

NEUROTRANSMITTER

Neurologie und Psychiatrie – Berufspolitik und Fortbildung



BVDN



BDN



BVDP

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



Was zeigt dieses Bild? Seite 54

Vernetzte Versorgung 10

KSVPsych-Richtlinie vor dem Start

Mitbetreuung nach EBM 16

Streit um Betreuungsziffern beigelegt

Benzodiazepine 24

Dilemma der Niedrigdosisabhängigkeit

Rheuma und Neurologie 36

Extraartikuläre Manifestationen im Blick



Hier steht eine Anzeige.





» Wenn die neurologische, psychiatrische und nervenheilkundliche Patientenversorgung ambulantisiert werden soll, dann kann und darf das nur mit und durch uns geschehen. «

Dr. med. Klaus Gehring, Itzehoe
Vorsitzender des BVDN

Berufspolitik im Auge des Orkans

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir bewegen uns in turbulenten Zeiten. Um uns herum Veränderungen, wohin wir auch blicken. Es hilft dabei wenig, zwischen guten und schlechten Umständen zu unterscheiden, wohl aber zwischen „beeinflussbaren“ oder „nicht beeinflussbaren“. Eines ist klar: Ein einfaches „weiter so“ können wir uns nicht leisten. Das bedeutet nicht, dass nicht vieles von dem, was wir tun, richtig ist. Auf eine Reihe von Entwicklungen müssen wir aber reagieren; manches sogar proaktiv und vorausschauend mitgestalten.

Ambulantisierung nicht ohne uns

Die Grundsituation ist eindeutig: Die Aufgaben für Nervenärzte, Neurologen und Psychiater wachsen. Der Prozess hat bereits begonnen! Der Koalitionsvertrag der inzwischen nicht mehr ganz so neuen Bundesregierung überschreibt weite Passagen seiner Gesundheitspolitik mit dem Schlagwort „Ambulantisierung“. Ambulante Medizin ist unsere Kernkompetenz. Das können wir, nur wir! Schon jetzt ist ein Großteil der fachärztlichen Leistungen ambulant erbringbar. Beste Beispiele sind Schwerpunktpraxen, in denen Patienten mit MS, Epilepsie, Parkinson, Demenz oder Psychosen intensiver und vor allem mit deutlich mehr Konstanz seitens der Behandler versorgt werden als in mancher Klinik. Auch konsiliarische Fragestellungen sind nahezu vollständig aus der Praxis zu beantworten. Allein: Oft fehlt es in der Umsetzung, weil die bisherigen Versorgungs- und Vergütungsstrukturen dem im Wege stehen. Wenn die neuropsychiatrische Patientenversorgung ambulantisiert werden soll, dann kann und darf das nur mit und durch uns geschehen.

Berufsverbände in weiteren Verhandlungen

Als erster wichtiger Schritt, Augenhöhe mit den Versorgern aus der Klinik zu erreichen, darf die KSVPsych-Richtlinie des G-BA für den psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich betrachtet werden. Leider sind darin die Versorgung von Patienten mit Demenzen und organischen Störungen (Diagnosegruppe F0) bislang zumindest ebenso ausgeschlossen wie die Teilnahme neurologischer Fachärzte daran. Seien Sie aber gewiss, dass wir, Ihre Berufsverbände, uns bereits in Verhandlungen zu darüber hinausgehenden Versorgungskonzepten und -strukturen befinden.

Angesichts all dieser wachsenden Aufgaben und Möglichkeiten der Versorgung darf ein Detail nicht übersehen werden:

Schon jetzt braucht es kluge Ideen, wie die Betreuung von beispielsweise Patienten mit aufwendigen Immuntherapien bei MS zukünftig weiter stattfinden kann. Vollkommen unklar ist derzeit, wie eine Immuntherapie von Patienten in frühen Alzheimer-Stadien sichergestellt werden kann. Wir brauchen mehr ambulante Versorger! Das bedeutet eine Veränderung der Bedarfsplanung in den Ländern (und deren Umsetzung im HVM), gleichzeitig aber auch Niederlassungswillige, für die eine solche Tätigkeit attraktiv ist. Attraktivität wiederum gewinnt die Tätigkeit in der Praxis mit modernen Strukturen, in denen Möglichkeiten von Schwerpunktbildung, Teil- und Vollzeitbeschäftigung, eigener Niederlassung oder Anstellung ebenso neu überdacht werden müssen wie die der Delegation innerhalb des Mitarbeiterteams. Und natürlich sind die besten Werbeträger wir selbst. Nutzen wir also die bestehenden Möglichkeiten, den Reiz, aber auch den Wert unserer Tätigkeit darzustellen – gegenüber den Kolleginnen und Kollegen in der Klinik, Weiterzubildenden und Studierenden, wann immer sich die Gelegenheit bietet.

Berufsverbands-App erhöht Organisationsgrad

Es wird erforderlich sein, für direktere Möglichkeiten von Information und Abstimmung zu sorgen und unseren Organisationsgrad zu erhöhen. Die Besonderheit unserer Fächer ist das enorme Spektrum an Krankheitsbildern und Aufgaben, die es zu bewältigen gilt. Entsprechend heterogen sind auch die Schwerpunkte, Arbeitsabläufe und Tätigkeiten in unseren Praxen. Aus diesem Grund sind uns aktuell noch Fachverbände wie die der Urologen einen Schritt an Geschlossenheit voraus. Hier haben wir aber mithilfe der neuen Webseiten vor zwei Jahren bereits neue Wege beschritten. Jetzt wird das Angebot um eine Berufsverbands-App erweitert, mit deren Hilfe dann adressatengerecht Push-Nachrichten versandt werden können.

