaltenstherapeutischen Behandlung ist die Befürchtungswiderlegung via Exposition und Verhaltensexperimenten. Dabei gilt es, furchthemmende Gedächtnisspuren zu generieren und ihre Abrufwahrscheinlichkeit zu stärken. Die Rückfallprävention gelingt am besten durch intensive und fortgesetzte Wiederholung über verschiedene Stimuli und Kontexte hinweg. Auch technische Anwendungen der Exposition in virtuo stellen aussichtsreiche Behandlungsalternativen dar. Gleichzeitig sollte die therapeutische Beziehung genutzt werden, eine Übereinstimmung hinsichtlich der Ziele und Vorgehensweisen der Therapie zu erreichen.
- Eine Vielzahl nichtstofflicher und pharmakologischer Strategien der Augmentation inhibitorischer Lernprozesse befindet sich, bis auf seltene, Erfolg versprechendere Ausnahmen, erst in der präklinsichen bis frühen klinischen Prüfung.

#### Literatur als Zusatzmaterial unter:

www.springermedizin.de/neurotransmitter

#### **AUTOREN**

#### Prof. Dr. Jürgen Hoyer

Klinische Psychologie und Psychotherapie TU Dresden Hohe Straße 53 01187 Dresden



E-Mail: Juergen.hoyer@tu-dresden.de

#### Daniel Spychalski M.Sc.

Klinische Psychologie und Psychotherapie TU Dresden

## Hier steht eine Anzeige.



### Deutsches MS-Register

# Rolle von Komorbiditäten bei Multipler Sklerose nicht unterschätzen

Komorbiditäten bei Patienten mit Multipler Sklerose sind nicht trivial. Wissenschaftliche Ergebnisse deuten darauf hin, dass bei jedem zweiten MS-Patienten neben der Grunderkrankung eine unabhängige Zweiterkrankung besteht. Komorbiditäten neben MS können mit erhöhter Krankheitsaktivität und im schlimmsten Fall mit erhöhtem Mortalitätsrisiko einhergehen. Ihre Prävention und Behandlung sollten daher integraler Bestandteil des MS-Therapiemanagements sein.

NIKLAS FRAHM, FIRAS FNEISH, DAVID ELLENBERGER, MELANIE PETERS, HERBERT TEMMES, ALEXANDER STAHMANN

ie Multiple Sklerose (MS) ist die häufigste chronische neuroimmunologische Erkrankung des zentralen Nervensystems (ZNS) [1]. Weltweit sind circa 2,8 Millionen Menschen an MS erkrankt, in Deutschland sind Schätzungen zufolge mehr als 250.000 Menschen betroffen [2]. In der Regel erkranken Frauen zweibis dreimal häufiger an MS als Männer [3]. Die Diagnosestellung erfolgt zumeist zwischen dem 20. und dem 40. Lebensjahr.

Bei MS-Erkrankten kommt es im ZNS zu entzündlichen Demyelinisierungsprozessen, Axon-und Oligodendrozytenschädigungen, aktiver Gliose und Synapsenverlust [1, 4]. Die Symptomatik ist sehr variabel und reicht von Visusstörungen, Verschlechterung der Gehfähigkeit und der Funktionen des Gastrointestinaltraktes bis hin zu kognitiven sowie emotionalen Beeinträchtigungen [5].

Die Therapie der MS erfolgt sowohl mit dem kombinierten Einsatz von immunmodulierenden beziehungsweise -supprimierenden Medikamenten ("Disease-Modifying Drugs", DMD; Monotherapie) als auch mit Symptomtherapeutika und dient der Hemmung der Krankheitsprogression sowie der Symptomlinderung [6].

Eine Herausforderung im Therapiemanagement von Patienten mit MS stellen Komorbiditäten dar, also chronische Erkrankungen, die zusätzlich zur Grunderkrankung bestehen [7]. Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung leiden MS-Patienten deutlich häufiger an Komorbiditäten [8]. Studien weisen darauf hin, dass bei jedem zweiten Patienten neben der MS noch eine unabhängige Zweiterkrankung besteht [9, 10]. Dies ist insofern wichtig, weil sich Komorbiditäten nachteilig auf den Krankheitsverlauf und das Therapiemanagement der MS auswirken können. Im Hinblick auf die Behandlung und die Verlaufsprognose ist es bedeutsam, das Bewusstsein bei Ärzten und Patienten dafür zu erhöhen, dass Komorbiditäten bei MS mit beschleunigter Behinderungsprogression, erhöhter Krankheitsaktivität, Verzögerung der Diagnosestellung und damit auch der Therapieinitiierung, verringerter Lebensqualität und erhöhtem Mortalitätsrisiko einhergehen können [7].

Basierend auf den Daten des deutschen MS-Registers berichten wir hier erstmals quantitativ zur Häufigkeit von Komorbiditäten bei MS-Patienten in Deutschland. Anhand der Zahl der Komorbiditäten identifizieren wir soziodemografische und klinische Unterschiede sowie mit Komorbiditäten assoziierte Patientenmerkmale.

### Daten von mehr als 3.000 MS-Patienten

Das Deutsche MS-Register wurde im Jahr 2001 initiiert, um soziodemografische, klinische und therapiebezogene Daten von MS-Patienten in Deutschland kollektiv zu erfassen [11, 12, 13]. Seit der Modernisierung der Registerinfrastruktur sowie des Datensatzes im Jahr 2014 wurden Daten von 35.060 MS-Patienten aus über 180 MS-spezifischen Behandlungszentren im Register erfasst (Datenexport am 5. Mai 2021). Die Einführung eines umfassenden Moduls zur erweiterten Dokumentation im Jahr 2018 ermöglicht die Erfassung von Daten zu Komorbiditäten, Arzneimittelnebenwirkungen und Schwangerschaften [14]. Zum Zeitpunkt des Datenexports nahmen 31 Zentren teil. Im Hinblick auf Komorbiditäten sind Daten von insgesamt 3.534 MS-Patienten aus dem Modul zur erweiterten Dokumentation in die Analyse eingeflossen. Im Datenerfassungsformular des MS-Registers wird zwischen MS-Symptomen und Komorbiditäten unterschieden.

Die 3.534 MS-Patienten wurden in drei Gruppen eingeteilt und hinsichtlich soziodemografischer, klinischer und therapiebezogener Merkmale mittels Chi-Quadrat-Test, exaktem Fisher-Test und Kruskal-Wallis-Test miteinander verglichen: Patienten ohne Komorbiditäten, Patienten mit einer Komorbidität und multimorbide Patienten (≥ zwei Komorbiditäten [15]). Die Komorbiditäten wurden nach Art der Erkrankung kategorisiert und die prozentuale Häufigkeit der beobachteten Erkrankungen wurde berechnet. Mithilfe einer multivariaten logistischen Regression wurden mit Ko-

morbiditäten assoziierte soziodemografische und klinische Patientenmerkmale analysiert. Untersuchte Faktoren waren: Alter, Behinderungsgrad, Geschlecht, MS-Verlaufsform, Zeit bis zur Diagnosestellung, Familienstand, Schulbildung, DMD-Therapie. Die Datenaufbereitung und die statistischen Analysen wurden mit R 4.0 (The R Foundation for Statistical Computing, Wien, Österreich) durchgeführt. Die Abbildungen wurden mit Microsoft Excel erstellt (Microsoft Corporation, Redmond, Washington, Vereinigte Staaten).

### Jeder zweite MS-Patient hat relevante Komorbiditäten

Die Mehrheit der Patienten war weiblich (69,7 %), übte eine berufliche Tätigkeit aus (56,3 %), hatte einen Schulabschluss der mittleren Reife (nach der 10. Klasse; 62,0 %) und lebte in einer Partnerschaft (76,4 %). Im Median betrug die Krankheitsdauer, gemessen vom Ausbruch der MS bis zur letzten dokumentierten Visite, 15 Jahre. Die schubförmig-remittierende MS (RRMS) trat mit 79,9 % am häufigsten auf. Eine Therapie mit DMD wurde bei 82,1 % erfasst (**Tab. 1**).

An mindestens einer Komorbidität litten 57,9 % (n = 2.045) und an Multimorbidität (≥ zwei Komorbiditäten) 37,7 % (Abb. 1). Multimorbide MS-Patienten (n = 1.333) waren häufiger weiblich (71,9 % vs. 66,8%), waren beim MS-Ausbruch im Median vier Jahre älter (33 Jahre vs. 29 Jahre), hatten seltener einen (Fach-) Hochschulabschluss (30,1 % vs. 42,9 %), waren 2,3-mal häufiger vorzeitig berentet (35,7 % vs. 15,3 %), hatten im Median einen höheren Behinderungsgrad (Expanded Disability Status Scale [EDSS]: 3,0 vs. 2,0) und wiesen 1,5-mal häufiger einen progredienten MS-Verlauf auf (24,4 % vs. 16,2 %) als Patienten ohne Komorbiditäten (n = 1.489) (**Tab. 1**).

#### Häufigkeit der Komorbiditäten

Die häufigsten Komorbiditäten gehörten zu den Gruppen der neurologischen/psychiatrischen (20,6 %), kardiovaskulären (17,3 %) und metabolischen Erkrankungen (13,8 %) (**Abb. 2**). Bei den analysierten MS-Patientinnen (n = 2.462) traten signifikant häufiger neurologische oder psychiatrische (22,8 % vs. 15,5 %; p < 0,001), metabolische (14,8 % vs.

Tab. 1: Soziodemografische und klinische Charakterisierung der untersuchten Patienten mit MS nach der Anzahl an Komorbiditäten

- deletitet		Patienten								
n		Gesan	ntheit	oh Komo tät		mit ( Kom	einer orbi- tät	Kom	≥ zwei orbidi- iten	p-Wert
		3.5	34	1.4	1.489		712		333	
			n (%)							
Geschlecht										0,007 <sup>Chi</sup>
Weiblich		2.462 (69,7)		995 (66,8)		509 (71,5)		958 (71,9)		
Männlich		1.072 (30,3)		494 (33,2)		203 (28,5)		375 (28,1)		
Alter bei Au der MS (Jah n = 3.218)		31 (24	1; 39)ª	29 (23	3; 38)ª	30 (24	1; 39)ª	33 (2	!5; 42)ª	< 0,001 <sup>Kru</sup>
Alter bei let: (Jahre)	zter Visite	46 (36	5; 56)ª	42 (32	2; 52)ª	46 (36	5; 56)ª	51 (4	1; 59)ª	< 0,001 <sup>Kru</sup>
Familiensta (n = 3.310)	nd									< 0,001 <sup>Chi</sup>
Alleinleben	d	781 (	23,6)	281 (	20,5)	184 (	27,6)	316	(24,8)	
Partnerscha	ıft	2.529	(76,4)	1.091 (79,5)		482 (	72,4)	956	(75,2)	
Schulbildun (n = 3.045)	ıg									< 0,001 <sup>Fi</sup>
Kein Abschl	uss	34 (	1,1)	11 (	0,9)	10 (	1,6)	13	(1,1)	
In schulische Ausbildung		5 (0	0,2)	4 (0	),3)	0 (0	0,0)	1 (<	< 0,1)	
Mittlere Reife		1.889 (62,0)		688 (55,9)		372 (61,2)		829 (68,7)		
Fachhochschulreife		310 (10,2)		133 (10,8)		62 (10,2)		115 (9,5)		
Abitur		807 (26,5)		395 (32,1)		164 (27,0)		248 (20,6)		
Berufliche S (n = 3.165)	ituation									< 0,001 <sup>Chi</sup>
Arbeit		1.783	(56,3)	866 (	66,9)	373 (	58,7)	544	(44,0)	
Vollzeit	Teilzeit	1.237 (39,1)	546 (17,3)	627 (48,4)	239 (18,5)	258 (40,6)	115 (18,1)	352 (28,5)	192 (15,5)	
Berentung		949 (	30,0)	235 (	18,1)	166 (	26,1)	548	(44,4)	
Alter	BU	173 (5,5)	776 (24,5)	37 (2,9)	198 (15,3)	29 (4,6)	137 (21,6)	107 (8,7)	441 (35,7)	
Andere		433 (	13,7)	194 (	15,0)	96 (	15,1)	143	(11,6)	
Zeit bis zur I (Jahre; n = 3	3.160)	0,2 (0,0	0; 2,0)ª	0,1 (0,0	0; 1,5)ª	0,2 (0,	0; 2,0)ª	0,6 (0	,0; 3,0)ª	< 0,001 <sup>Kru</sup>
EDSS bei let	zter Visite	2,5 (1,	5; 4,5)ª	2,0 (1,0	0; 4,0) <sup>a</sup>	2,5 (1,	5; 4,5)ª	3,0 (2	,0; 5,0)a	< 0,001 <sup>Kru</sup>
MS-Verlaufs (n = 3.518)	form									< 0,001 <sup>Fi</sup>
KIS		36 (	1,0)	16 (	1,1)	6 (	0,8)	14	(1,1)	
RRMS		2.811	(79,9)	1.225	(82,7)	594 (	84,1)	992	(74,5)	
SPMS		436 (12,4)		153 (10,3)		67 (9,5)		216 (16,2)		
PPMS		235 (6,7)		87 (5,9)		39 (5,5)		109	(8,2)	
DMD-Theraj (n = 3.508)	pie									0,30 <sup>Chi</sup>
Nein		629 (	17,9)	281 (	19,1)		16,7)		(17,2)	
Ja		2.883	(82,1)	1.190	(80,9)	588 (	83,3)	1.102	2 (82,8)	

a = Median (25 %-Quantil; 75 %-Quantil); BU = Berufsunfähigkeit; Chi = Chi-Quadrat-Test; DMD = Disease-Modifying Drug (immunmodulierendes Arzneimittel); EDSS = Expanded Disability Status Scale; Fi = Exakter Fisher-Test; KIS = Klinisch isoliertes Syndrom; Kru = Kruskal-Wallis-Test; MS = Multiple Sklerose; n = Anzahl der Patienten; PPMS = primär progrediente MS; RRMS = schubförmig-remittierende MS; SPMS = sekundär progrediente MS

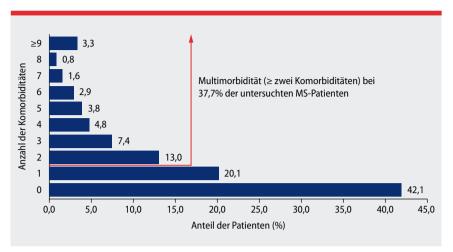


Abb. 1: Verteilung der Anzahl der Komorbiditäten bei Patienten mit MS (n = 3.534). Von den MS-Patienten mit mindestens einer Komorbidität (n = 2.045) waren 65,2 % (n = 1.333) multimorbid (≥ zwei Komorbiditäten).

11,7 %; p = 0,016), allergische (15,4 % vs. 9,1 %; p < 0,001), allgemeine (12,4 % vs. 9,6%; p = 0,020), nephrologische/urogenitale (4,2% vs. 2,0%; p = 0,001) undautoimmunologische Komorbiditäten (3,4% vs. 1,6%; p = 0,004) auf als unter den männlichen Patienten (n = 1.072). Männer mit MS wiesen häufiger kardiovaskuläre Komorbiditäten auf als MSkranke Frauen (19,3 % vs. 16,4 %; p = 0,041). Keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede ergaben sich bei der Häufigkeit von Infektionen, Krebserkrankungen, Auffälligkeiten im Blutbild oder gastrointestinalen und anderen Beschwerden.

#### Mit Komorbiditäten assoziierte **Patientenmerkmale**

Die multivariate Analyse zeigte positive Assoziationen zwischen folgenden Patientenmerkmalen und der Präsenz von Komorbiditäten bei MS-Patienten: erhöhtes Alter (> 60 Jahre: Odds Ratio [OR] = 2,91; p < 0,001; Referenz: 31–40 Jahre), weibliches Geschlecht (OR = 1,45; p < 0,001), längerer Zeitraum vom Ausbruch der Krankheit bis zur Diagnose (< ein Jahr: OR = 0,70; p < 0,001; Referenz: ≥ zwei Jahre), Therapie mit einem DMD (OR = 1,37; p = 0,004; Referenz: keine DMD-Therapie), Alleinstehende (Partnerschaft: OR = 0,69; p < 0,001; Referenz: Alleinlebende) und niedrigerer Schulabschluss ([Fach-]Abitur: OR = 0,72; p < 0,001; Referenz: mittlere Reife/ ohne Schulabschluss). Der Behinderungsgrad gemäß EDSS und die MS-Verlaufsform waren nicht signifikant mit Komorbiditäten assoziiert ( $p \ge 0,26$ ).

#### Einfluss von Komorbiditäten auf Therapiemanagement und Verlauf

Begleiterkrankungen stellen bei Patienten mit MS ein nicht zu vernachlässigendes Problem dar. Mehr als die Hälfte der in dieser Arbeit beschriebenen Patienten litt neben MS unter mindestens einer Komorbidität und über ein Drittel unter Multimorbidität. Dies untermauert die Ergebnisse einer repräsentativen kanadischen Beobachtungsstudie, die 10.698 MS-Patienten einschloss und in der ebenfalls bei über der Hälfte der untersuchten Patienten mindestens eine Komorbidität dokumentiert worden war [10]. Sowohl national als auch international rückt die Thematik der Komorbiditäten als Teil des MS-Therapiemanagements immer weiter in den Fokus. Allerdings gibt es auch hinsichtlich der internationalen Datenlage bedeutende Unterschiede. So kommen die meisten Studien zu dieser Thematik aus Nordamerika und Europa, wohingegen Südamerika, Afrika und Asien unterrepräsentiert sind [16]. Eine adäquate und international breit gefächerte Datenlage zur Thematik der Komorbiditäten bei MS ist jedoch essenziell, um die Folgen für die betroffenen Patienten in unterschiedlichen Gesundheitssystemen weltweit abschätzen und bewerten zu können.