Sie sehen: Die Zukunft gehört uns! Wir als Ihre Berufsverbände gestalten sie. Machen Sie mit!

Ihr

Hier steht eine Anzeige.



3 Editorial

Berufspolitik im Auge des Orkans

Klaus Gehring

Gesundheitspolitik

8 Gesundheitspolitische Nachrichten

—Ausschließliche Behandlung per Video bei rund jedem dritten Patienten

—Bewerbungsverfahren 2022 gestartet

—Zusatzpauschale für Überwachung unter S1P-Modulatoren

Christa Roth-Sackenheim, Klaus Gehring

Aus den Verbänden

10 Vernetzte Versorgung für psychisch erkrankte Menschen

KSVPsych-Richtlinie

Michael Krebs

12 Jahrestagung in Zeiten der Pandemie

ZNS-Tage 2022

Klaus Gehring

14 Von der Honorarentwicklung bis zur MS-Versorgung

Mitgliederversammlung der ZNS-Tage 2022

Roland Urban

16 Streit um die Betreuungsziffern in Schleswig-Holstein beigelegt

Mitbetreuung nach EBM abrechnen

Klaus Gehring

Rund um den Beruf

18 Formular S0051 zielsicher und effektiv ausfüllen

Befundberichte für die Rentenversicherung

Markus Weih

22 Arbeitsteilung wird zur Stolperfalle

Arztpraxis als Gewerbebetrieb

Jörg Hohmann

23 Rekrutierung Minderjähriger gefährdet deren Gesundheit

Bündnis „Unter 18 Nie“ setzt sich für Schutz Jugendlicher ein

Stephan Fegers

☐ = Dieser Beitrag ist ein Titelthema.



10 KSVPsych-RL: Vernetztes Hilfsprojekt

Die ambulante strukturierte Komplexbehandlung kommt voraussichtlich ab Juli 2022 in die Regelversorgung. Damit erhalten psychisch Erkrankte mit komplexen Behandlungsbedarf ein individuelles vernetztes Versorgungsangebot. Das Herzstück sind sektorenübergreifende Netzverbünde niedergelassener Fachärzte der Psychiatrie, Neurologie oder Nervenheilkunde sowie Psychotherapeuten. Was sind die ersten Schritte bei der Gründung eines Netzverbundes?

Wie Sie uns erreichen

Verlagsredaktion:

Dr. rer. nat. Gunter Freese

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

gunter.freese@springer.com

Schriftleitung:

Dr. med. Klaus Gehring

gehring@neurologie-itzhoe.de

Verband:

Seit Mitte April sind die drei Berufsverbände BVDN, BDN und BVDP e.V. unter neuen Mailadressen für unsere Mitglieder erreichbar. Aus bvbn.bund@t-online.de wird jetzt info@bvdn.de sowie aus bdn-neurologen@t-online.de die neue Mailadresse info@berufsverband-neurologen.de. Gänzlich neu ist die Adresse info@berufsverband-psychiater.de. Diese neue Struktur ermöglicht es uns, Ihnen zeitnaher und individueller zu antworten. Nutzen Sie gern diese Form der Kontaktaufnahme für Ihre Anliegen. Mit herzlichen Grüßen, Ihre Geschäftsstelle in Berlin.

Aboservice:

Bei Fragen rund um Abonnement und Postbezug

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

leserservice@springer.com

Hier steht eine Anzeige.



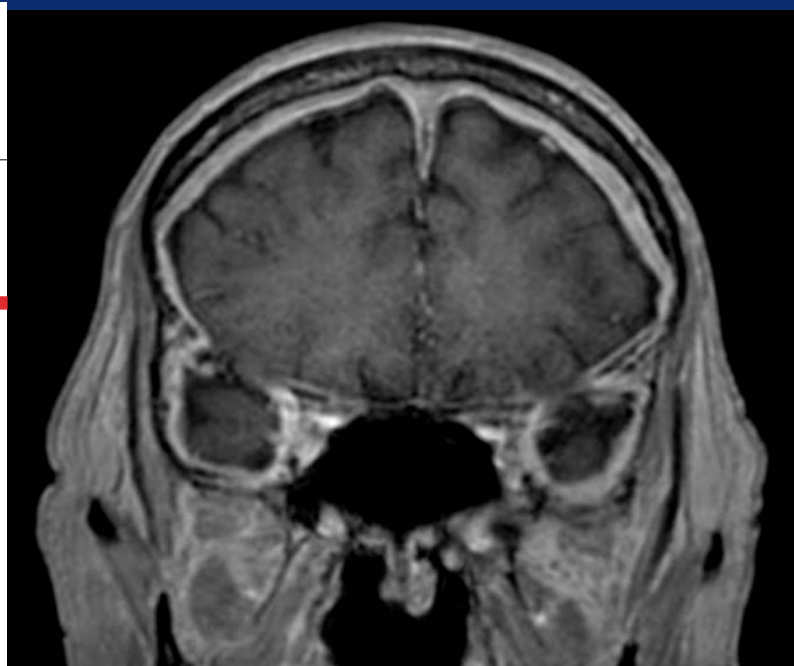
Fortbildung

- 24** Das Dilemma der Niedrigdosisabhängigkeit
Langzeiteinnahme von Benzodiazepinen und
Z-Substanzen
Rüdiger Holzbach
- 28** Drei Viertel der Wohnungslosen leiden an psychischen
Erkrankungen
Ergebnisse der SEEWOLF-Studie
Monika Brönnner, Josef Bäuml
- 33** Hautveränderungen unter Glatirameracetat bei MS
Neurologische Kasuistik
Wolfgang Freund
- 36** **CME** Rheumatologische Erkrankungen und Neurologie:
Was ist zu beachten?
Extraartikuläre Manifestationen
Matthias Maschke
- 41** **CME** Fragebogen