Die vorliegende Analyse präsentiert neurologische/psychiatrische (20,6%) und kardiovaskuläre Erkrankungen (17,3 %) als die häufigsten Komorbiditäten bei MS-Patienten. Eine aktuelle Studie des MS-Registers in Belgrad (Serbien) verzeichnete ebenfalls psychiatrische (20,59%) und kardiovaskuläre (15,23%) Erkrankungen als die häufigsten Komorbiditäten bei MS-Patienten [17]. Die Daten decken sich mit den Ergebnissen eines systematischen Reviews, das 249 MS-Studien umfasste, und arterielle Hypertonie, psychiatrische Erkrankungen, chronische Lungenerkrankungen und Fettstoffwechselstörungen als die häufigsten Komorbiditäten beschrieb [16]. In weiteren Studien konnte gezeigt werden, dass diese Komorbiditäten mit einer schlechteren Patientengesundheit einhergehen [18]. Auch das Alter ist bei der Entwicklung von Komorbiditäten von großer Bedeutung. Allgemein steigt mit dem Alter der Anteil an Menschen, die von Komorbiditäten betroffen sind [19, 20]. In der vorliegenden Arbeit konnte dieser Sachverhalt für MS-Erkrankte bestätigt werden: Patienten mit mindestens zwei Komorbiditäten neben MS waren im Median fünf Jahre älter als Patienten mit einer Zweiterkrankung und neun Jahre älter als MS-Patienten ohne Komorbiditäten. Daher erfolgte bei der multivariaten Analyse (mit Komorbiditäten assoziierte Patientenmerkmale) eine Altersadjustierung der Ergebnisse. Zu den in Studien beobachteten MS-spezifischen Auswirkungen von Komorbiditäten zählen erhöhte Krankheitsaktivität in Form von gehäuften Schüben oder Läsionen [9, 21], verstärkte Behinderungsprogression, Verschlechterung kognitiver Fähigkeiten [22, 23], Hospitalisierungen [24], Auftreten von neuen beziehungsweise Verschlimmerung bestehender MS-Symptome (z. B. Fatigue) [25], verminderte Lebensqualität [26] und erhöhtes Mortalitätsrisiko [7, 8, 27, 28]. In der vorliegenden Arbeit resultierte zwar ein signifikant höherer EDSS-Median für Patienten mit Multimorbidität im Vergleich zu Patienten mit einer oder keiner Komorbidität (3,0 vs. 2,5 vs. 2,0; p < 0,001), allerdings erwies sich die Assoziation von Komorbiditäten mit ei-

nem erhöhten Behinderungsgrad (moderat/schwer) in der multivariaten logistischen Regression nicht mehr als signifikant (p = 0.26).

Komorbiditäten können großen Einfluss auf Therapieentscheidungen im MS-Management haben. In einer kanadischen und in einer serbischen retrospektiven Beobachtungsstudie mit 10.698 beziehungsweise 2.725 MS-Patienten konnte gezeigt werden, dass sowohl die Anzahl der Komorbiditäten als auch bestimmte einzelne Komorbiditäten, wie Angststörungen und koronare Herzkrankheit, die Therapieinitiierung mit DMD deutlich verzögern können [10, 17]. Eine mögliche Erklärung für diese Verzögerungen könnte die erschwerte Diagnosestellung der MS sein, die durch Komorbiditäten maskiert oder verschleiert und somit erschwert werden kann. Die Ergebnisse unserer Analyse stützen diese Hypothese: Patienten ohne Komorbiditäten hatten im Median eine deutlich kürzere Diagnosezeit (vom Zeitpunkt des Auftretens der Erstsymptome) als Patienten mit einer oder mehreren Komorbiditäten (0.1 Jahre vs. 0.2 Jahre vs. 0.6 Jahre: p < 0,001). Außerdem ergab die Datenanalyse eine signifikante Assoziation zwischen Komorbiditäten und der Therapie mit einem DMD (OR = 1,37; p = 0,004). Dieser Zusammenhang wurde auch in der Studie vom Belgrader MS-Register gefunden (OR = 1,40; p = 0,001). Zusätzlich ergaben die Daten aus Belgrad, dass Patienten, die mit DMD behandelt werden, nach dem Behandlungsstart eine um 54 % höhere Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung von Komorbiditäten haben als Patienten ohne eine immunmodulierende Therapie (OR = 1,544; p = 0,001) [17]. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass die Behandlung mit bestimmten DMD weitere Komorbiditäten verursachen kann. So besitzen Patienten, die mit Alemtuzumab behandelt werden, ein potenziell erhöhtes Risiko für Schilddrüsenkrebs und Basalzellkarzinome [29]. Des Weiteren sollte beachtet werden, dass auch Komorbiditäten einen Einfluss auf die Wahl des zur Therapie verwendeten DMD haben können, etwa bei Patienten mit Leber- oder Nierenfunktionsstörungen [8, 10]. Fingo-

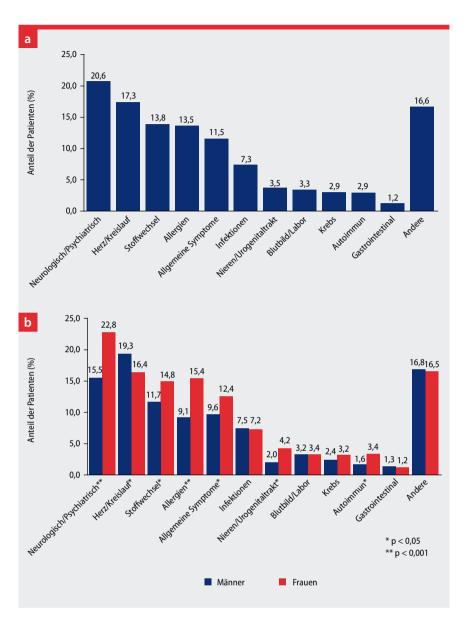


Abb. 2: Häufigkeit von Komorbiditäten bei Patienten mit MS: a) insgesamt (n = 3.534) sowie b) beim Vergleich von Frauen (n = 2.462) und Männern (n = 1.072). a: Insgesamt traten bei den 3.534 MS-Patienten neurologische/psychiatrische, kardiovaskuläre und metabolische Komorbiditäten am häufigsten auf. b: Geschlechtsspezifische Unterschiede traten bei neurologischen/psychiatrischen, kardiovaskulären, metabolischen, allergischen, allgemeinen, nephrologischen/urogenitalen und Autoimmunerkrankungen auf [n = Anzahl der Patienten; p = Signifikanz-Wert (Chi-Quadrat-Test)].

limod sollte zum Beispiel nicht bei Patienten mit schwerer Leberinsuffizienz (Child-Pugh-Klasse C) angewendet werden, da über erhöhte Leberenzyme und damit einhergehende Leberschädigungen berichtet wurde [30]. Aufgrund der Ergebnisse dieser Studien ist anzunehmen, dass einerseits Komorbiditäten einen erheblichen Einfluss auf die

MS-Therapieinitiierung sowie das Therapiemanagement haben können und andererseits der Einsatz bestimmter DMD die Ausprägung von Komorbiditäten begünstigen kann.

Nach unseren Ergebnissen sind bei MS-Patienten Komorbiditäten signifikant mit folgenden soziodemografischen und klinischen Merkmalen assoziiert:

- \_Alter über 50 Jahre,
- \_weibliches Geschlecht,
- \_progressiver MS-Verlauf,
- \_MS-Diagnosezeit von mindestens zwei Jahren,
- \_alleinstehend.
- \_kein Abschluss der Fach- oder Hochschulreife.

Ein regelmäßiges Patientenscreening durch die behandelnden Ärzte könnte einen erheblichen Beitrag zur Identifizierung von Risikopatienten und damit auch zur verbesserten Früherkennung von Komorbiditäten leisten [8].

### Interprofessionelle Abstimmung geboten

Ein weiterer wichtiger Schritt besteht in der Einbeziehung der Komorbiditäten in das MS-Therapiemanagement [8]. Die Therapie "konkurrierender" Erkrankungen sollte zwischen den behandelnden Ärzten gut abgestimmt werden, sodass zum einen möglichst wenige Nebenwirkungen sowie Arzneimittelinteraktionen auftreten und zum anderen eine hohe Therapieadhärenz gewährleistet ist. Funktionsfähige Netzwerke zwischen Hausärzten, Fachärzten und Apotheken spielen dabei eine wichtige Rolle und tragen zur adäquaten Versorgung der betroffenen Patienten bei.

Des Weiteren gilt es, die Erforschung der gegenseitigen Effekte von MS und Komorbiditäten auszuweiten [8]. Besonders im Hinblick auf klinische Studien ist das Evidenzlevel gering. Patienten im hohen Alter und mit Komorbiditäten sind in klinischen Studien oft unter- beziehungsweise gar nicht repräsentiert, was maßgeblich auf die strengen Einschlusskriterien in solchen Studien zurückzuführen ist [7, 31]. Eine Ausweitung dieser Einschlusskriterien würde klinische Studien pragmatischer gestalten und das individualisierte Therapiemanagement von MS-Patienten (unter Einbeziehung von Komorbiditäten) durch die neu gesammelten Daten verbessern.

Ein wichtiges Ziel zur Vermeidung von Komorbiditäten bei MS-Patienten ist außerdem die Prävention. Ein gesunder Lebenswandel mit regelmäßiger körperlicher Aktivität, ausgewogener Ernährung und Alkohol- sowie Rauchverzicht kann MS-Patienten vor Komorbiditäten, wie Diabetes, Hypertonie, Fettstoffwechselstörungen und chronischobstruktiven Lungenerkrankungen, schützen [7] und sich positiv auf den MS-Krankheitsverlauf sowie die Therapie auswirken.

Die in dieser Studie herangezogenen Querschnittdaten erlauben allerdings keine kausalen Rückschlüsse zur Beziehung von Komorbiditäten mit soziodemografischen und klinischen Patientenmerkmalen. Zur Klärung ursächlicher Auswirkungen von Komorbiditäten auf MS-spezifische sowie MS-unspezifische Patientencharakteristika werden Longitudinaldaten benötigt, welche die Basis für künftige Langzeituntersuchungen darstellen. Darüber hinaus sollte bei der Analyse von Komorbiditäten bei MS-Patienten eine deutliche Unterscheidung von Komorbiditäten und MS-Symptomen erfolgen. In der klinischen Praxis kann sich diese Unterscheidung jedoch schwierig gestalten und ist von der Art der Zweiterkrankung und exakter Diagnostik abhängig. Beispielsweise können Angststörungen und Depressionen als Symptome einer MS auftreten, aber auch als eigenständige Komorbiditäten vorliegen, die vor der MS-Diagnose nicht erkannt wurden [32]. Auch bei korrekter Klassifizierung von Komorbiditäten, etwa als eigenständige Vorerkrankungen, können Fehldokumentationen und -diagnosen aufgrund von überlappenden Symptomen nicht ausgeschlossen werden. Voneinander diagnostisch klar abzugrenzende Erkrankungen können sich gleichzeitig auf ein Organ oder Organsystem auswirken, zum Beispiel auf das Gehirn. Bei Patienten mit MS wurde eine Korrelation von Diabetes mellitus Typ 1 mit Hirnatrophie beschrieben [33]. Komorbiditäten stellen, besonders im Bereich der MS, ein komplexes, aber spannendes und weiterhin zu erforschendes Themengebiet dar.

#### Fazit für die Praxis

Über die Hälfte der MS-Patienten war von mindestens einer Komorbidität und über ein Drittel von Multimorbidität betroffen. Am häufigsten traten neurologische und psychiatrische sowie kardiovaskuläre Komorbiditäten auf. Es konnten einige Patientencharakteristika identifiziert werden, die mit dem Auftreten von Komorbiditäten as-

soziiert werden. Dazu zählen Variablen wie zunehmendes Alter, weibliches Geschlecht, DMD-Therapie, längere Zeit bis zur Diagnosestellung und soziodemografische Faktoren wie ein niedrigerer Bildungsgrad und eine alleinstehende Lebensweise. Ein Screening dieser Risikopatienten könnte dabei helfen die Früherkennungsraten von Komorbiditäten bei MS-Patienten zu erhöhen. Einen weiteren wichtigen Schritt stellt die Einbeziehung von Komorbiditäten in das MS-Therapiemanagement dar, um die adäquate Behandlung und Pflege von Erkrankten zu gewährleisten. Zur Verbesserung der individualisierten Pharmakotherapie von MS-Patienten mit Komorbiditäten sind weitere Studien zur beidseitigen Interaktion von Komorbiditäten und MS-Krankheitsverlauf notwendig.

#### Literatur als Zusatzmaterial unter:

www.springermedizin.de/neurotransmitter

#### AUTOREN

#### Dr. Niklas Frahm

MS-Register der DMSG, Bundesverband e.V., Hannover Krausenstraße 50 30171 Hannover

E-Mail: Frahm@msregister.de



MS-Register der DMSG, Bundesverband e.V., Hannover

#### David Ellenberger

MS-Register der DMSG, Bundesverband e.V., Hannover

#### **Melanie Peters**

MS-Register der DMSG, Bundesverband e.V., Hannover

#### **Herbert Temmes**

Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft, Bundesverband e.V.

#### Alexander Stahmann

MS-Register der DMSG, Bundesverband e.V., Hannover

### Psychiatrische Kasuistik

# Wenn die Sprache langsam schwindet

#### Aktuelle Anamnese

Die Aufnahme der 63-jährigen Patientin erfolgte im Januar 2022 als Überweisung durch den ambulanten Psychiater zur diagnostischen Abklärung einer seit 2016 bestehenden Sprachstörung. Anhand der Vorbefunde sowie durch eine umfassende Fremdanamnese mit dem Ehemann der Patientin konnte die Entwicklung der Sprachstörung folgendermaßen rekonstruiert werden: Erstmals bemerkt worden sei die Symptomatik im Januar 2016 im Kontext einer plötzlichen Kraftlosigkeit und Sensibilitätsstörung des rechten Arms, die sich vollständig zurückgebildet habe. Die Wortfindungs- und Redeflussstörung habe jedoch fortbestanden. Im Verlauf habe die Beeinträchtigung kontinuierlich zugenommen, mit einer deutlichen Verschlechterung im Verlauf der letzten eineinhalb Jahre bis hin zum fast vollständigen Verlust der Spontansprache. Zwischen 2016 und 2021 sei die Patientin im Rahmen mehrerer ambulanter und teilstationärer Behandlungen untersucht worden, jedoch ohne abschließende Diagnose.

#### Körperliche Vorerkrankungen

Bei der Patientin bestanden folgende Vorerkrankungen: HIV-Infektion (Erstdiagnose 1991) bei Zustand nach chirurgischer Leiomyomentfernung mit Bluttransfusion 1988 (CDC B2, unter HAAT, systemisch zufriedenstellend behandelt), Zustand nach Zervixkarzinom mit Hysterektomie (2012), Zustand nach Zosterneuralgie (2016), Asthma bronchiale (ED 2016), Verdacht auf TIA (2016), Hypercholesterinämie.

#### **Aktuelle Medikation**

Die Patientin nahm zum Zeitpunkt der Aufnahme folgende Medikamente ein: Ritonavir 200 mg/Tag, Darunavir 1.200 mg/Tag, Raltegravir 1.200 mg/Tag, Lamivudin 300 mg/Tag, ASS 100 mg/Tag, Salbutamol 0,2 mg bei Bedarf, Rosuvastatin 40 mg/Tag.

#### **Familienanamnese**

Die Familienanamnese war leer bezüglich relevanter neurologischer oder psychiatrischer Erkrankungen.

#### Suchtmittelanamnese

Es bestand ein Nikotinkonsum von 20 py. Die weitere Suchtmittelanamnese war leer bezüglich illegaler Rauschmittel; kein regelmäßiger Alkoholkonsum.

#### Sozialanamnese

Fremdanamnestisch berichtete der Ehemann, dass die Patientin in Ost-Berlin geboren und aufgewachsen sei. Sie hätten sich 1987 kennengelernt. Sie seien verheiratet, hätten keine Kinder und lebten gemeinsam außerhalb von Berlin. Zuletzt sei sie als Servicekraft in der Gastronomie tätig gewesen, seit 2016 beziehe sie aufgrund der sprachlichen Einschränkungen ALG2. Das soziale Umfeld sei schon immer klein gewesen, mit aktuell zunehmendem sozialen Rückzug. Die alltagspraktischen Fähigkeiten seien größtenteils erhalten, das Interesse am Kochen habe jedoch nachgelassen. Die Patientin wurde als lebensfroh, früher eloquent, strukturiert und hilfsbereit beschrieben.