Journal

- 50** PSYCHOPATHOLOGIE IN KUNST & LITERATUR
Methylphenidat – zufällig mit Erfolg
gekrönt
Markus Weih
- 54** NEUROTRANSMITTER-GALERIE
Rufai Zakari
Hoffnung
Angelika Otto

- 17** Leserbrief
- 44** Pharmaforum
- 56** Termine
- 57** Verbandsservice
- 59** Impressum/Vorschau



36 Rheuma und Neurologie

Rheumatologische Erkrankungen gehören zu den weltweit häufigsten Autoimmunerkrankungen mit einem starken Beeinträchtigungsgrad der betroffenen Patienten. Neurologische Begleiterkrankungen sind dabei sehr häufig und teilweise krankheitsbestimmend. Betroffen sind alle ZNS-Bereiche, über das periphere Nervensystem bis hin zur Muskulatur.

Medizin Report aktuell

In dieser Ausgabe finden Sie Sonderpublikationen zu den Themen „Neue Therapieoption für stillende Mütter mit MS“ nach Seite 41 und „Off-Phasen: Inhalatives Levodopa zur On-Demand-Medikation“ nach Seite 47.



Titelbild (Ausschnitt): „Sitting with hope“ von Rufai Zakari
Lesen Sie mehr in der „Galerie“ ab Seite 54.

Gesundheitspolitik

LEISTUNGSGRENZEN FÜR TELEMEDIZIN GELOCKERT

Ausschließliche Behandlung per Video bei rund jedem dritten Patienten

➡ Die KBV und Krankenkassen haben sich darauf geeinigt, dass künftig mehr Patienten ausschließlich per Video behandelt werden können. Die ursprünglich geltende Begrenzung der Behandlungsfälle pro Quartal lag bei 20 % – seit 1. April liegt das Maximum bei 30 %. Nunmehr können Ärzte und Psychotherapeuten pro Quartal fast jeden dritten Patienten ausschließlich per Video behandeln, ohne dass dieser in die Praxis kommen muss. Bei den übrigen Patienten kann die Videosprechstunde flexibel angewendet werden, wenn mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal erfolgt ist. Auch die Leistungsmenge wird erhöht: Seit dem 1. April dürfen statt 20 % bis zu 30 % der Leistungen, die per Video möglich sind, in Videosprechstunden abrechnen. Diese Obergrenze gilt je GOP und Quartal und ist nicht patientenbezogen. Ausgenommen von der Begrenzungsregelung sind GOP, die ausschließlich im Videokontakt berechnungsfähig sind, zum

Beispiel Videofallkonferenzen mit Pflegekräften (GOP 01442).

Einige Sonderregelungen zur Videosprechstunde gehören inzwischen zur Regelversorgung. So sind psychotherapeutische Akutbehandlungen sowie Gruppentherapien seit Herbst vergangenen Jahres regulär per Video möglich. Ärztliches Fachpersonal darf Patienten in der Videosprechstunde krankschreiben und ihnen die Bescheinigung per Post zusenden. Auch diese Regelung gilt unabhängig von der Pandemie.

Kommentar: Die COVID-19-Pandemie hat viele Entwicklungen, die zuvor nur zögerliche Akzeptanz erfahren hatten, maßgeblich katalysiert und beschleunigt. Insbesondere haben wir gelernt, praxisferne Behandlungen ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt in unseren Alltag zu etablieren und zu differenzieren, für welche Fragestellung eine Vorstellung in der Praxis zwingend notwendig ist. Von vielen wurde hierzu aber – auch angesichts eines

unzureichenden Netzausbaus insbesondere in ländlichen Regionen (wie beispielsweise auch im Bundesland Schleswig-Holstein, aus dem ich stamme) – vorzugsweise die Telefonsprechstunde benutzt. Für deren Erhalt gibt es viele gute Argumente, die wir als Verbände nicht müde werden, der KBV und den Kostenträgern vorzutragen. Aktuell steht uns allerdings die GOP 01433 seit dem 1. April 2022 nicht mehr zur Verfügung. Derzeit stellt also die Videosprechstunde die einzige Möglichkeit dar, Explorationen, Anleitungen und Gespräche bei Patienten vorzunehmen, die sich hierzu nicht in der Praxis vorstellen müssen. Ungeachtet der regional sehr unterschiedlichen Voraussetzungen darf deshalb diese Anhebung der individuellen Obergrenze auch über die Zeit der Pandemie hinaus als Ermutigung verstanden werden, die Videosprechstunde in der eigenen Praxis zu etablieren und intensiver zu nutzen.

Bitte beachten Sie hierzu die Fortbildungsangebote der Berufsverbände.

GUTACHTERTÄTIGKEIT FÜR AMBULANTE PSYCHOTHERAPIE

Bewerbungsverfahren 2022 gestartet

➡ Für eine Gutachtertätigkeit in der ambulanten Psychotherapie gesetzlich Versicherter können sich Interessierte vom 15. April an bis 30. Juni online bei der KBV bewerben. Diese werden dann bei Eignung und Auswahl zum 1. Januar 2023 für fünf Jahre bestellt.

Die offizielle Ausschreibung wird in der 16. Kalenderwoche im Deutschen Ärzteblatt und in der nachfolgenden PP-Ausgabe veröffentlicht. Sie bezieht sich auf alle Therapieverfahren sowohl für Erwachsene als auch für Kinder und Jugendliche (Ausnahme: Systemische Therapie nur bei Erwachsenen). Bewerbungen nimmt die KBV bis zum 30. Juni ausschließlich über ein Online-Formular an.

Neu ist, dass ein vollständig ausgefülltes Nachweisformular für die Supervisoren- und Dozententätigkeit verwendet werden muss. Dieses darf auf Anfrage der sich Bewerbenden beispielsweise durch psychotherapeutische Ausbildungsinstitute oder zugelassene Weiterbildungsstätten ausgefüllt werden. Die Formulare und konkreten Bewerbungsmodalitäten stellt die KBV auf ihrer Website bereit.

Hinweis für aktuelle Gutachter

Bereits bestellte Gutachter können bis zum 31. Dezember 2022 tätig bleiben. Möchten sie ihre Gutachtertätigkeit fortsetzen, müssen sie sich erneut bewerben. Hierfür teilen sie Änderungen der bereits vorgelegten

Nachweise mit und belegen eine aktuell andauernde vertragsärztliche Tätigkeit sowie eine jeweils aktuell andauernde Supervisoren- und Dozententätigkeit.

Hinweise zu Qualifikationskriterien

Möchten Sie gutachterlich tätig werden, reichen Sie im Online-Formular Nachweise ein über Ihre

- Grundqualifikation,
- abgeschlossene Weiterbildung beziehungsweise Fachkunde,
- fünfjährige Berufstätigkeit,
- fünfjährige und aktuell andauernde Dozenten- und Supervisorentätigkeit,
- dreijährige und aktuell andauernde vertragsärztliche Tätigkeit.

Bewerbungs-Tipp für Interessierte

Wenn Sie bereits langjährig in eigener Praxis niedergelassen sind, können Sie die Punkte zwei, drei und fünf gegebenenfalls mit einem vollständigen Arztregisterauszug nachweisen, vorausgesetzt die relevanten Angaben sind in diesem enthalten. In diesem Fall wären dann drei Dokumente für die Bewerbung ausreichend:

- Approbationsurkunde als PP/KJP oder Facharztzeugnis im P-Fach,
- vollständig ausgefülltes Nachweisformular zur Dozenten- und Supervisorentätigkeit,
- aktueller und vollständiger Arztregisterauszug oder Nachweis der Kassenärztlichen Vereinigung, der die entsprechenden Tätigkeitszeiträume und Abrechnungsgenehmigungen derjenigen Psychotherapieverfahren (inkl. Altersgruppen, ggf. Gruppentherapie) enthält, auf die sich die Bewerbung bezieht.



Gesundheitspolitische Nachrichten kommentiert von Dr. med. Christa Roth-Sackenheim und Dr. med. Klaus Gehring



Kommentar: Wir möchten als Verbände diejenigen Kolleginnen und Kollegen, die die Voraussetzungen als Gutachter erfüllen, ermutigen, sich zu bewerben. Wir halten es für ausgesprochen wichtig, dass auch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie ihren Sachverstand in die Gutachtenerstellung einbringen. Viel Erfolg!

aussetzungen als Gutachter erfüllen, ermutigen, sich zu bewerben. Wir halten es für ausgesprochen wichtig, dass auch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie ihren Sachverstand in die Gutachtenerstellung einbringen. Viel Erfolg!

NEUE GOP 01516**Zusatzpauschale für Überwachung unter S1P-Modulatoren**

➔ Für Neurologen und Nervenärzte steht seit dem 1. Juli 2019 eine neue Zusatzpauschale im EBM bereit: Diese können sie für die Überwachung nach erster Einnahme des zur Behandlung der schubförmig remittierend verlaufenden MS zugelassenen S1P-Modulators Fingolimod nach Dosisanhebung oder Neubeginn nach Therapiepause abrechnen. Eine ärztliche Überwachung von mindestens sechs Stunden war mit 1.404 Punkten vergütet worden. Inzwischen stehen uns mit Ozanimod, Ponesimod und Siponimod drei weitere S1P-Modulatoren zu Verfügung, letzterer zur Behandlung der „aktiven“ sekundär progredienten MS. Diese zeigen ein deutlich geringeres Risiko der passageren Herzfrequenzverlangsamung, vor allem aufgrund der empfohlenen Eindosierung. Die Notwendigkeit einer Überwachung bleibt bei diesen Präparaten Patienten mit besonderen kardialen Vorerkrankungen vorbehalten (Sinus-Bradykardie [Herzfrequenz < 55/min], anamnestisch jeweils bekanntem AV-Block 1. oder 2. Grades [Typ Mobitz I] und Myokardinfarkt oder

anamnestisch bekannter Herzinsuffizienz [NYHA-Klasse I und II]). Seit dem 1. April 2022 stehen deshalb zeitgestaffelte GOP für die Honorierung derartiger Überwachungen zur Verfügung. Die Abrechnung erfolgt je nach Dauer der Leistung mit den GOP 01543 bei einer Überwachung von zwei Stunden (311 Punkte), 01544 bei vier Stunden (550 Punkte) und 01545 bei sechs Stunden (885 Punkte).