#### **Psychopathologischer Befund**

Die Beantwortung von Fragen erfolgte, aufgrund der vorliegenden Sprachstörung überwiegend schriftlich, wodurch der Befund nur eingeschränkt beurteilbar ist. Ergänzt wurde dieser um fremdanamnestische Angaben durch den Ehemann.

Die Patientin war wach, allseits orientiert, im Kontakt freundlich, aber zurückhaltend, von gepflegtem äußeren Erscheinungsbild. Sie hielt Blickkontakt



#### 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 ieder Kasuistik vertiefen Sie Ihr Wissen.

#### Die Kasuistiken der letzten Ausgaben

NT 3/2022

Tinnitus kann alles oder nichts sein

NT 1-2/2022

PTBS in postpartaler Phase

NT 12/2021

Augenlid behindert die Sicht: Was steckt dahinter?

NT 11/2021

Depression bei Parkinson

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

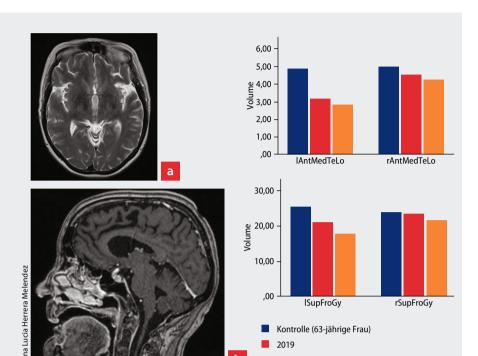
NT 4/2021

EKT-induzierte (Hypo)manie

#### Das Online-Archiv unter

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





**Abb. 1**: Strukturelle MRT-Bildgebung und Volumenminderungsvergleich. a: T2-gewichtet, Erweiterung des Sulcus lateralis; b: T1-gewichtet Erweiterung Sulcus cinguli

und war offensichtlich bemüht, dem Gespräch zu folgen. Gestik und Mimik waren teils übertrieben anmutend, im Hinblick auf die Sprachstörung noch situationsangemessen erscheinend. Die Konzentration, Auffassung und Mnestik waren orientierend regelrecht. Das formale Denken war nur bedingt beurteilbar. Es gab keinen Anhalt für inhaltliche Denkstörungen, ebenso nicht für Wahrnehmungs- oder Ich-Störungen. Im Affekt war die Patientin etwas ratlos, affektlabil. Der Antrieb war regelrecht, jedoch motorisch unruhig. Es bestanden keine Ängste, Zwänge oder Phobien. Appetit und Libido waren unauffällig, der Schlaf regelrecht. Es gab keinen Hinweis für Lebensüberdrussgedanken oder Suizidalität.

#### Körperliche Untersuchung

Die Patientin präsentierte sich in einem guten Allgemein- und Ernährungszustand (1,66 m, 65,3 kg, BMI = 23,5). In der internistischen und neurologischen körperlichen Untersuchung zeigten sich keine wegweisenden pathologischen Befunde.

#### Labor

Bis auf erhöhte Werte für Homocystein bei erniedrigten Werten für Folsäure und Vitamin B6 ergaben sich keine wegweisenden Befunde; ApoE-Status Typ 3/3.

#### Liquordiagnostik

Unauffällige Basisparameter; h-TAU 376 pg/ml (Referenzbereich < 404), p-TAU 52,9 pg/ml (Referenzbereich < 56,5),  $\beta$ -Amyloid<sub>1-42</sub> 1.114 pg/ml (Referenzbereich > 599), Neurofilament Light (NfL) 2.179 pg/ml. Oligoklonale Banden im Liquor positiv, Oligoklonale Banden im Serum negativ.

#### cMRT

Im aktuellen cMRT waren eine diskret frontal betonte Erweiterung der äußeren Liquorräume und des Sulcus cinguli, eine anterior betonte Erweiterung der inneren Liquorräume, eine linksbetonte Aufweitung des Sulcus lateralis und eine leichte temporale Furchenvertiefung zu sehen.

Die Darstellung des Hippocampus (Scheltens' a. e. 1 beidseits) war unauffällig. Es gab einzelne ausschließlich sub-

kortikal gelegene fokale und periventrikuläre leukenzephalopathische Marklagerveränderungen (Fazekas 1); keine Diffusionsrestriktionen, keine Blutungen, keine Makroinfarkte (**Abb. 1**).

#### Glucose PET (mit F18-FDG)

Hypometabolismus frontal: medial beidseits (eher Partialvolumeneffekt durch Atrophie) und lateral (L > R), anteriorer cingulärer Kortex (eher PVE), Insula beidseits (auch PVE in Region der perisylvischen Fissur), Mesialtemporallappen inklusive Hippocampus beidseits, Hirnstamm, führend Pons. Unauffälliger Metabolismus insbesondere in den folgenden Bereichen: posteriorer cingulärer Kortex, Precuneus und temporoparietaler Kortex (Abb. 2).

#### **Neuropsychometrische Testung**

Die neuropsychometrische Untersuchung wurde aufgrund der ausgeprägten Aphasie der Patientin abweichend vom standardisierten Vorgehen durchgeführt. Es ließen sich kognitive Defizite in den Bereichen der Erinnerungsfähigkeit, der Sprache (MMSE: 21/30, Orientierung 10) sowie in der Visuokonstruktion (Clock-Drawing-Test: 3) objektivieren. Im Fremdrating zeigten sich zudem deutliche Verhaltensauffälligkeiten (Frontal Behavioral Inventory [FBI]: 28/56) sowie Einschränkungen in den alltagspraktischen Fähigkeiten (Bayer-Activities of Daily Living Scale [Bayer-ADL-Skala]: 3,8). In der CERAD-Testbatterie waren deutlich unterdurchschnittliche Leistungen in der sprachlichen Flüssigkeit und Wortfindung, der Aufmerksamkeitsleistung sowie in der verbalen und visuellen Gedächtnisleistung festzustellen. Die Verarbeitungsgeschwindigkeit entsprach der Norm.

#### Spezifische Aphasiediagnostik

Die Aphasiediagnostik wurde mit dem Aachener Aphasie-Test durchgeführt sowie ausgewählten Messinstrumenten spezifischer Subtypen der frontotemporalen Lobärdegeneration. Die Spontansprache der Patientin war deutlich beeinträchtigt, ebenso wie das Benennen von Gegenständen (Magdeburger Picture Naming Test: 7/26, Boston Naming Test: 7/15). Das Sprachverständnis erschien größtenteils erhalten. Beim Nach-

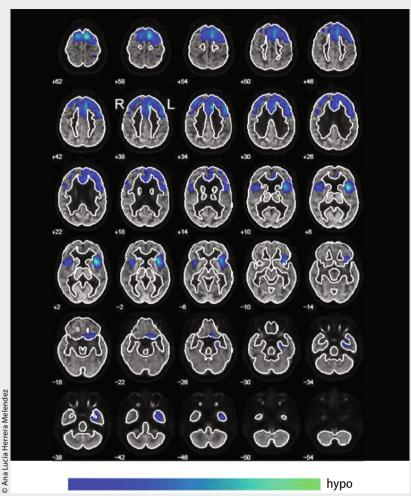


Abb. 2: Glucose PET (mit F18-FDG) der Patientin, Hypometabolismus: p < 0,001 (unkorrigiert)

Wachtstune enstersdronik O Chantal Unterfeld

Abb. 3: Test zur Oberflächendysgrafie

sprechen sowie der richtigen Zuordnung von Gegenständen bestanden mäßige Beeinträchtigungen des semantischen Wissens (Kaffee und Kuchen-Test: 23/30, Repeat & Point-Test: 18/20). Die Patientin hatte deutliche Defizite im Lesen und Schreiben bei zunehmender Komplexität. Einfache Wörter konnte sie problemlos lesen und schreiben, während bereits kurze Sätze sie überforderten (Oberflächendyslexie 28/60, -dysgrafie 33/60).

#### Zusammenfassung und Diskussion

Im Vordergrund der Symptomatik stand das aphasische Syndrom der Patientin bei zunächst unklarer Genese. Sie antwortete auf Fragen allenfalls mit ein oder zwei Wörtern, "Ja" beziehungsweise "Nein", oder schriftlich (ebenfalls mit

ein bis zwei Wörtern). Zudem schienen die sprachlichen Antworten teilweise willkürlich gewählt und inkonsistent (antwortete beispielsweise mit "ja" und schüttelte gleichzeitig den Kopf). Insbesondere die Aussprache/Formulierung komplexerer zusammengesetzter Wörter oder ganzer Sätze bereiteten der Patientin Schwierigkeiten und verlangten Konzentration und Anstrengung. Bei mehr als zwei Wörtern gab die Patientin sowohl verbal als auch schriftlich den Versuch auf (Abb. 3). Die Kommunikation war geprägt von betontem Kopfnicken und Perseverationen ("ja, ja, ja", dreimal mit dem Finger tippen). Sie zeigte eine motorische Unruhe (blickte sich häufig im Raum um, oder suchte etwas auf ihrem Handy). In der Vorgeschichte

hatte die Patienten aufgrund der zunehmenden Sprachstörung verschiedene Ärzte und Kliniken aufgesucht und die Diagnosen Verdacht auf TIA links mit aphasischer Störung und transienter fluktuierender Hemiparese rechts, Verdacht auf Konversionsstörung, Differenzialdiagnose Belastungsreaktion, Differenzialdiagnose HIV-assoziiertes neurokognitives Defizit, Sprachstörung unklarer Ätiologie, Anpassungsstörung, psychogene Sprechstörung, transientes sensomotorisches Defizit des linken Armes, DD funktioneller Genese, DD TIA-Symptomatik, mildes kognitives Defizit und Verdacht auf funktionelle Sprachstörung erhalten. Letztlich sicherte die PET- zusammen mit der MRT-Bildgebung die Diagnose. In Zusammenschau

der Befunde diagnostizierten wir eine frontotemporale Lobärdegeneration bei nicht flüssiger primär progressiver Aphasie (nfPPA).

Pick und Serieux beschrieben im Jahr 1890 erstmalig eine atrophieassoziierte Sprachstörung in der frontalen und temporalen Region der linken Hemisphäre. Der Begriff der primär progressiven Aphasie wurde wiederum von Mesulam [1] eingeführt. Die sprachliche Variante der frontotemporalen Lobärdegeneration (FTD) lässt sich in drei Subtypen einteilen:

- 1. nicht flüssige/agrammatische,
- 2. semantische und
- **3.**logopenische Variante (die jeweiligen Diagnostikkriterien sind in Gorno-Tempini et. al [2] beschrieben).

Typisch für die nfPPA ist insbesondere ein Agrammatismus der Sprachproduktion sowie eine Apraxie der Sprache bei erhaltender Fähigkeit der Objektbenennung und des Sprachverständnisses. Zudem ist die richtige, irreguläre Sprechweise (Silbenbetonung) beeinträchtigt sowie die Prosodie (Intonation, Tonsprache, Wortakzent, Rhythmus). Häufig re-

duzieren die Betroffenen merklich die Häufigkeit der sprachlichen Kommunikation. Für die Diagnosestellung sind neben der neuropsychologischen Diagnostik die Bildmorphologie und die Liquordiagnostik entscheidend. Während die Parameter der Nervenwasseruntersuchung inklusive NfL unauffällig sein können [3], müssen sich in der strukturellen Bildgebung und/oder im PET-Scan Auffälligkeiten in der linken posterioren Inselregion zeigen, zum Beispiel im inferioren frontalen Gyrus, in der Insula, in den prämotor- sowie ergänzenden Motorregionen [4]. Im vorliegenden Fall ergab insbesondere das Glucose-PET die entscheidenden Hinweise auf einen Hypometabolismus der betroffenen Hirnregionen, sodass wir mit einem erhöhten NfL, der strukturellen Bildgebung sowie der klinischen Befunde eine gesicherte Diagnose stellen konnten.

#### Therapie und Verlauf

Aufgrund des progressiven Charakters einer FTD ist der mögliche Erfolg von Therapieoptionen begrenzt. Wichtig war deshalb zunächst eine umfassende Aufklärung der Patientin und des Ehemanns bezüglich des Krankheitsbildes sowie Psychoedukation. Darüber hinaus wurden Veränderungen der Lebensgestaltung und eine logopädische Behandlung (z. B. Kommunikation mithilfe eines Tablets, Zeichensprache) initiiert. So soll zukünftig die Kommunikation verbessert werden, um die Patientin möglichst barrierefrei am alltäglichen Leben teilhaben zu lassen, die alltagspraktischen Fähigkeiten zu verbessern und die Lebensqualität zu erhöhen.

#### Literatur

- Mesulam M. Slowly progressive aphasia without generalized dementia. Annals of Neurology 1982;11(6):592–8
- Gorno-Tempini ML et al. Classification of primary progressive aphasia and its variants. Neurology 2011;76(11):1006–14
- Karantali E et al. The role of neurofilament light chain in frontotemporal dementia: a meta-analysis. Aging Clinical and Experimental Research 2021;33(4):869–81
- Buchert R, Förster S. FDG-PET in der Differenzialdiagnostik neurodegenerativer Demenzerkrankungen. Der Nuklearmediziner 2016;39(4):287–98

### Fragen und Lösungen

#### Frage 1

Welche Symptomatik spricht nicht für eine nicht flüssige progressive Aphasie?

- **a.** Das Bennen von Objekten und das Verständnis einzelner Wörter ist erhalten.
- **b.** Komplexe Sätze werden nicht mehr verstanden.
- c. Das Bennen von Objekten ist erhalten, das Nachsprechen einzelner Wörter ist beeinträchtigt.
- **d.** Dominant ist eine posteriore Insula-Atrophie links, frontal.

#### Lösung

Antwort c ist die gesuchte falsche Antwort. Das Nachsprechen von einzelnen, wenig komplexen Wörtern bleibt erhalten.

#### Frage 2

Welche Aussage zur frontotemporalen Lobärdegeneration (FTD) ist richtig?

**a.** In der MRT ist die globale Atrophie ein Kernmerkmal.

- b. Der behaviorale Subtyp einer FTD geht auch immer mit Einbußen in der Sprachproduktion einher.
- c. Zur Differenzialdiagnostik einer Alzheimer-Erkrankung ist eine PET-Bildgebung nach Leitlinie empfohlen.
- d. Bei einer nicht flüssigen primär progressiven Aphasie im Rahmen der FTD zeigt sich vor allem linkshemisphärisch eine Atrophie.

#### Lösung

Antwort d ist die richtige Antwort. Linkshemisphärisch liegt das Sprachzentrum, das durch die Atrophie beeinträchtigt wird.

#### AUTOREN

#### Chantal Unterfeld M.Sc. Psychologie

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



E-Mail: chantal.unterfeld@charite.de

#### Ana Lucia Herrera Melendez

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité – Universitätsmedizin Berlin,

#### Dr. med. Francesca Regen

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité – Universitätsmedizin Berlin,

#### Prof. Dr. Oliver Peters

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité – Universitätsmedizin Berlin

# Hier steht eine Anzeige.

Springer





### Neuropsychiatrische Erkrankungen

# Transkranielle Gleichstromstimulation bei kognitiven Störungen der Schizophrenie

Kognitive Störungen stellen ein Kernsymptom der Schizophrenie dar. Das Ausmaß der kognitiven Defizite beeinflusst die Lebensqualität und die Mortalität der Patienten. Pathophysiologisch wird eine Dysfunktion präfrontaler Hirnanteile angenommen. Mit der transkraniellen Gleichstromstimulation (tDCS) steht ein sicheres Verfahren zur Verfügung, die präfrontale Hirnaktivität mit dem Ziel der kognitiven Leistungssteigerung zu modulieren. Zielsymptome bei der Schizophrenie sind neben den kognitiven Defiziten vor allem die Negativsymptomatik und akustische Halluzinationen.

TOBIAS SCHWIPPEL, SELINA GALEFSKI, CHRISTIAN PLEWNIA

icht ohne Grund popularisierte Emil Kraepelin den Begriff der ""dementia praecox" für die nosologische Beschreibung des Krankheitsbildes, das wir heute Schizophrenie nennen. Es ist nachgewiesen, dass sich kognitive Defizite in der Größenordnung von 1–1,8 Standardabweichungen im Vergleich zu gesunden Kontrollen bei 90 % der Patienten mit Schizophrenie feststellen lassen [1].

#### Kognitive Störungen bei Schizophrenie

Kognitive Störungen bei Schizophrenie umfassen die nicht soziale Kognition, wie Wahrnehmung, Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Planungsfähigkeit und Verarbeitungsgeschwindigkeit ebenso wie Aspekte der sozialen Kognition. Diese Defizite sind bereits vor dem Eintreten der ersten Psychose nachweisbar und bleiben während des Erkrankungsverlaufs bestehen. Durch sie ist die Verfolgung von eigenen Interessen, die Etablierung eines Beschäftigungsverhältnisses und das Aufrechterhalten sozialer Beziehungen für die Betroffenen oft herausfordernd. Damit kommt den kognitiven Defiziten eine große Bedeutung in Hinblick auf den langfristigen Behandlungserfolg zu, der sich primär in der Lebensqualität der Patienten messen sollte [2].

Eine zentrale und gut untersuchbare kognitive Funktion ist das Arbeitsgedächtnis. Die Fähigkeit, Informationen im Bewusstsein zu halten und zu manipulieren, ist die Grundlage für jedwede Handlungsplanung, schlussfolgerndes Denken und explizite Lernprozesse [3]. In mehreren Metaanalysen wurden signifikante Defizite des Arbeitsgedächtnisses bei Patienten mit Schizophrenie festgestellt [4].

#### Ursachen

Als ursächlich für kognitive Defizite im Allgemeinen und eine Störung des Arbeitsgedächtnisses im Speziellen wird eine Dysfunktion des präfrontalen Kortex angenommen [5]. Insbesondere der dorsolaterale präfrontale Kortex (dlPFC) stellt dabei mit seinen subkortikalen und kortikalen Projektionen einen wichtigen neuronalen Knotenpunkt dar. Eine Vielzahl bildgebender und neurophysiologischer Studien konnte Veränderungen des dlPFC bezüglich Aktivität, Konnektivität und Neurotransmitterausschüttung während der Durchführung kognitiver Aufgaben zeigen [1]. Auch strukturelle Veränderungen der weißen und grauen Substanz, dieser für kognitive Prozesse zentralen Hirnregionen, sind vielfach nachgewiesen worden [2].

#### **Behandlung kognitiver Defizite**

#### Pharmakologische Therapieansätze

Pharmakologische Behandlungsansätze mit antipsychotischen Substanzen der zweiten Generation erbrachten in der groß angelegten, multizentrischen CATIE-Studie nur mäßige Verbesserungen der Kognition und keinen Vorteil gegenüber älteren antipsychotischen Substanzen [6]. Diese geringen Verbesserungen stehen im Gegensatz zu potenziellen Nebenwirkungen einer kontinuierlichen antipsychotischen Behandlung.

Ein anderer Behandlungsansatz zielt auf die Modulation des glutamatergen Neurotransmittersystems. Durch die Substrate Glycin und D-Cycloserin sollte die Übertragung über NMDA-Rezeptoren verbessert werden. In der CONSIST-Studie [7] konnte jedoch kein Vorteil dieser Substanzen nachgewiesen



werden. Weitere Versuche, andere Transmittersysteme zu modulieren, lieferten in kleineren Studien gemischte Ergebnisse. Das spiegelt sich in einer im Jahr 2018 veröffentlichten Metaanalyse über 93 Studien wider. Zwar wird hier ein signifikanter Effekt berichtet, allerdings ist die Effektstärke äußerst klein

#### **Kognitive Remediationstherapie**

Behaviorale Behandlungsansätze fokussieren auf das Training und Erlernen von kognitiven Fähigkeiten selbst. In dem Wissen, dass wiederholte kognitive Anstrengung zu neuronaler Plastizität und Lernen führt [9, 10], wurden Studien zum kognitiven Training durchgeführt. Diese Intervention der kognitiven Remediationstherapie (CRT) kann als Drill-and-Practice-Training oder als metakognitives Training durchgeführt werden. Erstere zielt darauf ab, sensorische und kognitive Funktionen auf "niedrigerer" kognitiver Ebene zu verbessern, indem neuroplastische Prozesse stimuliert werden, von denen man annimmt, dass sie sich positiv auf kognitive Fähigkeiten auf höherer Ebene auswirken (bottom-up). Der zweite, Top-down-Ansatz geht davon aus, dass Verbesserungen komplexer kognitiver Funktionen auf andere, weniger komplexe kognitive Funktionen generalisiert werden. Metaanalysen bestätigen unabhängig von dem gewählten Ansatz die Wirksamkeit dieser Intervention mit einer mittleren Effektstärke [11]. Entsprechend wird die CRT in der aktualisierten S3-Leitlinie Schizophrenie mit dem Empfehlungsgrad A bewertet.

#### Transkranielle Gleichstromstimulation

Die transkranielle Gleichstromstimulation (tDCS) ist eines von mehreren aktuell zur Verfügung stehenden nicht invasiven Hirnstimulationsverfahren. Weitere Verfahren sind unter anderem die transkranielle Magnetstimulation (TMS), die transkranielle Wechselstromstimulation (tACS) und die transkutane Vagusnervstimulation (tVNS). Gemeinsam haben diese Verfahren das Ziel, mit unterschiedlicher räumlicher und zeitlicher Auflösung pathophysiologische Prozesse des Gehirns zu modulieren.

#### Wirkmechanismus

Bei der tDCS wird mit der Applikation eines schwachen Gleichstroms über den Schädelknochen eine Potenzialänderung neuronaler, membranständiger Ionenkanäle und damit eine Veränderung des Ruhemembranpotenzials induziert. Im Gegensatz zur TMS werden die Zellen nicht durch einen überschwelligen Reiz direkt depolarisiert, das heißt, es wird kein Aktionspotenzial ausgelöst. Vielmehr wird die Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines Aktionspotenzials moduliert. Allgemein gilt, dass die Wirkung der tDCS wesentlich von der Grundaktivität der jeweiligen neuronalen Strukturen abhängig ist. Deshalb kann durch gezielte Aktivierung des stimulierten Hirnareals, zum Beispiel durch eine kognitive Aufgabe während der Stimulation, der Effekt der tDCS gelenkt und ver-

Die Wirkungen der tDCS können in primäre und sekundäre Effekte unterteilt werden. Die primären Effekte treten während der Stimulation im Sinne einer polaritätsspezifischen Änderung des Ruhemembranpotenzials auf. Vereinfacht kann davon ausgegangen werden, dass kathodale Stimulation (das heißt, die Kathode über dem kortikalen Zielareal) einen vornehmlich inhibitorischen Effekt auf den darunterliegenden Kortex hat, wohingegen anodale Stimulation hauptsächlich exzitatorisch wirkt. Diese Effekte sind über membranständige Kalzium- und Natriumkanäle vermittelt.

Die sekundären Stimulationseffekte reichen über die eigentliche Stimulationszeit hinaus. Sie hängen zusätzlich von einer Modulation der synaptischen Stärke ab. Diese Effekte sind hierbei unter anderem vom glutamatergen System mediiert, nachgewiesen durch Anwendung des NMDA(N-Methyl-D-Aspartat)-Rezeptorblockers Dextromethorphan, der sekundäre tDCS-Effekte verhindert. Nachweisbar sind Effekte einer einmaligen, 15- bis 30-minütigen tDCS-Sitzung bis zirka 60 Minuten nach der Stimulation. Stimulationseffekte, die deutlich über den eigentlichen Stimulationszeitpunkt hinausgehen und somit von besonderer klinischer Relevanz sind, können durch wiederholte Stimulationssitzungen über mehrere Tage erzielt werden.

#### Nebenwirkungen

Die Nebenwirkungen der tDCS sind gering ausgeprägt und das Verfahren gilt als sehr sicher. Die häufigsten Nebenwirkungen sind ein Kribbeln unter den Stimulationselektroden während der Applikation der tDCS, eine leichte Rötung und ein Jucken. Leichtgradige Verbrennungen der Haut sind lediglich in Einzelfällen beschrieben. Das Risiko der Induktion eines epileptischen Anfalls ist eine Rarität und es existieren nur wenige Fallberichte, die einen möglichen Zusammenhang zur tDCS-Applikation sehen. Hinsichtlich der wiederholten, langfristigen Anwendung der tDCS gibt es bisher noch keine kontrollierten Studien, jedoch weisen einzelne Fallstudien mit bis zu 400 tDCS-Sitzungen keine unerwünschten Effekte nach

#### Kontraindikationen

Kontraindikationen beinhalten das Vorhandensein ferromagnetischen Materials im Kopfbereich, unter anderem implantierte epidurale oder tiefe Hirnelektroden, Cochlea-Implantate und Clips zur Versorgung von Aneurysmata.

Das Vorliegen relativer Kontraindikationen verlangt die Abwägung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses im individuellen Fall. Zu den relativen Kontraindikationen zählen Epilepsie, zerebrale Läsionen, unter anderem nach Schlaganfall sowie ein Herzschrittmacher. Der Einsatz bei Kindern und schwangeren Frauen erscheint in Pilotstudien sicher, ist allerdings nicht systematisch untersucht.

#### Einordnung

Die Vorteile der tDCS liegen in der nebenwirkungsarmen Anwendung, der Möglichkeit einer Individualisierung der Therapie und der gezielten Stimulation während der Durchführung einer behavioralen Intervention (kognitiver Test, Psychotherapie, Entspannungsverfahren). Ziel ist die gezielte Modulation maladaptiver neurophysiologischer Prozesse.



#### tDCS zur Behandlung von kognitiven Störungen bei Schizophrenie

Der Nachweis des Zusammenhangs zwischen tDCS-Wirkung (20 Minuten anodale 1,5 mA tDCS des medialen präfrontalen Kortex), neurophysiologischen Charakteristika (Theta-Oszillationen) und Kognition (adaptive Kontrolle) gelang Reinhart et al. 2015. Sie zeigten, dass die gestörte Synchronität langsamer Oszillationen im präfrontalen Kortex für Verarbeitungsfehler bei Schizophrenie verantwortlich ist. Durch eine Intervention mit tDCS gelang es, die Synchronität der Oszillationen zu erhöhen und die adaptive Kontrolle zu verbessern. Damit konnte der kausale Zusammenhang zwischen kortikaler Diskonnektivität und exekutiver Kontrolle bei Patienten mit Schizophrenie experimentell verifiziert und interventionell moduliert werden [13].

Bereits seit dem Jahr 2011 wird die Wirkung von tDCS auf die Kognition bei Schizophrenie untersucht. Ziel war es zunächst, die insuffiziente Aktivität des dIPFC durch anodale Stimulation zu erhöhen. Bis zum Frühjahr 2021 lagen zirka 30 Studien zu diesem Thema vor. Sie unterschieden sich teilweise in der Stimulationsintensität und im Zeitpunkt der Stimulation (vor, während oder nach der Durchführung einer kognitiven Aufgabe) erheblich. Pilotstudien mit zunächst geringen Fallzahlen untersuchten die Effekte einer einmaligen Anwendung der tDCS auf verschiedene kognitive Fähigkeiten. Es ergab sich ein gemischtes Bild sowohl mit klar negativen Ergebnissen [14] als auch mit positiven Befunden [15, 16].

#### Metaanalysen

Entsprechend konnten mehrere Metaanalysen, auch aufgrund der Heterogenität der Studien, keinen stabilen Effekt anodaler tDCS auf das Arbeitsgedächtnis und andere kognitive Funktionen von Patienten mit Schizophrenie nachweisen [17, 18]. Interessanterweise deuteten Subanalysen der Metaanalysen jedoch darauf hin, dass die Anzahl der durchgeführten Stimulationssitzungen mit dem Effekt der Stimulation korrelieren. Daher scheint die wiederholte Applikation von tDCS, gegebenenfalls kombiniert mit der Durchführung einer kognitiven Aufgabe, vielversprechend, um stabile und möglicherweise klinisch relevante Effekte zu erzielen. Diese Hypothese ist folgerichtig, wenn die sekundären Effekte der tDCS wirksam werden sollen. Ähnliches gilt zum Beispiel analog auch für die antidepressiven Effekte der transkraniellen Magnetstimulation auf Depression, die einer wiederholten Anwendung der Stimulation bedürfen.

#### Wiederholte tDCS-Sitzungen

Die im folgenden durchgeführten Studien mit täglich ein- oder zweimaliger Anwendung von tDCS über mehrere Tage bis Wochen konnten eine Verbesserung unterschiedlicher kognitiver Domänen wie des semantischen Gedächtnisses, des Arbeitsgedächtnisses, jedoch auch psychopathologischer Skalen wie der PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) nachweisen [19]. Spannend ist die Tatsache, dass die Effekte der tDCS-Intervention teilweise erst in den Follow-up-Sitzungen nachzuweisen waren [20], was für die Planung zukünftiger Studien wichtig ist.

Passend zu diesen Befunden konnte eine aktuelle Metaanalyse, die neun Studien mit wiederholten tDCS-Sitzungen bei Patienten mit Schizophrenie einschloss, einen positiven Effekt der Stimulation auf das Arbeitsgedächtnis zeigen [21]. Diese Resultate passen zu den antizipierten sekundären Effekten der tDCS, die auch zeitlich verzögert auftretende Stimulationseffekte erklären könnten.

#### **Ausblick**

Die transdiagnostische Behandlung neuropsychiatrischer Symptome wird zukünftig stärker an die Identifikation neurophysiologischer Korrelate gekoppelt sein. Sind diese identifiziert, kann mittels tDCS das Aktivitätsniveau neuronaler Netzwerke und mit einer tACS die funktionelle Konnektivität mehrerer Hirnareale moduliert werden. Dieses generelle Prinzip wurde in Pilotstudien bereits erfolgreich bei kognitiven Defiziten bei Schizophrenie, Zwangssymptomen und bei kognitiven Defiziten im Alter angewandt. Die Zielsymptome bei der Schizophrenie sind neben den kognitiven Defiziten insbesondere die Negativsymptomatik und die akustischen Halluzina-

#### Home-Treatment

Es bestehen bereits heute die technischen Möglichkeiten tDCS nach einem ausreichenden Training vom Patienten selbst zu Hause durchführen zu lassen (home-treatment). Durch verschlüsselte Datenübertragung kann der behandelnde Arzt die Stimulationsparameter einstellen und kontrollieren (remotecontrol). Technische Weiterentwicklungen führten in den letzten Jahren dazu, dass sich die Fokalität des Verfahrens weiter erhöhte (HD-tDCS). Die verfügbaren Stimulationsprotokolle werden stetig optimiert. Die Anpassung der Stimulation an den momentanen Hirnzustand ist technisch bereits möglich und wird in Pilotstudien untersucht (closed-loop). Diese methodischen und technologischen Vorteile der nicht invasiven Hirnstimulation könnten zukünftig auf Symptomebene zu einer personalisierten Präzisionsmedizin neuropsychiatrischer Erkrankungen führen.

#### Fazit für die Praxis

Die Datenlage für die klinische Verwendung der tDCS ist aktuell unzureichend, um eine konkrete Empfehlung hinsichtlich der Behandlung kognitiver Störungen bei Schizophrenie auszusprechen. Die bisher publizierten placebokontrollierten Studien sind monozentrisch, sodass ein Bedarf an hochqualitativen, multizentrischen Studien zur Überprüfung der Wirksamkeit der tDCS besteht. Mit dem Ziel einer therapeutischen Implementierung wird zukünftig der Fokus wissenschaftlicher Studien auf den folgenden Punkten

- \_ wiederholte Anwendung der tDCS über mehrere Sitzungen,
- Kombination mit neurokognitiven Interventionen,
- \_ Individualisierung der Hirnstimulation (Hirnanatomie, Oszillationen, Aktivität),
- technische Weiterentwicklung der Stimulation (Effektivität, Fokalität, Anwendbarkeit),
- \_\_ Beachtung der Interaktionen zwischen Negativsymptomatik und kognitiven Symptomen.