Kommentar: Der Einführung der „Fingolimod-Ziffer“ gingen lange Verhandlungen der Berufsverbände voraus. Die jetzige Anpassung wird zwar der veränderten Zulassungslandschaft gerecht. Nicht übersehen werden darf die schlechtere Vergütung im Vergleich zur früheren GOP 01516. Diese Änderung ist ohne Abstimmung mit den Berufsverbänden vorgenommen worden. Es wird empfohlen, jetzt konsequenter auch bei Überwachungen anlässlich von Dosisanpassungen und Wiederaufnahme der Therapie diese GOP zu berücksichtigen. Auch die Möglichkeit der Abrechnung hatte zwar mit der GOP 01516 bestanden, war allerdings häufig übersehen worden.

aussetzungen als Gutachter erfüllen, ermutigen, sich zu bewerben. Wir halten es für ausgesprochen wichtig, dass auch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie ihren Sachverstand in die Gutachtenerstellung einbringen. Viel Erfolg!

Mitgliederbefragung – machen Sie mit

Liebe Verbandsmitglieder, um Ihre Interessen auf Bundesebene passgenau zu vertreten und Ihren Arbeitsalltag mit interessanten, praxisnahen und zeitsparenden Informationen zu bereichern, benötigen wir Ihre Hilfe. Daher führen wir bis 23. Mai 2022 eine Mitgliederbefragung durch. Sagen Sie uns, was Sie von uns erwarten, was Sie sich erhoffen oder was Ihnen fehlt. Die Bearbeitungszeit beträgt 10 bis 12 Minuten. Die Auswertung erfolgt anonymisiert und die Daten sind auf europäischen Servern zeitlich begrenzt gespeichert.

<https://www.surveio.com/survey/d/C9C/BVDNUmfrage>



Aus den Verbänden

KSVPsych-Richtlinie

Vernetzte Versorgung für psychisch erkrankte Menschen

Nach vielen Jahren mühevoller Arbeit im selektivvertraglichen Bereich kommt mit der KSVPsych-Richtlinie voraussichtlich ab Juli 2022 die ambulante strukturierte Komplexbehandlung in die Regelversorgung. Das Herzstück des neuen Versorgungsprogramms bilden – teils noch zu gründende – Netzverbünde. Was sind die ersten Schritte bei der Gründung eines Netzverbundes?

An den Beratungen zur KSVPsych-Richtlinie im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) waren BVDP und BVDN, die bereits bestehenden Netzverbünde in der KV Nordrhein aus dem Innovationsfondsprojekt Neurologisch-psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung (NPPV) zusammen mit der IVPNetworks GmbH und das Berliner Ärztenetz der Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg (PIBB) intensiv be-

teiligt. Wesentliche Elemente der Struktur und der Empfehlungen der bereits bestehenden Versorgungsprojekte sind dabei in der KSVPsych-Richtlinie berücksichtigt worden, um künftig ein individuelles Versorgungs- und Betreuungsangebot bieten zu können, das prinzipiell allen GKV-Versicherten und allen Praxen in Deutschland zur Verfügung steht. Auch wenn die genauen Regularien und insbesondere die Art und die

Höhe der Vergütung der KSVPsych-Richtlinie noch offen sind, können Erfahrungen aus anderen Regionen bereits jetzt zur konkreten Planung und Vorbereitung der Behandlung in der Richtlinienversorgung herangezogen werden.

Ansprüche an Netzverbünde hoch

Zur Erbringung der Leistungen und damit zur Abrechnung gegenüber der KVen müssen drei zentrale Voraussetzungen der Richtlinie erfüllt sein:

- Teilnahme des ärztlichen Fachpersonals an einem Netzverbund,
- komplexer Behandlungsbedarf,
- regelmäßiger Austausch zwischen ärztlichem und therapeutischem Fachpersonal (mindestens zwei Mal pro Quartal; analog der Heimversorgung gemäß EBM 37120).

Komplexer Behandlungsbedarf

Das Programm richtet sich primär an schwer Erkrankte mit einem komplexen psychiatrischen, psychosomatischen oder -therapeutischen Behandlungsbedarf. Das bedeutet, dass mindestens zwei verschiedene Behandlungsmaßnahmen durch unterschiedliche Disziplinen pro Quartal erforderlich sind und somit neben der fachärztlichen Behandlung mindestens ein weiterer Leistungserbringer aus den Bereichen Psychotherapie, Ergotherapie, Soziotherapie oder psychiatri-



Die Versorgung von akut psychisch erkrankten Menschen kann durch vernetzte Behandlungsangebote optimiert werden.

scher Hauskrankenpflege in die Behandlung involviert sein muss.

Organisation und Ablauf

Um die Voraussetzungen für die Behandlung gemäß KSVPsych-Richtlinie formal erfüllen zu können, sind bei der Planung und Umsetzung der Richtlinie – neben der inhaltlichen Ausgestaltung der (sozial)psychiatrischen, berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit – vor allem die folgenden Punkte wichtig:

- Vernetzung der Fachärztinnen und -ärzte untereinander,
- Vernetzung mit Ergotherapie/Soziotherapie/psychiatrischer Hauskrankenpflege/Psychotherapie,
- Organisation des Netzverbundes,
- technische Umsetzung.

Fachärztliche Vernetzung

Für die Gründung eines Netzverbundes ist vorgesehen, dass mindestens zehn Fachärztinnen und -ärzte beziehungsweise Psychotherapeutinnen und -therapeuten einen Netzverbundvertrag eingehen. Die Psychotherapie betreffend müssen allerdings vier ärztlich oder psychologisch Tätige vertreten sein. Eine regionale Nähe ist aus gemeindepsychiatrischer Sicht sicherlich wünschenswert, wird aber nicht ausdrücklich gefordert: Es bietet sich deshalb hierfür die bereits vorhandene Anzahl an Kolleginnen und Kollegen im Berufsverband eines KV-Bezirks eindeutig als „Nucleus“ an, von dem aus sich das Netz dann weiterentwickeln kann. Konkret ging die Initiative zur vernetzten Arbeit nicht zuletzt vom langjährigen Bundesvorsitzenden Dr. Frank Bergmann in der KV Nordrhein und den Vorstandsmitgliedern des Berliner Landesverbandes, Dr. Norbert Mönter und Dr. Gerd Benesch, aus. Insbesondere das „Zusammengehörigkeitsgefühl“ der Beteiligten ist ein wichtiger Erfolgsfaktor für die weitere Vernetzung.