#### Zertifizierte Fortbildung | Transkranielle Gleichstromstimulation bei kognitiven Störungen der Schizophrenie

#### Literatur

- 1. Heaton RK, Gladsjo JA, Palmer BW, Kuck J, Marcotte TD, Jeste DV. Stability and course of neuropsychological deficits in schizophrenia. Archives of general psychiatry 2001;58(1):24-32
- Fett A-KJ, Viechtbauer W, Penn DL, van Os J, Krabbendam L. The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: a meta-analysis. Neuroscience Biobehavioral Reviews 2011:35(3):573-88
- 3. Baddeley A. Working memory. Science 1992;255(5044):556-9
- Lee J, Park S. Working memory impairments in schizophrenia: a metaanalysis. Journal of abnormal psychology 2005;114(4):599
- Lett TA et al. Treating Working Memory Deficits in Schizophrenia: a Review of the Neurobiology. Biological Psychiatry 2014;75(5):361-70
- Keefe RSE, Bilder RM, Davis SM, Harvey PD, Palmer BW, Gold JM et al. Neurocognitive effects of antipsychotic medications in patients with chronic schizophrenia in the CATIE Trial. Archives of general psychiatry 2007;64(6):633-47
- Buchanan RW, Javitt DC, Marder SR, Schooler NR, Gold JM, McMahon RP et al. The Cognitive and Negative Symptoms in Schizophrenia Trial (CONSIST): the efficacy of glutamatergic agents for negative symptoms and cognitive impairments. American Journal of Psychiatry 2007;164(10):1593-602
- 8. Sinkeviciute I, Begemann M, Prikken M, Oranje B, Johnsen E, Lei WU et al. Efficacy of different types of cognitive enhancers for patients with schizophrenia: a meta-analysis. npj Schizophrenia 2018;4(1):22
- Colom R, Martínez K, Burgaleta M, Román FJ, García-García D, Gunter JL et al. Gray matter volumetric changes with a challenging adaptive cognitive training program based on the dual n-back task. Personality and Individual Differences 2016;98:127-32
- 10. Olesen PJ, Westerberg H, Klingberg T. Increased prefrontal and parietal activity after training of working memory. Nature neuroscience
- 11. Wykes T, Huddy V, Cellard C, McGurk SR, Czobor P. A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. American Journal of Psychiatry 2011;168(5):472-85
- 12. Schwippel T, Wasserka B, Fallgatter AJ, Plewnia C. Safety and efficacy of long-term home treatment with transcranial direct current stimulation (tDCS) in a case of multimodal hallucinations. Brain stimulation 2017;10(4):873-4
- 13. Reinhart RM, Zhu J, Park S, Woodman GF. Synchronizing theta oscillations with direct-current stimulation strengthens adaptive control in the human brain. Proceedings of the National Academy of Sciences 2015:112(30):9448-53
- 14. Rassovsky Y, Dunn W, Wynn JK, Wu AD, Iacoboni M, Hellemann G et al. Single transcranial direct current stimulation in schizophrenia: Randomized, cross-over study of neurocognition, social cognition, ERPs, and side effects. PloS one 2018;13(5):e0197023
- 15. Schwippel T, Papazova I, Strube W, Fallgatter A, Hasan A, Plewnia C. Beneficial effects of anodal transcranial direct current stimulation (tDCS) on spatial working memory in patients with schizophrenia. European Neuropsychopharmacology 2018;28(12):1339-50
- 16. Papazova I, Strube W, Becker B, Henning B, Schwippel T, Fallgatter AJ et al. Improving working memory in schizophrenia: Effects of 1 mA and 2 mA transcranial direct current stimulation to the left DLPFC. Schizophrenia research 2018;202:203-9
- 17. Sloan NP, Byrne LK, Enticott PG, Lum JA. Non-Invasive Brain Stimulation Does Not Improve Working Memory in Schizophrenia: A Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. Neuropsychology Review 2020:1-24
- 18. Kim J, Iwata Y, Plitman E, Caravaggio F, Chung JK, Shah P et al. A metaanalysis of transcranial direct current stimulation for schizophrenia: "Is more better?". Journal of psychiatric research 2019;110:117-26
- Chang C-C et al. Examining bi-anodal transcranial direct current stimulation (tDCS) over bilateral dorsolateral prefrontal cortex coupled with bilateral extracephalic references as a treatment for negative symptoms in non-acute schizophrenia patients: a randomized, doubleblind, sham-controlled trial. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry 2020;96:109715
- 20. Jeon D-W, Jung D-U, Kim S-J, Shim J-C, Moon J-J, Seo Y-S et al. Adjunct transcranial direct current stimulation improves cognitive function in patients with schizophrenia: a double-blind 12-week study. Schizophrenia research 2018;197:378-85

21. Narita Z, Stickley A, DeVylder J, Yokoi Y, Inagawa T, Yamada Y et al. Effect of multi-session prefrontal transcranial direct current stimulation on cognition in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. Schizophrenia research 2020;216:367-73

#### 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: keine. 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**

#### Dr. med. Tobias Schwippel

Department of Psychiatry and Carolina Center for Neurostimulation University of North Carolina at Chapel Hill Chapel Hill, NC 27599, USA



E-Mail: tobias\_schwippel@unc.edu

#### Selina Galefski, MS

Universitätsklinikum für Psychiatrie und Psychotherapie Universität Tübingen Calwerstraße 14, 72076 Tübingen

#### Prof. Dr. med. Christian Plewnia

Universitätsklinikum für Psychiatrie und Psychotherapie Universität Tübingen Calwerstraße 14, 72076 Tübingen

E-Mail: christian.plewnia@uni-tuebingen.de



### Transkranielle Gleichstromstimulation bei kognitiven Störungen der Schizophrenie

#### Teilnehmen und Punkte sammeln können Sie

- · als e.Med-Abonnent\*in von SpringerMedizin.de
- · als registrierte\*r Abonnent\*in 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.

FIN gültig bis 2.5.2022:

NT22N4Ss

- Welche ist die häufigste Nebenwirkung einer transkraniellen Gleichstromstimulation (tDCS)?
- Krampfanfall
- Verbrennung an Stimulationsstelle
- Leichtes Kribbeln während der Stimulation
- Wortfindungsstörungen
- Sehstörungen
- Was trifft auf die transkranielle Gleichstromstimulation (tDCS) zu?
- O Durchdringt die Kalotte nicht.
- Setz das Vorhandensein eines anatomischen cMRT voraus.
- Erzeugt ein Magnetfeld von zirka 1,5 Tesla
- O Moduliert die neuronale Exzitabilität.
- O Löst Aktionspotenziale aus.
- Welche Aussage trifft *nicht* auf kognitive Defizite im Rahmen einer Schizophrenie zu?
- Sind relevant für die Lebensqualität der Patienten.
- Finden sich bei Verwandten der erkrankten Menschen.
- Sind in einer Größenordnung von 1–1,8
   Standardabweichungen zu erwarten.
- Sind vor Ausbruch einer Psychose nachweisbar.
- Sind auf das Arbeitsgedächtnis beschränkt.

- Wann sind anhaltende Effekte der transkraniellen Gleichstromstimulation (tDCS) vor allem zu erwarten?
- O Bei Stimulationssitzungen < 1 Minute
- Bei Anwendung nach der Nahrungsaufnahme
- Bei wiederholter Anwendung über mehrere Tage
- O Bei gemeinsamer Anwendung mit Dextromethorphan
- Bei Kombination mit einer Elektrokonvulsionstherapie
- Was sind *keine* Vorteile der transkraniellen Gleichstromstimulation?
- Die Anwendung ist prinzipiell zu Hause möglich.
- Kann während der Durchführung kognitiver Aufgaben erfolgen.
- O Eine geringe Rate an Nebenwirkungen.
- O Präfrontale, kortikale Hirnareale können stimuliert werden.
- Aktionspotenziale kortikaler Neurone werden ausgelöst.
- Was ist keine typische Kontraindikation einer transkraniellen Gleichstromstimulation?
- O Krampfanfälle in der Vorgeschichte
- Tiefe Hirnstimulationselektrode im subthalamischen Nukleus
- Mangelnde Einwilligungsfähigkeit
- Einnahme einer antihypertensiven Medikation
- Cochlea-Implantat

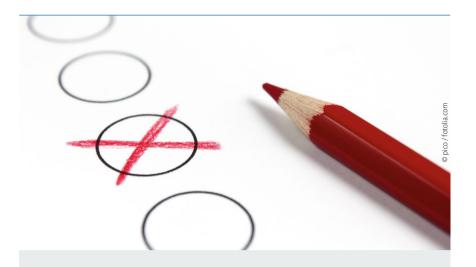
- Was gilt nicht für die Behandlung kognitiver Defizite im Rahmen einer Schizophrenie?
- O Es gibt eine klare pharmakologische Behandlungsempfehlungen.
- Ist wichtig für die Lebensqualität der Patienten.
- Kognitive Remediationstherapie ist wirksam.
- Die transkranielle Gleichstromstimulation ist eine neuer, innovativer Behandlungsansatz.
- Die Wirksamkeit der transkraniellen Gleichstromstimulation muss in hochqualitativen, multizentrischen Studien überprüft werden.
- Welche Aussage gilt nicht für die transkranielle Gleichstromstimulation (tDCS)?
- Die Effekte sind maßgeblich von der Aktivität des Zielareals abhängig.
- Die tDCS modulierte die Auftretenswahrscheinlichkeit von Aktionspotenzialen.
- Die tDCS wirkt sich auf die neuronale Exzitabilität aus.
- Die Wirkung einer einmaligen Sitzung ist bis zu 60 Minuten nach Stimulationsende nachweisbar.
- Die Formatio reticularis ist ein häufiges Ziel der tDCS.

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

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

Bei inhaltlichen Fragen erhalten Sie beim Kurs auf SpringerMedizin.de/CME tutorielle Unterstützung. Bei technischen Problemen erreichen Sie unseren Kundenservice kostenfrei unter der Nummer 0800 7780777 oder per Mail unter kundenservice@springermedizin.de.

- Was trifft hinsichtlich des Arbeitsgedächtnisses im Rahmen einer Schizophrenie nicht zu?
- Es liegen häufig Defizite des Arbeitsgedächtnisses vor.
- Das Arbeitsgedächtnis bezeichnet die Fähigkeit, Informationen im Bewusstsein zu halten und zu manipulieren.
- Störungen des Arbeitsgedächtnisses bilden sich nach leitliniengerechter antipsychotischer Behandlung der Positivsymptomatik vollständig zurück.
- Es wird unter anderem eine Dysfunktion des dorsolateralen präfrontalen Kortex angenommen.
- In einzelnen Studien konnte die transkranielle Gleichstromstimulation das Arbeitsgedächtnis bei Patienten mit Schizophrenie verbessern.
- Welche Aussage trifft *nicht* auf die kognitive Remediationstherapie bei Schizophrenie zu?
- O Hat den Empfehlungsgrad A in den aktuellen Leitlinien.
- Kann nicht mit nicht invasiver Hirnstimulation kombiniert werden.
- Kann die wiederholte Durchführung relativ einfacher kognitiver Aufgaben beinhalten.
- Kann im Rahmen eines metakognitiven Ansatzes die Durchführung komplexer Aufgaben beinhalten.
- Eine mittlere Effektstärke ist metaanalytisch nachgewiesen.



### Aktuelle CME-Kurse aus der Psychiatrie

- ▶ Bewegung, körperliche Aktivität und Sport bei depressiven Erkrankungen aus: NeuroTransmitter 1-2/2022 von: A. Bendau, M. Petzold, A. Ströhle zertifiziert bis: 9.2.2023 CME-Punkte: 2
- ► Mini-ICF-APP Operationalisierung psychischer
  Funktionseinschränkungen
  aus: NeuroTransmitter 11/2021
  von: M. Weih, M. Linden, B. Muschalla zertifiziert bis: 10.11.2022
  CME-Punkte: 2
- ▶ 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

Diese Fortbildungskurse finden Sie, indem Sie den Titel in das Suchfeld auf SpringerMedizin.de/CME eingeben. Zur Teilnahme benötigen Sie ein Zeitschriften- oder 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 die 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\*in steht Ihnen außerdem das CME-Kursangebot von SpringerMedizin.de zur Verfügung: Hier finden Sie aktuell über 550 CME-zertifizierte Fortbildungskurse aus allen medizinischen Fachrichtungen!

Unter www.springermedizin.de/eMed können Sie ein e.Med-Abo Ihrer Wahl und unser CME-Angebot 14 Tage lang kostenlos und unverbindlich testen.



# Hier steht eine Anzeige.

Springer

#### Inhalatives Levopoda gegen Off-Episoden

Bei vielen Parkinson-Patienten kommt es im Laufe der Jahre unter Levodopa-Einnahme zu einem On-Off-Phänomen. Dabei ist die durch die Medikation gute Beweglichkeit plötzlich eingeschränkt. Ab Mitte 2022 wird das erste inhalative Levodopa-Medikament (Inbrija®) in Deutschland zur Verfügung stehen, das für die intermittierende Behandlung von episodischen motorischen Fluktuationen (Off-Episoden) bei erwachsenen Patienten mit Parkinson zugelassen ist. Das Medikament wird mit einem speziellen Inhalator verabreicht und dient zur Überbrückung der Off-Episode.

In der EU-zulassungsrelevanten pivotalen klinischen Studie zeigte sich bereits nach zehn Minuten eine Symptomverbesserung im Vergleich zu Placebo, mit einem statistisch signifikanten Wirkungsmaximum nach 30 Minuten (10 vs. 6 Punkte, nach UPDRS, Teil III). Die Wirkung hielt bis zu 60 Minuten an [LeWitt Peter A et al. Lancet Neurol 2019;18:145–54]. Die in klinischen Studien am häufigsten berichteten Nebenwirkungen waren Husten, Sturz, Infektion der oberen Atemwege, Dyskinesie und verfärbtes Sputum.

Nach Informationen von Esteve

#### Neues Depot-Risperidon auf dem Markt

Die Europäische Kommission hat die Zulassung des Depot-Antipsychotikums Risperidon ISM® (Okedi®) zur Behandlung von Schizophrenie bei Erwachsenen erteilt. Die Zulassung basiert auf den Ergebnissen der PRISMA-3-Studie [Correll CU et al. NPJ Schizophr 2020;6:37]. Darin wurden mit beiden untersuchten Dosierungen (75 mg und 100 mg, einmal pro Monat) die primären und sekundären Wirksamkeitsendpunkte für die Behandlung von Patienten mit akuter Exazerbation einer Schizophrenie erreicht. Der PANSS-Gesamtscore besserte sich von Therapiebeginn bis Tag 85 unter der 75-mg-Dosis signifikant um -13,0 und unter 100 mg um -13,3. Die am häufigsten berichteten behandlungsbedingten unerwünschten Ereignisse waren erhöhte Prolaktinwerte (7,8%), Kopfschmerzen (7,3%), Hyperprolaktinämie (5%) und Gewichtszunahme (4,8%). red

Nach Informationen von Rovi

# Komplementinhibition mit Eculizumab bei Myasthenia gravis und NMOSD

→ Aufgrund der vorbestehenden Schwäche respiratorischer und bulbärer Muskeln sowie der oft notwendigen chronischen Immunsuppression können Patienten mit Myasthenia gravis (MG) im Fall einer SARS-CoV-2-Infektion besonders gefährdet sein. Dr. Ulrich Hofstadt-van Oy, Klinik für Neurologie am Knappschaftskrankenhaus Dortmund, schilderte den Fall eines 62-jährigen Patienten mit therapierefraktärer generalisierter Acetylcholinrezeptor(AChR)-Antikörper-positiver MG, der sich im August 2020 mit dem Virus infizierte und anschließend eine zunehmende generalisierte Schwäche zeigte. Nach erfolgter Tracheotomie sei das Weaning trotz IVIG-Gabe und Plasmapherese nicht gelungen. Unter einer daraufhin eingeleiteten Therapie mit dem terminalen Komplementinhibitor Eculizumab (Soliris®) habe der Patient schon nach zwei Wochen extubiert werden und nach zwei Monaten seine Arbeit wieder aufnehmen können. Die Lebensqualität beschreibe er bis heute als sehr gut.

In der Open-label-Extension der REGAIN-Studie konnte gezeigt werden, dass die mit Eculizumab erzielten Verbesserungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, der Muskelkraft sowie der funktionellen Fähigkeit über 130 Wochen erhalten blieben. [Muppidi S et al., Muscle Nerve 2019;60:14– 241

Bei Patienten mit NMOSD, die positiv für Anti-Aquaporin-4(AQP4)-Antikörper sind, zeigt Eculizumab ebenfalls eine hohe Wirksamkeit. In der PREVENT-Studie (inklusive Open-label-Extension) seien 94,4% der Behandelten 192 Wochen lang schubfrei geblieben, berichtete Dr. Ruth Schneider, Klinik für Neurologie am St. Josef-Hospital der Ruhr-Universität Bochum [Wingerchuk DM et al. Ann Neurol 2021;89:1088-98]. Die jährliche Schubrate war gegenüber Placebo von 0.35 auf 0.025 reduziert (95%-KI: 0,199-0,616). NMSOD sind etwa 100-fach seltener als Multiple Sklerose. Die Patienten werden jedoch häufig intensivpflichtig. Im Rahmen von Schüben während einer zervikalen Myelitis entwickelt etwa jeder dritte Patient ein respiratorisches Versagen, das mit rund 50% zur deutlich erhöhten Mortalität beiträgt.

Eculizumab ist unter anderem indiziert zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit AChR-Antikörper-positiver, refraktärer, generalisierter MG sowie von erwachsenen Patienten mit AQP4-Antikörper-positiver, schubförmig verlaufender NMOSD. Der monoklonale Antikörper erhöht die Anfälligkeit der Patienten für eine Meningokokkeninfektion (Neisseria meningitidis). Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung sind der Fachinformation zu entnehmen.

Dr. Matthias Herrmann

Symposium "Neurologische Autoimmunerkrankungen auf der Intensivstation", Arbeitstagung NeuroIntensivMedizin, 22.1.2022; Veranstalter: Alexion

# Cannabidiol bei Epilepsie von Menschen mit Behinderung

Menschen mit Behinderung leiden schwerer und statistisch häufiger an Epilepsie. Umso wichtiger war eine Fortbildung mit dem Schwerpunkt Cannabidiol, die im Januar auf die schwierige Versorgung der Betroffenen hinwies.

Die Zahl hierzulande zugelassener Antiepileptika (AED) ist groß, und ihre Eignung für verschiedene Epilepsieformen gut erforscht. Dennoch sei ein Mangel an Studien bezüglich der Behandlung von Menschen mit

Behinderung zu beklagen, berichtete Dr. Frank Kerling, Leiter der Medizinischen Zentren für Menschen mit Behinderung (MZEB) im mittelfränkischen Schwarzenbruck. Die Behandlungssituation sei darüber hinaus verbesserungswürdig. Nur bei 30–40% der Menschen mit Intelligenzminderung (ID) könne durch die vorhandenen Therapien Anfallsfreiheit erreicht werden. Als Therapeutika der ersten Wahl nannte Kerling Lamotrigin, Levetiracetam mit der

#### **Pharmaforum**

Einschränkung möglicher Verhaltensänderungen sowie Valproat, bei dem eine mögliche Schwangerschaft der Patientinnen unbedingt berücksichtigt werden müsse. Bei Orphan drugs, unter denen Cannabidiol (Epidyolex®) die breiteste Zulassung aufweise, sehe die Forschungslage günstiger aus. Hier würden bedingt durch die Behandlung seltener Syndrome Menschen mit geistiger Behinderung häufiger in die Zulassungsstudien eingeschlossen. Allerdings seien die Patienten zumeist jung, sodass auch bei diesen Medikamenten Erfahrungen mit der Therapie Erwachsener fehlten.