Nichtärztliche Vernetzung

Die meisten von uns kooperieren bereits mit einer Reihe von Personen aus Psy-

chotherapie, Ergotherapie, Soziotherapie und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege. Im ersten Schritt sollten die bisherigen persönlichen Kontakte genutzt werden, um die konkreten Kooperationen zu bilden. In einem zweiten Schritt bieten sich die Kontaktaufnahme zu den entsprechenden Berufsverbänden an, um eine möglichst große Anzahl der Leistungserbringer für die Versorgung zu gewinnen. Da in jedem Netzwerk mindestens eine Person aus einer psychiatrischen Klinik vertreten sein muss, sollten frühzeitig entsprechende Kontakte aufgenommen werden.

Organisation des Netzverbundes

In der Richtlinie sind eine Reihe von Aufgaben aufgeführt, die eine gemeinsame Struktur der Netzarbeit erforderlich machen. Aus unserer Sicht ist es dafür wichtig, Kontakt zur jeweiligen KV, aber auch zu regionalen Ärztnetzen (z. B. Hausarztnetze) aufzunehmen, um auf bereits existierende Ressourcen zurückgreifen (z. B. Qualitätszirkel, Terminbuchung der Eingangssprechstunden über Terminservicecenter der KVen) beziehungsweise diese gemeinsam entwickeln zu können. Hierbei sollten auch Fragen der Strukturfinanzierung, etwa über Fördermaßnahmen der regionalen KVen oder auch auf politischer Kreis- oder Landesebene, angesprochen werden.

Technische Umsetzung

Die Digitalisierung spielt bei der Vernetzung der Zusammenarbeit eine wichtige Rolle. Bei der Auswahl sollten neben den typischen Anforderungen an Datenschutz, Usability, Support und Kosten auch der Aspekt der Steuerungshoheit der Versorgung, die Einbeziehung der verschiedenen berufsgruppenspezifischen Beteiligten sowie eine mögliche individuelle Weiterentwicklung der Zusammenarbeit (z. B. Abrechnungsmöglichkeit gegenüber dem Kostenträger, Schnittstelle zur Buchhaltung) berücksichtigt werden. Bei der Netzgründung werden sich wegen der vernetzten Zu-

sammenarbeit und späteren Abrechnung relativ schnell weitere juristische, steuerrechtliche und finanzielle Fragen ergeben, die am besten mit entsprechenden Fachkundigen thematisiert werden sollten.

Mögliche weitere Schritte

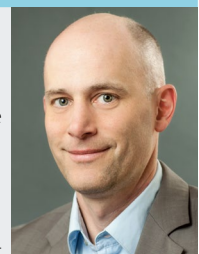
Nach Etablierung eines Netzverbundes und erfolgter formaler und inhaltlicher Vernetzung als notwendige Grundlage, um Leistungen gemäß der Richtlinie überhaupt abrechnen zu können, besteht die Möglichkeit, sich als Netz fortzuentwickeln. Neben der Entfaltung eigenständiger Projekte (z. B. Spezialangebote für bestimmte Personengruppen wie Geflüchtete, gemeinsame Weiterbildung im Assistenzbereich, Praxisbörsen) ist hier vor allem die Möglichkeit zur KV-Zertifizierung nach § 87b SGB V als Praxisnetz zu nennen, die das Berliner Ärztenetz bereits im Jahr 2014 absolviert hat: Durch die inzwischen explizit gesetzlich vorgegebene Förderung der KV-zertifizierten Netze durch entsprechende regionale KVen (in Berlin seit 2019) ist eine langfristige Strukturfinanzierung des Netzes möglich. Neben dem BVDP und den bereits etablierten Haus- und Fachärztnetzen können und sollten auch hier die KVen hilfreich zur Seite stehen. Das Engagement der KVen fällt allerdings regional sehr unterschiedlich aus.

AUTOR

Dr. med. Michael Krebs

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Drakestraße 61
12205 Berlin
Beisitzer BVDP Bund;
Landessprecher Psychiatrie Berlin; Vorstandsmitglied BVDN Berlin

praxis@dr-michael-krebs.de



ZNS-Tage 2022

Jahrestagung in Zeiten der Pandemie

Köln ist seit vielen Jahren wichtiger Treffpunkt von Nervenärzten, Neurologen, Psychiatern und Psychotherapeuten. In diesem Jahr fanden die ZNS-Tage erstmals als Hybridveranstaltung statt. Neben der großen Mitgliederversammlung wurden unter anderem fundierte Fortbildungen zu aktuellen neuropsychiatrischen Themen angeboten.