Nach Kerlings Erfahrung eigne sich Cannabidiol zur Behandlung von Krampfanfällen bei Dravet-Syndrom, Lennox-Gastaut-Syndrom und tuberöser Sklerose. Die Verträglichkeit sei insgesamt gut. Zu beachten sei jedoch das Interaktionspotenzial mit Clobazam und Stiripentol.

Privatdozent Dr. Felix von Podewils von der Universitätsmedizin Greifswald fasste in einem weiteren Vortrag den aktuellen Wissensstand zur biochemischen Wirkungsweise von Cannabidiol zusammen. Neben der Wirkung auf Ionenkanäle der Synapse spielen dabei die Modulation inflammatorischer Prozesse sowie die Beeinflussung des mTOR-Pathways eine Rolle. Die Wirksamkeit von Cannabidiol ist nach seiner Einschätzung bei epileptischen Enzephalopathien sowie bei der tuberösen Sklerose bereits hinreichend bestätigt. Aber auch er wies auf das weitreichende Interaktionspotenzial der erst seit Kurzem zugelassenen Substanz Jan Groh

"EPI Campus 2022: Fortbildung und Austausch zu Epilepsie und Menschen mit Behinderungen" am 22.1.2022; Veranstalter: GW Pharmaceuticals

# Wie DiGA in den Versorgungsalltag integriert werden können

Psychotherapie ist eine wichtige Säule einer leitliniengerechten Behandlung von Depressionen. Hierzulande müssen Patienten jedoch durchschnittlich 20 Wochen auf den ersten Termin in der Richtlinienpsychotherapie warten [https://go.sn.pub/w83KpA]. Online-Interventionen haben das Potenzial, die bestehenden Versorgungslücken zu verringern. Eine effektive und flexible Lösungsmöglichkeit bietet das internetbasierte, interaktive Therapieprogramm deprexis®, das aufgrund einer guten Evidenzbasis als bisher einzige Gesundheits-App im Bereich Depression dauerhaft im Verzeichnis der digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) gelistet ist [https://diga. bfarm.de/de]. Somit werden die Kosten für die Verordnung der App von allen gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Die Wirksamkeit des Online-Therapieprogramms wurde in mehreren Studien nachgewiesen. Eine aktuelle Metaanalyse mit zwölf randomisierten Studien und insgesamt 2.901 Teilnehmern bestätigt die Effektivität der Online-Intervention auf depressive Symptome (durchschnittliche Effektstärke von 0,51) – und zwar unabhängig davon, ob die Anwendung des Programms durch die Patienten ärztlich begleitet wurde oder nicht [Twoney C et al. PLosOne 2020:15:e0228100].

Deprexis® besteht aus verschiedenen Modulen mit überwiegend kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ausrichtung, die dem User in einer auf seine individuellen Bedürfnisse angepassten Reihenfolge präsentiert werden. Nach den Erfahrungen von Prof. Dr. Michael Landgrebe, Chefarzt der kbo-Lech-Mangfall-Kliniken Agatharied, könne die DiGA im Versorgungsalltag breit eingesetzt werden – nicht nur zur Überbrückung von Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz, sondern auch zur Ergänzung einer konven-Face-to-Face-Psychotherapie. tionellen Aber auch als Zugangsalternative für Menschen mit Depressionen, die in unterversorgten Gebieten lebten oder die Hemmungen gegenüber einem persönlichen Gespräch mit Therapeuten hätten, könne die App verordnet werden. Im Rahmen des Entlassmanagements in der Klinik könne die DiGA die Brücke schlagen zwischen der ambulanten und stationären Versorgung.

Abdol A. Ameri

Symposium "E-Mental Health: Erfahrungen aus einem Jahr BfArM-DiGA-Verzeichnis" im Rahmen des DGPPN-Kongresses; Berlin, 26.11.2021; Veranstalter Servier

#### Neurologie-Fortbildungen

Mit neuen Angeboten macht sich das Unternehmen Eisai für die Fortbildung in der Neurologie stark. Der monatliche Newsletter neuropost® stellt Fachbeiträge sowie Publikationen vor und informiert über die neuesten Podcasts der Reihe "Zwischen den Ohren" und anstehende CME-Fortbildungen, insbesondere aus der neuronar®-Reihe von Eisai. Zudem bietet neuropost® Services wie Screening-Tests, Fragebögen und Patientenbroschüren zum Abruf.

Nach Informationen von Eisai

#### Risdiplam bei präsymptomatischen Säuglingen mit SMA

Die US-amerikanische Food and Drug Administration hat dem ergänzenden Zulassungsantrags für Risdiplam (Evrysdi®) zur Behandlung von präsymptomatischen Säuglingen unter zwei Monaten mit spinaler Muskelatrophie (SMA) eine vorrangige Prüfung gewährt. Der Antrag umfasst vorläufige Daten aus der RAIN-BOWFISH-Studie, die zeigen, dass die Mehrheit der mit Risdiplam behandelten präsymptomatischen Säuglinge nach zwölf Monaten Behandlung wichtige Meilensteine wie Sitzen, Stehen und Gehen erreicht und die Fähigkeit zu schlucken erhalten bleibt.

Nach Informationen von Roche

#### Otsuka Team Award Psychiatry+

Im Jahr 2021 wurde der Otsuka Team Award Psychiatry+ zur Förderung interdisziplinärer, multiprofessioneller Behandlungskonzepte psychisch Erkrankter in Höhe von 20.000 € bereits zum vierten Mal vergeben. Der Preis ging an das Team der Stationsäquivalenten Behandlung von Psychosen (Psychose-StäB) der Klinik für Psychiatrie an der Eberhard Karls Universität Tübingen. Fokus der Arbeit ist ein psychotherapeutisches Konzept, mit dem psychotisch erkrankten Menschen eine Alternative zur stationären Klinikbehandlung im heimischen Setting angeboten werden kann. Auch im Jahr 2022 schreibt Otsuka Pharma den Preis in gleicher Höhe aus. Informationen finden Sie unter: www.otsuka.de/team-award-psychiatrie.

Nach Informationen von Otsuka

#### Mehr Depressionen in der Pandemie

Die COVID-19-Pandemie hat weltweit zu einer Zunahme an Depressionen um fast 30 % geführt, so eine Ende 2021 in Lancet veröffentlichte Studie [doi.org/ 10.1016/S0140-6736(21)02143-7]. Die hausärztlich tätige Internistin Karin Leikert, Erftstadt, bestätigt diesen Trend aus eigener Praxis. "Zur Therapie der Depression sehe ich psychotherapeutische Maßnahmen als gute Möglichkeit an. Ist bei einer leichten bis mittelschweren Depression eine Pharmakotherapie angezeigt, ist hochdosierter Johanniskrautextrakt eine gute Option. Das Phytopharmakon wird meist gut angenommen," so Leikert und ergänzt: "Grund dafür ist unter anderem die gute Verträglichkeit. So ist unter dem pflanzlichen Arzneimittel beispielsweise keine Gewichtszunahme zu befürchten – ein wichtiger Aspekt gerade für die häufig betroffenen jüngeren Frauen. Aber auch eine sexuelle Dysfunktion oder eine Sedierung sind unter Johanniskraut nicht zu erwarten." red

Nach Informationen von Bayer

#### Lebensqualität bei Migräne

Patienten mit Migräne sind nicht nur während der Attacken beeinträchtigt, die Erkrankung kann den Alltag stark einschränken und ungewollte Lebensstiländerungen notwendig machen. Zudem ist Migräne mit Komorbiditäten wie Angststörungen und Depressionen assoziiert und kann Chancen in Bezug auf Ausbildung, Einkommen und Karriere reduzieren. "Eine effektive Prophylaxe kann sich auf alle Aspekte auswirken und somit insgesamt die Lebensqualität der Betroffenen verbessern", sagte Prof. Zaza Katsarava, Klinikum Unna, auf dem Lilly-Symposium beim DGN-Kongress 2021. Eine Prophylaxe mit Galcanezumab (Emgality®) könne die Zahl der Migränekopfschmerztage sowohl bei episodischer, chronischer als auch therapierefraktärer Migräne reduzieren [Mulleners WM et al. Lancet Neurol 2020;19:814-25; Silberstein S et al. J Headache Pain 2019;20:75; Detke HC et al. Neurology 2018:91(24): e2211-e2221]. Galcanezumab führte bei 42% der Betroffenen mit therapierefraktärer Migräne, die zu Beginn der Studie unter einer schweren Belastung litten, zu einer verbesserten Lebensqualität zwischen den Attacken [Garcia-Azorin D et al. AAN 2020, P700].

Nach Informationen von Lilly

### Lehren aus COM-PER: Perampanel früh einsetzen

Der selektive, nicht kompetitive AMPA-Rezeptorantagonist Perampanel (Fycompa®), ein Breitspektrum-Antiepileptikum, sollte im Therapieverlauf möglichst früh zum Zuge kommen. Denn dann ist der Benefit für den Patienten am größten, so das Ergebnis der COM-PER-Studie [Canas N et al. https://doi.org/10.1016/j.seizure.2021.01.019].

In COM-PER, einer multizentrischen, retrospektiven Beobachtungsstudie, wurde der Einsatz von Perampanel als erste und als späte Zusatztherapie bei fokalen Epilepsien verglichen. Früh eingesetzt wurde es bei 21 Patienten im mittleren Alter von 35 Jahren, bei denen die Diagnose im Mittel vor fünf Jahren gestellt worden war. Sie hatten in den drei Monaten vor Studienbeginn durchschnittlich vier Anfälle erlitten und bislang ein Basis-Antiepileptikum erhalten. Zum Vergleich erhielten 60 Patienten mit einem Durchschnittsalter von 43 Jahren, bei denen die Diagnosestellung im Durchschnitt 26 Jahre zurücklag, Perampanel als späte Zusatztherapie. Sie waren bereits mit mindestens drei Basis-Antiepileptika behandelt worden. In den drei Monaten vor Studienbeginn waren im Mittel sieben Anfälle aufgetreten.

"Das Ergebnis ist eindeutig", resümierte Prof. Dr. Martin Holtkamp, Klinik für Neurologie an der Charité, Universitätsmedizin Berlin. Die Wirksamkeit von Perampanel sei besser, wenn es früh zum Zuge komme.

So lag der Anteil der Responder innerhalb von zwölf Monaten mit Perampanel als erster Zusatztherapie bei 85,7%, 71,4% waren anfallsfrei. Mit Perampanel als später Add-on-Therapie lagen die Ansprechraten bei 28,3 % und 13,3 %. Je früher also Perampanel zum Einsatz kommt, desto besser ist der Benefit für den Patienten. In der Praxis stellt dies kein Problem dar. Laut Holtkamp existiere bei den Antiepileptika kein Ranking. "Man kann jedes Antiepileptikum zu jedem Zeitpunkt im Verlauf der Erkrankung geben." Zugelassen ist Perampanel für die Zusatztherapie fokaler Anfälle mit und ohne sekundäre Generalisierung ab einem Alter von vier Jahren sowie als Zusatztherapie primär generalisierter tonisch-klonischer Anfälle bei idiopathisch generalisierter Epilepsie ab sieben Jahren.

Dr. Beate Fessler

Eisai Journal Club beim 15. Valentinssymposium® am 29.1.2022; Veranstalter: Eisai

# MS: Diroximelfumarat zur oralen Therapie zugelassen

→ Mit Diroximelfumarat (Vumerity®) ist eine weitere orale Therapieoption für Patienten mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose in Europa verfügbar. Grundlage für die Zulassung des neuen Fumarats waren neben pharmakologischen Überbrückungsstudien das Wirksamkeitsund Sicherheitsprofil von Dimethylfumarat (DMF, Tecfidera®) in der Langzeitanwendung und die Ergebnisse der Phase-III-Studien EVOLVE-MS-1 [Naismith RT et al. Mult Scler 2020;26(13):1729-39] und EVOLVE-MS-2 [Naismith RT et al. CNS Drugs 2020;34(2):185-96]. In EVOLVE-MS-2 konnte gezeigt werden, dass eine Therapie mit Diroximelfumarat mit einem günstigen gastrointestinalen Verträglichkeitsprofil einhergehen und zu weniger Therapieabbrüchen führen kann. Unter Diroximelfumarat wurde im Vergleich zu DMF eine geringere Rate gastrointestinaler unerwünschter Ereignisse erfasst (34,8 % vs. 49,0 %). Auch die Therapieabbruchrate wegen Nebenwirkungen war geringer (1,6% vs. 5,6%). Die Abbruchraten wegen gastrointestinaler Nebenwirkungen betrugen unter Diroximelfumarat 0,8% und 4,8% unter DMF. Flushing wurde bei 32,8% der Patienten unter Diroximelfumarat berichtet und bei 40,6 % unter DMF. Schwerwiegende unerwünschte Ereignisse in Bezug auf oder Therapieabbrüche wegen Flushing wurden nicht beobachtet. Die Arznei kann unabhängig von einer Mahlzeit eingenommen werden.

Nach Informationen von Biogen

# Hier steht eine Anzeige.

Springer

# Journal

## J. D. Salingers PTSD

Teil 2: "Für Esmé – in Liebe und Elend"



orporal Z, die Kontrastfigur zum Protagonisten X, betritt die Szene: ein vor Gesundheit strotzender unbekümmerter Kerl von 24 Jahren, der ständig um seine Frisur bemüht ist, der sogar während der verlustreichen Schlacht im Hürtgenwald mit Truthähnen posiert hatte, die zum Thanksgiving geschickt worden waren. Überdies schmückt er sich mit unverdienten Auszeichnungen. Er schlägt vor, im Radio dem Komiker Bob Hope zuzuhören. X blockt ab. Ihm ist nicht nach Komik zumute. Beim Versuch von X, sich erneut eine Zigarette anzuzünden, fällt Z das ausgeprägte Zittern auf. Außerdem hat X stark abgenommen, und Z meint, er habe im Hospital wie eine "verdammte Leiche" ausgesehen. Die Schlussphase der Erzählung lässt X endlich initiativ werden. Er holt seine Reiseschreibmaschine, die auch Salinger immer begleitet hat, er schafft Ordnung auf dem Tisch und überlegt, ob er zur Erleichterung einem alten Freund in New York schreiben solle. Aber er kann wegen seines Tremors das Briefpapier nicht in die Walze einführen und zerknüllt es schließlich resigniert, er schmiegt sich an die Schreibtischplatte wie an eine Mutterbrust, birgt darauf seinen Kopf und schließt die Augen. Nach einiger Zeit fällt sein Blick auf eines der Päckchen, das offenbar nachgeschickt wurde, wie die vielen Umadressierungen verraten. X brennt mit einem Streichholz die Schlaufe ab, betrachtet fasziniert die Flamme, ehe er das Päckchen selbst öffnet. Es enthält einen handschriftlich geschriebenen Zettel und einen Gegenstand. Der Brief stammt von Esmé und ist datiert auf den 7. Juni 1944, einen Tag vor D-Day und erinnert X an die gemeinsame Begegnung am 30. April 1944. Damit wird klar, dass X und der Erzähler ein und dieselbe Person sind, obgleich X offenbar durch die traumatischen Erlebnisse "ein Anderer", mithin ein X geworden ist. Heute würde man von einer posttraumatischen Belastungsstörung sprechen, die auf jene Erfahrun-

gen zurückgeht, über die der Erzähler, wie zu Beginn des dritten Abschnittes ausdrücklich versichert, weder sprechen darf noch kann.

Der Gegenstand in dem Päckchen ist die Uhr Esmés, die sie von ihrem geliebten gefallenen Vater bekommen hat: "extrem wasserdicht und stoßgesichert". Esmé schreibt: "Ich bin mir ganz sicher, dass Sie die Uhr in dieser schwierigen Zeit mit größerem Nutzen tragen, als ich es je vermag, und dass Sie sie als Glückstalisman annehmen." Zusätzlich enthält das Postskriptum Esmés einen ersten Schreibversuch ihres kleinen Bruders Charles, der nur aus drei Zeilen "Hallo" sowie "Grüße und Küsse Chales" (sic) in Großbuchstaben besteht.

X braucht lange, bis er den Zettel beiseitelegen kann. Schließlich stellt er fest, dass beim Versand das Glas der Armbanduhr zerbrochen ist: ein Symbol für seinen psychischen Zustand. Aber er hat nicht den Mut zu überprüfen, ob die Uhr noch funktionstüchtig ist. Gleiches gilt auch für ihn und seine seelische Verfassung. Er fällt in eine Art Starre. "Dann war er plötzlich, beinahe ekstatisch, schläfrig." Ein zart aufkeimendes Glücksgefühl steht am Schluss, das X den erlösenden Schlaf bringt. Das endgültige Ende aber ist die Anrede des Erzählers an Esmé, mit der er zugleich zeigt, dass er, wenn auch stotternd, wieder zu seiner Identität findet: "Nimmst du dir einen richtig schläfrigen Mann, Esmé, dann hat er immer die Chance, wieder ein Mann zu werden, ein Mann im Vollbesitz aller seiner Krä- (sic) im Vollbesitz aller seiner K-r-ä-f-t-e."