Vom 17. bis 19. März 2022 hatten die Berufsverbände BVDN, BDN und BVDP zu den ZNS-Tagen nach Köln eingeladen. Was ehemals als NuP-Tag(e) begann, hat sich inzwischen zur größten gemeinsamen Jahrestagung von Nervenärzten, Neurologen, Psychiatern und Psychotherapeuten in Deutschland entwickelt – und das in Zeiten der COVID-19-Pandemie. Wurden wir 2020 noch vom damals in Europa gerade anlaufenden Infektionsgeschehen überrascht, war es doch gelungen, innerhalb von nur zwei Wochen den eigentlich in Präsenz geplanten Kongress virtuell zu organisieren und durchzuführen. Nach mehr als einem Jahr an Pandemie-Erfahrung waren wir 2021 bereits besser vorbereitet und auch unsere technischen Fähigkeiten waren gewachsen. So war es uns gelungen, Sie in einem virtuellen Kongresszentrum begrüßen zu können.

Auf nach Köln – oder in die Online-Veranstaltung

Heuer sind die Verbände noch einen Schritt weitergegangen und organisierten – mit Unterstützung der Firmen Diaplan als Veranstaltungsservice und Tospann für die Veranstaltungstechnik – einen Hybridkongress. Die Teilnehmer hatten also die Wahl, die Veranstaltung in Präsenz zu erleben (dem aktuellen Infektionsgeschehen geschuldet unter den Bedingungen des 2G+), oder aber die Fortbildungsangebote virtuell zu nutzen und sich von zuhause aus zuzuschalten.

Schon vor dem Kongressbeginn die Möglichkeit zur Fortbildung

Erwartet wurden sie von einem breit gefächerten Programm, das zu einer Vielzahl klinisch wichtiger Themen quer

durch die Neurologie und Psychiatrie ein Update liefern konnte. Bereits am Vorabend vor der eigentlichen Kongresseröffnung gab es die Möglichkeit, sich im Rahmen von Facharztrepetitorien wahlweise in den Fächern Neurologie oder Psychiatrie und Psychotherapie auf den aktuellen Stand zu bringen. Nach einem Seminar zu digitalen Entwicklungen folgte eine Anleitung zur wirtschaftlichen Praxisführung inklusive EBM-Schulung.

Mitgliederversammlung, Vorträge, Seminare und mehr

Am ersten eigentlichen Kongresstag hatten dann zunächst die Vorsitzenden zur offenen Mitgliederversammlung eingeladen, über die wir auf Seite 14 dieser Ausgabe des NeuroTransmitter detaillierter berichten. Dr. Sabine Köhler und Dr. Klaus Gehring gelang es, die Zuhörer mit einem großen Bogen über die aktuelle politische Lage, die zu erwartenden gesundheitspolitischen Veränderungen, schon umgesetzte und geplante Entwicklungen der Verbände, Einflüsse auf die Honorarentwicklung, ambulante Weiterbildung und kommende Herausforderungen zu informieren und konstruktiv zu diskutieren. Die weitere Tagung gestaltete sich als Parforceritt quer durch das gesamte Fachgebiet mit Vorträgen und Workshops zum State of the Art zu Multipler Sklerose, Migräne, Demenz, Parkinson, Depressionen, systemischer Therapie, Angststörungen, Psychose, Begutachtung, Myopathien, ADHS, Neuropsychologie, Neuro-Psychopharmakotherapie, Epilepsie und EEG sowie Neurosonografie. Dank exzellenter Referenten – allesamt Experten und Meinungsführer in ihrem Fach –

waren sämtliche Veranstaltungen überaus lebendig und interaktiv. Da es nicht möglich war, Workshops, die parallel stattfanden, zu besuchen, besteht zudem auch nach dem Kongress die Möglichkeit, auf die aufgezeichneten Vorträge zurückzugreifen.

Einladung zu ZNS-Tage im kommenden Jahr

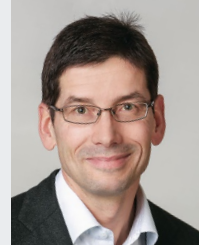
Insgesamt haben 249 Teilnehmer die Angebote genutzt, 153 davon per Livestream. 76 % haben in der abschließenden Evaluation angegeben, dass sich für sie die Teilnahme – gemessen am zeitlichen und organisatorischen Aufwand – sehr gelohnt hat. Die Gesamtveranstaltung wurde insgesamt mit 4,6 von 5 Punkten als sehr gut bewertet. Die ZNS-Tage dürfen also als voller Erfolg verstanden werden. Das Konzept hat sich bewährt. Wir laden Sie bereits jetzt zu den ZNS-Tagen 2023 ein, die vom 23. bis 25. März erneut in Köln stattfinden werden. Seien Sie gespannt auf die Themen im kommenden Jahr, und merken Sie sich diesen Termin schon einmal vor.

AUTOR

Dr. med. Klaus Gehring,

Vorsitzender des BVDN
Neurologe in Itzehoe
Hanseaten-Platz 1
25524 Itzehoe

gehring@neurologie-itzehoe.de



Hier steht eine Anzeige.



Mitgliederversammlung der ZNS-Tage 2022

Von der Honorarentwicklung bis zur MS-Versorgung

Bei den ZNS-Tagen 2022, die vom 17. bis 19. März in Köln und als Zoom-Konferenz stattfanden, boten BVDN, BDN und BVDP erneut ein interessantes Programm mit Fachvorträgen aus Neurologie und Psychiatrie sowie berufspolitischen Highlights. In der „offenen Mitgliederversammlung – Berufspolitik für alle“ konnten sich alle Teilnehmenden auf den neuesten Stand bringen.

In einer kurzen Einführung betonte Dr. Sabine Köhler, dass die ZNS-Tage als Nachfolgeprogramm der NuP (Neurologie und Psychiatrie)-Tage in ihrer Wertigkeit weiter ausgebaut und noch interessanter und umfangreicher geworden seien. Eine Einschätzung, die am Ende der drei Tage nur bestätigt werden konnte.