#### **Das Spiel-Ich Salingers**

Salingers sechste seiner neun berühmt gewordenen Erzählungen verweist mehrfach auf einen autobiografischen Hintergrund, der kunstvoll zwischen Anspielung und Kulisse pendelt und sich so einer reduktionistischen Lektüre im Maßstab 1:1 verweigert. X wird zum Spiel-Ich Salingers und somit zum Entlastungsventil, über das eine psychische Belastung thematisierbar, möglicherweise sogar ansatzweise therapierbar wird.

Als Vorbild für die Figur der Esmé gilt eine junge Frau namens Jean Miller. Salinger begegnete 1949 dem 14-jährigen Mädchen im Daytona Beach Sheraton Hotel, in dem er sich 1946 von seiner Frau Sylvia getrennt hat. Jean Miller korrespondierte mit Salinger fünf Jahre, ehe es zu einer sexuellen Begegnung kam, die zugleich das abrupte Ende der Beziehung markierte. David Shields und Shane Salerno kommentieren dies als "Muster, das sich durch sein gesamtes Leben zieht: bewunderte Unschuld, verführte Unschuld, verlassene Unschuld. Salinger hat eine Obsession für junge Mädchen, die kurz vor dem Erblühen stehen. Er will ihnen dabei helfen, doch anschließend wirft er ihnen vor, dass sie erblüht sind." Doch ganz so schmonzettenhaft verhält es sich nicht, wenn man die Aussagen von Jean Miller selbst heranzieht. Sie bekräftigte mehrmals, dass Salinger sie nicht angefasst habe, bis sie selbst die Initiative ergriff. Was der Vierzehnjährigen zunächst imponierte, war der erwachsene Mann, der sie ernst nahm. Sie erlebte Salinger als einen amüsanten Mann, der gerne scherzte und tanzte, einen "freundlichen Humor" hatte und in allen Menschen etwas Besonderes entdeckte. Jean Miller entging durchaus nicht die Aufmerksamkeit, die Salinger seitens seiner Umgebung zuteil wurde: "Er verabscheute es. Er hasste es, Fragen beantworten zu müssen. Er hasste es, wenn die Leute sein Loblied sangen. Er hasste es, wenn sie ihn kritisierten. Die Kritiken waren vermutlich das Schlimmste." Die Beziehung zu Jean Miller war ihren eigenen Worten zufolge "geschlechtslos": Er "behielt mich immer so in Erinnerung, wie ich auf dem Pier von Daytona Beach gewesen war, aber ich begann mich zu verändern (...). Aber er sagte nie, er sei in mich verliebt (...). Er hatte das Bedürfnis, in einer Mönchsklause zu leben. Im Grunde wollte er bloß schreiben. Wenn er verreiste, war es keine richtige Reise. Er

nahm bloß seine Schreibmaschine mit an einen anderen Ort." Auch der erste Kuss ging von dem Mädchen aus, aber da war sie schon 18: "Ich sagte ihm, dass ich Jungfrau sei, und er ärgerte sich darüber (...). Ich wusste, es war vorbei. Ich war von meinem Podest gestürzt (...). Wenn Jerry Salinger mit jemandem fertig war, dann gab es nichts daran zu rütteln (...). Er war wie ein Onkel für mich. Er war mein Kamerad. Ich hatte nie den Eindruck - außer in den Briefen -, dass er in mich verliebt war (...). Er sagte mir, er hätte Esmé nicht schreiben können, wenn er mir nicht begegnet wäre." Sogar das "damenhafte Gähnen" Esmés während des Chorsingens ist von Jean Miller verbürgt.

#### Salinger Jugendzeit

Salingers Jugend vollzog sich in der gehobenen New Yorker Gesellschaft. Es war die Zeit der Backfischpartys im WalSaroyan, aber auch die Schauspieler Orson Welles und Charles Chaplin. Oona O'Neill hatte eine Affäre mit Salinger, dem sie schließlich ebenso wie Orson Welles den Laufpass gab, worüber Frédéric Beigbeder in seinem Roman "Oona & Salinger" (2015) genussvoll berichtet. An ihrem 18. Geburtstag heiratete sie den damals vierundfünfzigjährigen Chaplin. Salinger hat ihr das nie verziehen, und seine späteren Freundinnen hatten alle etwas von Oona O'Neills Kindchenmuster an sich. Gloria Vanderbilt entschied sich zunächst für einen Hollywood-Agenten. Ihm folgte der Dirigent Leopold Stokowski, danach der Regisseur Sidney Lumet und der Schriftsteller Wyatt Cooper. Daneben hatte sie Affären mit Howard Hughes, Frank Sinatra und Marlon Brando, Carol Grace heiratete William Saroyan gleich zweimal, ehe sie sich endgültig scheiden ließ und den Schauspieler Walter Matthau

» In Paris kam es zu einer Begegnung mit dem Kriegskorrespondenten Ernest Hemingway, der Salinger eine "höllische Begabung" attestierte. «

dorf Astoria und der Tanztees im Plaza, die Zeit von Glenn Miller und den Moonlight Serenades. Die jungen Frauen waren Jahrgang 1924/25 und die It-Girls ihrer Zeit. Ihre Namen sind eng mit der amerikanischen Literatur- und Filmgeschichte verbunden. Sie waren jung, und sie brauchten kein Geld. Dazu waren sie zu gut betucht und machten Ende der Dreißigerjahre die angesagten Etablissements wie den "Stork Club" in Manhattan unsicher. Ihre Namen waren Gloria Vanderbilt, Tochter des Eisenbahn-Erben Reginald Claypoole Vanderbilt, Carol Grace, uneheliche Tochter des Schauspielers Leslie Howard, dem Darsteller des von Scarlett O'Hara angeschmachteten Ashley Wilkes in "Vom Winde verweht". Sie diente als Vorbild für Holly Golightly in Truman Capotes "Frühstück bei Tiffany". Die dritte im Bunde war Oona O'Neill, Tochter des Literatur-Nobelpreisträgers Eugene O'Neill. Zu ihren Verehrern gehörten die Schriftsteller Salinger, "das kleine Scheusal" Truman Capote und William

ehelichte. Gloria Vanderbilt überlebte sie schließlich alle und starb im Jahr 2019 mit 95 Jahren.

#### Salinger im Krieg

Gesichert ist, dass Salinger nach dem Scheitern seiner Liebe zu Oona O'Neill aus Trauer und Trotz in die Armee eintrat und dem United States Army Signal Corps sowie dem Counter Intelligence Corps (CIC) angehörte. Er nahm seit Eintritt der USA in den Zweiten Weltkrieg bis Kriegsende an fünf Feldzügen teil. Zur Vorbereitung der Landung in der Normandie wurde er nach Tiverton im englischen Devon versetzt, wo er für die Ausschaltung feindlicher Sender zuständig war. Am 6. Juni 1944 nahm er als Spezialagent des 12. Infanterieregiments an der Landung in der Normandie teil. Er überlebte D-Day und die blutige Schlacht im Hürtgenwald. Davon zurück blieben ein zerstörtes Trommelfell und eine erheblich angegriffene Psyche.

Salinger erlebte einen Tag nach der Befreiung die Situation im KZ-Außenlager Kaufering IV-Hurlach am 28. April 1945, äußerte sich jedoch nie öffentlich dazu. Vorstellbar ist das damit verbundene Trauma, dessentwegen er mit der Diagnose "front shock" in psychotherapeutischer Behandlung war. Von seiner Tochter Margaret ist die Aussage ihres Vaters verbürgt: "You never really get the smell of burning flesh out of your nose entirely, no matter how long you live." Insgesamt wurden in dem Lager und um das Lager herum 360 Tote gefunden, davon 86 im Schutt der noch schwelenden Unterkünfte. In seinem Film "Band of Brothers" (2000) nimmt Steven Spielberg darauf Bezug.

Bekannt ist, dass der Deutsch sprechende Salinger nach dem Krieg im fränkischen Weißenburg, in Gunzenhausen und Nürnberg tätig war, wo er für die CIC den Auftrag hatte, untergetauchte Nazis aufzuspüren und zu verhaften. In diese Zeit fällt auch die Heirat mit der deutschen Ärztin Sylvia Welter.

Der deutsch-amerikanische Literaturprofessor Eberhard Alsen hat den Hintergrund dieser Lebensphase Salingers erforscht. Laut ihm ist "über die Gründe für Salingers Nervenzusammenbruch nichts Definitives bekannt". Die meisten Salinger-Experten nehmen an, dass die Hauptursache für seinen Nervenzusammenbruch eine psychische Überbelastung durch traumatische Fronterlebnisse war. Alsen widerlegt diese These: Aus dem amerikanischen Nationalarchiv gehe hervor, dass Salingers CIC-Einheit nie an Kampfhandlungen teilgenommen hat. Die Dokumente zeigten, dass die Aufgaben der CIC-Agenten darin bestanden, zurückgelassene Dokumente aus deutschen Gefechtsständen und Büros der deutschen Verwaltung zu sammeln, Spione, Kollaborateure und Nazi-Funktionäre zu verhaften, Kriegsgefangene zu verhören. Laut Alsen habe Salinger seinen Nervenzusammenbruch in einem Brief erwähnt, den er im Juli 1945 aus dem Städtischen Krankenhaus in Nürnberg an Ernest Hemingway schrieb. Über die Ursache seines Nervenzusammenbruchs habe er nichts gesagt, aber berichtet, dass er sich schon seit einiger Zeit in einem "fast konstanten Zustand der Depression" befand und mit jemandem sprechen wollte, "der geistig gesund ist". Alsen hat dargelegt, dass Salingers

psychischer Kollaps höchstwahrscheinlich von dem Besuch eines Konzentrationslagers ausgelöst wurde. Am 13. Mai 1945 schrieb Salinger einen Brief aus Weißenburg, er habe mit dem Gedanken gespielt, das Ende des Krieges damit zu feiern, sich mit einer großkalibrigen Pistole ein Loch durch die Handfläche seiner linken Hand zu schießen, nur um zu sehen, wie lange es dauern würde, bis er das Schreibmaschinenschreiben wieder gelernt hätte. Überdies habe er vor, sich je zwei der vier Sterne seiner Auszeichnungen in die rechte und linke Seite seiner Nase einpflanzen zu lassen.

#### Welche Rolle spielte Sylvia Welter?

Im Juli 1945 begab sich Salinger in psychiatrische Behandlung, vermutlich unterstützt von seiner Frau, die Ärztin war. Sie hatte im Jahr 1944 in Innsbruck über "Unmittelbare Kreislaufwirkungen des Apomorphins" promoviert. Da es US-Soldaten im Jahr 1945 noch streng verboten war, mit deutschen Frauen Kontakt zu haben, legte die Braut am 18. Oktober 1945 im Standesamt von Pappenheim einen französischen Pass vor, den

Salinger für sie besorgt hatte. Dieser Pass wurde nach Sylvia Welters Tod in ihren Papieren gefunden.

Der Ehe waren weder Glück noch eine lange Dauer beschieden. Am 10. Mai 1946 kam das Ehepaar in New York an, schon nach einem Monat später kehrte Sylvia Welter nach Deutschland zurück. Salinger ließ die Ehe am 26. Januar 1949 annullieren, da Sylvia ihn angeblich mit "böser Absicht" und "unter falschen Vorstellungen" geheiratet habe. Alsen vermutet, das Scheitern der Ehe könne den Spannungen mit Salingers jüdischer Familie, aber auch dem Umstand geschuldet sein, dass ihn Sylvia vom Schreiben abgehalten habe. Dass Salinger seiner Ehefrau intellektuell deutlich unterlegen gewesen sein könnte, wird nicht bedacht. Viele Jahre später heiratete Sylvia Welter den amerikanischen Ingenieur Beecher Bancroft Cary, praktizierte als Augenärztin unter dem französisierten Namen Dr. Sylvie Louise Cary in Hendersonville (North Carolina). Sie widmete sich der Glaukom-Forschung und starb am 16. Juli 2007 in dem Heim, in dem sie zuvor gearbeitet hatte.

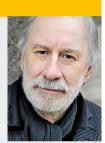
Nachforschungen zufolge war Sylvia Welter weder eine Parteifunktionärin noch ein Gestapo-Spitzel, wie mehrfach vermutet wurde, so attraktiv dies für einen weiteren Salinger-Mythos auch gewesen wäre.

Literatur beim Verfasser

#### Prof. Dr. phil. Gerhard Köpf

Literaturwissenschaftler und Schriftsteller Ariboweg 10, 81673 München

E-Mail: aribo10@web.de



## Kleinanzeigen aus der Praxis

#### Praxisbörse

Ausbildungsstellen als Ärzte (m/w/d) in Weiterbildung in Neurologie (Weiterbildungsbefugnis ein Jahr) und Psychiatrie, Psychotherapie (Weiterbildungsbefugnis zwei Jahre) in Teil-/Vollzeit ohne Wochenend- und Nachtdienst. Ausbildungsbeginn nach Vereinbarung. Kontakt: Info@neurologie-psychiatrie-singen.de oder www.neurologie-psychiat-

Nervenarztpraxis im Allgäu abzugeben. Qualifizierte Mitarbeiterinnen, günstige Lage, Parkmöglichkeiten, viele Stammpatienten. Übergabe variabel. Kontakt: Nervenarzt-allgaeu@web.de

Facharzt Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie (m/w/d) für mehrere Standorte für MVZ im Harz gesucht. VZ und TZ. Hoher Freizeitwert der Umgebung, alle Schulen. Klinische und ambulante Versorgung, einschließlich Sucht-und Soziotherapie vor Ort. Näheres unter www.harz-med.de. Kontakt: britta.klauss@mvz-quedlinburg.de

"Zwischen den Meeren" - psychiatrischer Arztsitz in Gemeinschaftspraxis in Schleswig abzugeben, auch Teilzeitlösungen sind möglich. Langjährig etablierte Praxis, freundliches, qualifiziertes Team. Kontakt: info@pgp-sl.de

Suchen Fachärzte (m/w/d) für Neurologie und/oder Neurologie und Psychiatrie in Teilzeitanstellung (unbefristet, keine Dienste) für Praxis im nördlichen Ruhrgebiet. Kontakt: Bewerbung.neuroprax@gmail.

Ambulantes neurologisches Reha-Zentrum in Ahrweiler (ehem. Dr. Reuther) sucht Facharzt (m/w/d) Neurologie/Nervenheilkunde (ev. mit Reha-Erfahrung) für Mitarbeit/Vertretung. Spannende Aufgabe: Neustart nach Flutschaden. Tolles Team, neue Räume und Ausstattung. Neugierig? www.neuro-therapie. de. Kontakt: vespo@neuro-therapie.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: s.faust@spitzenverband-zns.de

Einsendeschluss: 2. Mai 2022

#### Dawit Abebe

## Die Kluft wächst

Laut dem letzten Wirtschaftsbericht von Oxfam aus dem Jahr 2021 hat sich die Schere zwischen Arm und Reich durch die Folgen der Pandemie noch weiter geöffnet. Inzwischen besitzen die zehn reichsten Männer der Welt achtmal soviel wie alle armen Menschen der Welt zusammen – und das sind fast 3,1 Milliarden Menschen. Eines der ärmsten Länder der Welt mit einem durchschnittlichen Pro-Kopf-Einkommen von 400 Dollar im Jahr ist Äthiopien, das Heimatland des Künstlers Dawit Abebe.

as Coverbild dieses NeuroTransmitters stammt aus der Serie "Long Hands" des äthiopischen Künstlers Dawit Abebe (1978). Auf jedem der Bilder der Serie sind eine überdimensionierte männliche Hand und ein langer Arm zu sehen. Ein Schild mit einer markanten Jahreszahl aus der äthiopischen Geschichte, Kinderzeichnungen, Schulhefteinträge oder offizielle

Dokumente collagieren meist den Hintergrund. Zuvorderst sind Allerweltsmenschen und Prominente abgebildet, die Dawit Abebe aus Journalen oder Zeitungen ausgeschnitten, übermalt und mit langen Schatten versehen hat. Durch den Einsatz der verschiedenen Medien und die langen, in alle Richtungen strebenden Schatten wirken die Long-Hands-Bilder sehr plastisch.



Dawit Abebe "Long Hands 26", 2021, Acrylic and Collage on Canvas,  $160 \times 170 \text{ cm}$ 

#### Historische Wirklichkeit

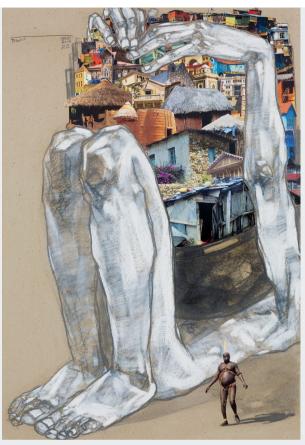
Der Künstler reflektiert in seiner Long Hands-Serie die Schlüsseldaten der äthiopischen Vergangenheit und wie die Sicht auf die Geschichte kulturelle Identität erzeugt. So versteht sich Äthiopien als der einzige afrikanische Staat, der trotz eines kurzen italienischen faschistischen Intermezzos (1936-1941) nie gänzlich kolonialisiert wurde. Bereits im Jahr 1896 in der Schlacht von Adwa und dann wieder im Jahr 1941 gelang es den Äthiopiern ihre Kolonialisierung zu verhindern. Siege, die bis heute einen Großteil ihres Selbstverständnisses ausmachen, das Dawit Abebe aber kritisch hinterfragt: "Historisch heißt es, sei Äthiopien niemals kolonialisiert worden. Doch das hat das Land nicht davor bewahrt vom Neokolonialismus ausgebeutet zu werden. Wir haben uns schrittweise der Dominanz der westlichen Systeme untergeordnet und unsere Gebräuche und unser Wissen aufgegeben. Ohne es zu realisieren sind wir Marionetten geworden, die sich wie unter einem Diktat bewegen, sprechen, essen und handeln."

#### Sinnbildliche Kontraste

Im Gemälde links ist sogar nicht nur eine, es sind mehrere Hände zu sehen, die aus einem Arm erwachsen. Das Datum 1950 (der äthiopische Kalender hinkt dem gregorianischen sieben bis acht Jahre hinterher) spielt auf die ersten freien Parlamentswahlen im Jahr 1957 im damaligen Kaiserreich Äthiopien an. Doch waren es wirklich freie Wahlen? Die bunten Kinderzeichnungen im Hintergrund kontrastieren stark zu den übermarkanten Figuren im Vorder-



Dawit Abebe "Balance of Things 12", 2021, Mixed Media Drawing on Paper,  $200 \times 150$  cm,  $78 \, 3/4 \times 59 \, 1/8$  in



Dawit Abebe "Balance of Things 18", 2021, Mixed Media Drawing on Paper,  $100 \times 70$  cm,  $393/8 \times 271/2$  in

grund. Das Profil der Hauptfigur ähnelt unter aktuellem Einfluss sogar Putin. Die Hände mit dicken goldenen Ringen scheinen zu signalisieren: Alles Cocolores, was ist hier fake, was richtig? Sie bewegen sich wie Kraken über das Land und ein genauerer Blick in das Geschichtsbuch offenbart, dass bei dieser Wahl nur gewählt werden konnte, wer vermögend war, was die Anzahl möglicher Kandidaten erheblich reduzierte.

In dem ebenfalls aus dem Jahr 2021 stammenden Gemälde aus der Serie "Balance of Things 12" ist auch ohne auf die Geschichte zu rekurrieren, eine Disbalance ersichtlich. Ein nach rechts geneigter dürrer, ausgemergelter Afrikaner zieht mit aller Kraft an einer Seilschlinge, die ein korpulenter, weißer Mensch mit Cowboyhut in Händen hält. Der Weiße, ein wenig an Trump und das breitbeinige Gebaren einiger republikanischen Texaner erinnernd, hält das

Band mit der Nonchalance des fraglos Überlegenen, sodass das Bemühen der rechten Figur fast lächerlich wirkt.

Auch in "Balance of Things 18" arbeitet Dawit Abebe wieder sehr augenfällig mit den Kontrasten weiß/schwarz, viel/ wenig, groß/klein, eröffnet aber auch den Interpretationsspielraum des sprichwörtlichen Festhaltens an irdischen Besitztümern wie etwa Immobilien. Doch der Künstler führt nicht nur die Ungleichheit der Besitztümer vor Augen, auch mangelhaftes Wissen beschämt, wenn anhand dieser Bilder erst realisiert wird, wie wenig wir Zentraleuropäer über Äthiopien wissen, auch wenn wir, wie Italien, sehr eng mit dessen Geschichte verwoben sind.

#### Mehr Informationen:

Einen sehr bewegenden Roman über die italienischen Kriegsverbrechen in Äthiopien hat die Italienerin Francesca Melandri 2017 veröffentlicht. Aus dem Italienischen von Esther

Hansen übersetzt ist er 2020 im Verlag Wagenbach erschienen unter dem Titel Alle, außer mir. ISBN 978-3-442-71686-9

Im Sachbuch "Äthiopien: Geschichte, Kultur, Herausforderungen" ist das Wissen vieler Fachleute über Äthiopien zusammengetragen. Verlag Harrassowitz, O, 2018, ISBN 3447110953, 9783447110952

dawitabebe.com/

kristinhjellegjerde.com/artists/37-dawit-abebe/overview/

#### Dr. Angelika Otto

Freie Journalistin München

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



Datum   Ort   Zeit	Landesverband   Titel   Themen	Anmeldung
7.5.2022 Hamburg 8.6.2022 Dresden 15.6.2022 Berlin jeweils situativ online, hybrid oder Präsenz 3–4 CME-Punkte	NeuroWorkshops Von MS über Parkinson bis hin zu den Cannabinoiden 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
24.6.2022 14.9.2022 jeweils online 2–3 CME-Punkte	Neuro Kolleg online	diaplan ,siehe oben
27.4.2022 22.6.2022 online 2–3 CME-Punkte	Psy Online In dieser fallbasierten Fortbildung werden Themen mit psychiatrischem Schwerpunkt und Updates zu verschiedenen Krankheitsthemen besprochen.	diaplan, siehe oben
4.5.2022 in Düsseldorf oder online CME-Punkte	NeuroSkills Diese Fortbildungsreihe stellt wichtige, aber noch zu wenig beleuchtete Felder der Neuropsychologie in den Fokus und schlägt gleichzeitig Brücken zu angrenzenden Gebieten, wie etwa der Neuroradiologie.	diaplan, siehe oben
<b>7.5.2022 in Nürnberg</b> Averna Park Hotel Görlitzer Straße 51 <b>5 CME-Punkte</b>	Bayerische BVDN Frühjahrstagung – Fortbildung mit Mitgliederversammlung Thema: "Berufliche Leistungsfähigkeit von Menschen mit ZNS-Erkrankungen – sozial- medizinische Aspekte"	Athene Akademie Tel.: 0931 2055526 E-Mail: k.braungardt@athene-qm.de
21.5.2022 in Düsseldorf ca. 8 CME-Punkte	Neuro Forum Neben den "klassischen" Erkrankungen der Neurologie gibt es auch immer wieder Schnittstellen und seltenere Erkrankungen, die ebenfalls im Praxisalltag von Bedeutung sind.	diaplan, siehe oben
14.–15.10.2022 in Miesbach Bayerischer Hof Miesbach Oskar-von-Miller-Straße 2-4 ca. 10 CME-Punkte	<b>94. Jahrestagung der Bayerischen Nervenärzte</b> Fortbildungsprogramm und Mitgliederversammlung mit Berufspolitik	Bezirksklinik Agatharied
Fortbildungsveranstalt:	ungen 2022	
<b>27.–30.4.2022 in Leipzig</b> Kongresshalle am Zoo Pfaffendorfer Straße 31	60. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epileptologie (DGfE)	Conventus Congressmanagement & Marketing Gmbl- D. Kühle, Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena Tel.: 03641 3116-319 E-Mail: epilepsie@conventus.de   www.conventus.de
<b>6.–7.5.2022 in Hannover</b> Altes Rathaus Hannover Köbelingerstraße 3	23. Jahrestagung DGNB e.V. Interessenskonflikte, Trauma, Long Covid – "Nevergreens" oder Dauerthema?	DGNB-Geschäftsstelle S. Neesen, Jakobusstraße 31, 52391 Vettweiss E-Mail info@dgnb-ev.de
<b>29.–1.6.2022 in Köln</b> Koelnmesse GmbH Messeplatz 1	73. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC) Paradigmenwechsel in der Neurochirurgie: Personalisierung und Präzisionsmedizin	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH S. Thoß, F. Niepel, N. Hirsch, Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena Tel.: 03641 3116-349/-324/-313 E-Mail: dgnc-kongress@conventus.de www.conventus.de
<b>17.–20.7.2022 in Berlin</b> Maritim Hotel Berlin Stauffenbergstraße 26	15 <sup>th</sup> International Neurotrauma Symposium Hosting Society: International Neurotrauma Society (INTS)	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbHF. Niepel, Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena Tel.: 03641 3116-324 E-Mail: itns@conventus.de   www.conventus.de
<b>1.–5.11.2022 in Berlin</b> CityCube Berlin Messedamm 26	Neurowoche 2022 95. Kongress der DGN, 47. Jahrestagung der Gesellschaft für Neuropädiatrie 66. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neuropathologie und Neuroanatomie	DGN Dienstleistungsgesellschaft mbH Reinhardtstraße 27 C, 10117 Berlin Tel.: 030 5314379-43 E-Mail: kongress@dgn.org



#### **Berufsverband Deutscher** Nervenärzte

#### www.bvdn.de

#### **Vorstand des BVDN**

Vorsitzende: Sabine Köhler, Jena;

Klaus Gehring, Itzehoe

**Stellvertretende Vorsitzende:** 

Christa Roth-Sackenheim, Andernach Schriftführer: Roland Urban, Berlin Schatzmeister: Gereon Nelles, Köln

Beisitzer: 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: Sabine Köhler Westfalen: Zia Pufke-Yusafzai



#### Berufsverband Deutscher Neurologen

#### www.berufsverbandneurologen.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; Thomas Duning, Bremen; Heinz Wiendl, Münster

Beirat: Hanna Josephin Eisenberg (Junge Neurologen): Tobias Warnecke (Versorgungsnetzwerke); Elmar W. Busch (GOÄ); Iris Penner, Düsseldorf (Neuroedukation/Neuropsychologie); Klaus Piwernetz, München (Qualitätsmanage-

ment)

#### **BDN-Landessprecher**

#### **Baden-Württemberg:**

**Wolfgang Freund** Bayern: Markus Weih Berlin: Walter Raffauf Brandenburg: Martin Delf

Bremen: N.N. Hamburg: N.N.

Hessen: Stefan Kaendler 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: Oliver Tiedge Westfalen: Martin Bauersachs



Berufsverband Deutscher **Psvchiater** 

#### www.berufsverbandpsychiater.de

#### **Vorstand des BVDP**

1. Vorsitzende: Christa Roth-Sacken-

heim. Andernach

2. Vorsitzende: Sabine Köhler, Jena Schriftführer: Norbert Mayer-Amberg,

Hannover

Schatzmeister: Egbert Wienforth,

Troisdorf

Beisitzer: Christel Werner, Mutterstadt;

Michael Krebs, Berlin

#### **BVDP-Landessprecher**

Bayern: Oliver Biniasch, Christian Vogel **Baden-Württemberg:** Thomas Hug Berlin: Michael Krebs und Alicia

Navarro-Urena

Brandenburg: Marion Nesimi **Bremen:** Sebastian von Berg **Hamburg:** Ute Bavendamm Hessen: Martin Finger

Mecklenburg-Vorpommern:

Caterina Jacobs

Niedersachsen: Greif Sander Nordrhein: Egbert Wienforth

Rheinland-Pfalz: Wolfgang Rossbach

Saarland: David Steffen Sachsen: Kriemhild Barth Sachsen-Anhalt: Matthias Pilz Schleswig-Holstein: Uwe Bannert

Thüringen: Sabine Köhler Westfalen: Michael Meyer

#### 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 www.zns-news-neurologen-psychiater-

nervenaerzte.de

www.neurologen-psychiater-coronapra-

xishilfe.info/

Cortex GmbH s. oben Geschäftsstelle Geschäftsführer: Bernhard Michatz







# Ich will Mitglied werden!

An die Geschäftsstelle Wulffstraße 8, 12165 Berlin E-Mail: bvdn.bund@t-online.de

<ul> <li>Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zun (Mitgliedsbeitrag 580 €, Chefarzt 580 € Arzt in Weiterbildung 0 €).</li> </ul>							
<ul> <li>Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zun (Mitgliedsbeitrag 580 €, Chefarzt 580 € Arzt in Weiterbildung 0 €).</li> </ul>							
☐ Ich wünsche die DOPPELMITGLIEDSCH	Ich wünsche die DOPPELMITGLIEDSCHAFT – BDN und BVDN – zu gleichen Beitragskonditionen.						
<ul> <li>Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zun (Mitgliedsbeitrag 580 €, Chefarzt 580 € Arzt in Weiterbildung 0 €).</li> </ul>	n Berufsverband Deutsch	er Psychiater e. V. (BVDP)					
☐ Ich wünsche die DOPPELMITGLIEDSCH	IAFT – BVDP und BVDN – z	zu gleichen Beitragskondi	tionen.				
☐ Ich wünsche die DREIFACHMITGLIEDS	CHAFT – BVDN, BDN und f	BVDP – zu gleichen Beitra	gskonditionen.				
Das erste Jahr der Mitgliedschaft ist beitra	aastroi, soforn die Mitalis	dschaft mindestens ein w	aitaras lahr hastaht				
_							
Zusatztitel oder -qualifikation (z. B. Psych	otherapie, Sonografie): _						
TelNr.:	Fax:						
E-Mail/Internet:							
Ich bin 🔲 niedergelassen	□ in der Klinik tätig	☐ Chefarzt/ärztin	☐ Facharzt/in				
<ul><li>Weiterbildungsassistent/in</li></ul>	☐ Neurologe/in	☐ Nervenarzt/ärztin	□ Psychiater/in				
<ul><li>in Gemeinschaftspraxis tätig</li></ul>	mit						
□ Gratis Mailservice erwünscht  EINZUGSERMÄCHTIGUNG  Hiermit ermächtige ich den BVDN/BDN/B\ jährlichen Mitgliedsbeitrag einzuziehen.	/DP (nicht Zutreffendes g	gf. streichen) widerruflich,	den von mir zu entrichtende				
IBAN:							
Bei der		BIC					
Wenn mein Konto die erforderliche Decku Verpflichtung zur Einlösung. Einen Wider	_						
Name:		Praxisstempel (inkl. K	V-Zulassungs-Nr.)				
Adresse:							
Ort, Datum:							
Unterschrift:							
Die Daten werden von der Verwaltung de schaft gespeichert, mit dieser Maßnahme Unterschrift:		 ektronischen Datenträger	n während der Mitglied-				
/IIICI 3CIII II C							

### **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.

Herausgegeben von: 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. Christa Roth-Sackenheim (RoSa) (v.i. S. d. P.), Breite Straße 63, 56626 Andernach, E-Mail: C@Dr-Roth-Sackenheim.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-medizin.de

**Geschäftsführung**: Fabian Kaufmann, Dr. Cécile Mack, Dr. Hendrik Pugge

**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), Monika Hartkopf (Chefin vom Dienst, -1409), Isabelle Linder (-0422), Lisa Freund (Assistenz, -0421)

Herstellung: Ulrike Drechsler (Leitung), Tel. 06221 487-8662, E-Mail: ulrike.drechsler@ springer.com; Edda Führer (Koordination); Magazine Team Straive, Chennai/Indien, www.straive.com (Satz)

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.springermedi-

zin.de/neurotransmitter und jede Buchhandlung entgegen. Die Mindestlaufzeit des Abonnements beträgt ein Jahr. Danach verlängert es sich automatisch auf unbestimmte Zeit, ist aber ab dann jederzeit mit einer Frist von einem Monat kündbar. Die Kündigung muss in Textform an den Leserservice erfolgen.

Bezugspreise: Einzelheft 33 €, Jahresabonnement 249 € (für Studierende/AIW: 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.).

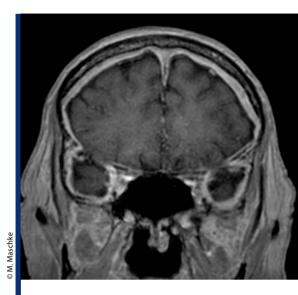
Copyright und allgemeine Hinweise: Zur Veröffentlichung kommen nur Beiträge, die an anderer Stelle weder angeboten noch erschienen sind. Die Autorinnen und Autoren sind verpflichtet zu prüfen, ob Urheberrechte Dritter berührt werden. Eine redaktionelle Bearbeitung bleibt vorbehalten. Mit der Einwilligung 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 zu nutzen. Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Verbreitung, Übersetzung und jeglicher Wiedergabe auch von Teilen dieser Zeitschrift durch Nachdruck, Fotokopie, Mikrofilm, EDV-Einspeicherung, Funk- oder Fernsehaufzeichnung vor.

Die Wiedergabe von Gebrauchs-/Handelsnamen, Warenbezeichnungen etc. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher beliebig 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 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





## Vorschau

Ausgabe 5/2022

### Mai

erscheint am 16. Mai 2022

#### Neurologie und Rheuma

Extraartikuläre Manifestationen treten bei Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen häufig auf. Über die systemische Entzündungsreaktion kommt es dabei oft zu einer Beteiligung des peripheren oder zentralen Nervensystems oder auch der Muskulatur.

#### Benzodiazepin-Langzeitgabe

In der Langzeitanwendung von Benzodiazepinen im Alter kann der Konsum im therapeutischen Bereich liegen, beim Absetzen jedoch Entzugserscheinungen auslösen. Liegt eine Abhängigkeit vor oder sprechen wir über Nebenwirkungen?

#### Versorgung Wohnungsloser

Wie häufig leiden Wohnungslose an psychiatrischen Erkrankungen? Und kann die Wohnungslosenhilfe eine bedarfsgerechte Versorgung bieten? Neue Daten aus der SEEWOLF-Studie geben Einblicke in die konkrete Situation in München.

# Hier steht eine Anzeige.

2 Springer