Dr. Klaus Gehring dankte allen, die dieser BVDN-Veranstaltung die Treue gehalten haben, sowie den beteiligten Pharmafirmen für ihre finanzielle Unterstützung.

In der Mitgliederversammlung des BVDN berichtete Köhler zu den Tätigkeiten des Vorstandes. Im Fokus standen dabei auch die furchterliche Kriegssituation in der Ukraine und die damit verbundenen Zerstörungen und Bedrohungen – hier seien die Fachärzte der neuropsychiatrischen Fächer besonders gefragt, unterstrich Köhler.

Ambulantisierung wird wichtiger

Zur Innenpolitik wechselnd informierte Köhler über die für Nervenärzte, Neurologen und Psychiater wichtigen Passagen im Koalitionsvertrag und zur Tendenz einer stärkeren staatlichen Einmischung in der Gesundheitspolitik. Dabei werde auch die „Ambulantisierung“ vorangetrieben.

G-BA-Richtlinie KSVPsych

Die G-BA Richtlinie zur Versorgung von schwer psychisch Kranken (KSVPsych-RL) sei das Ergebnis langer Verhandlungen und ein wichtiger Erfolg für die bessere Behandlung von Patienten mit den

ICD-10-Diagnosen F10 bis F99. Im EBM werde es im Kapitel 39 entsprechende neue Abrechnungsmöglichkeiten geben. Bei diesem Thema habe sich erneut gezeigt, wie wichtig die berufspolitischen Aktivitäten seien, und dass es eine gute Entscheidung gewesen sei, durch die Gründung des Spitzenverbandes ZNS (SpiZ) größeren Einfluss nehmen zu können.

Eigene App der Berufsverbände

Außerdem gab Köhler einen ersten Einblick in die sich in Vorbereitung befindliche App der Berufsverbände, die unter dem Namen „Cortex – direkt“ an den Start gehen soll.

Honorarentwicklung positiv

Die aktuelle Honorarentwicklung sei als Fortschritt zu bewerten und Ergebnis des erfolgreichen gemeinsamen Auftretens des SpiZ, betonte Gehring. Unsere Fachgruppen zählten zu den wenigen Gewinnern innerhalb der EBM-Reform, da eine Aufwertung der Gesprächsziffern erreicht werden konnte. TSVG-Leistungen und die Telefon- und Videosprechstunden seien zwar als Eingriff in die Praxisorganisation zu kritisieren, die gebündelte Interessenvertretung auf Bundesebene durch den SpiZ habe sich jedoch positiv auf deren extrabudgetäre Honorierung ausgewirkt.

Auf Landesebene sei die Abrechnungsprüfung in den Landes-KVen ein beachtenswertes Thema, insbesondere seien hohe Überschreitungen des Fachgruppendurchschnitts eventuell problematisch. In entsprechenden Prüfverfahren

müssten dann auch die speziellen Schwerpunkte solcher Praxen nachvollziehbar dargestellt werden, wobei der Berufsverband gern unterstütze und idealerweise schon frühzeitig eingebunden werden sollte.

Weiterbildung in den Praxen

Abschließend stellte Gehring besondere Verträge zur MS-Versorgung sowie neue Initiativen zur Weiterbildungsordnung mit den Möglichkeiten der ambulanten Weiterbildung vor. Es gebe jetzt verbesserte Alternativen für die Weiterbildung in den Praxen, auch in Kooperation mit Kliniken.

Nach einer kurzen Diskussion beendeten die Vorsitzenden die Mitgliederversammlung und verwiesen auf die weiteren spannenden Themen in den Symposien und den Workshops. Über diese hochrangigen Fachvorträge aus der Neurologie und Psychiatrie werden wir noch an anderer Stelle berichten.

AUTOR

Dr. med. Roland Urban

Schriftführer des BVDN
Turmstraße 76a
10551 Berlin

dr.urban-berlin@
t-online.de



Hier steht eine Anzeige.



Mitbetreuung nach EBM abrechnen

Streit um die Betreuungsziffern in Schleswig-Holstein beigelegt

In den letzten Jahren war eine Reihe von Neurologen, Psychiatern und Nervenärzten im nördlichsten Bundesland wiederkehrend mit Prüfanträgen wegen ihrer Abrechnung der GOP xx233 und xx230 konfrontiert. Der Disput vor dem Plausibilitätsausschuss konnte nun aber durch die Vorgabe beigelegt werden, in der Akte Erreichbarkeitsdaten einer Kontaktperson zu hinterlegen, wenn für einen Patienten eine Mitbetreuung abgerechnet wird.

Die jahrelange kontroverse Überprüfung der Betreuungsziffern, unsere Strukturziffern, konnte schließlich beendet werden. Hintergrund war ein extrem heterogenes Abrechnungsverhalten bei den GOP xx230 und xx233 innerhalb der Fachgruppe. Von der Prüfstelle war dabei die Frage nach den konkreten Vorgaben und Leistungsinhalten an die KBV und letztlich auch an den Plausibilitätsausschuss der KV Schleswig-Holstein gerichtet worden. Die Diskussion hatte sich zunächst auf die Definition des „familiären und/oder häuslichen Umfeldes“ fokussiert, in der Erwartung, dass es sich dabei um Leistungen handeln müsse, die ausschließlich durch Hausbesuche zu erbringen seien. Dieser Diskurs ließ sich mit der Feststellung ausräumen, dass diese Formulierung dazu ausgelegt ist, von Betreuungsleistungen bei Heimunterbringung (GOP xx231) abzugrenzen. Im Weiteren konzentrierte sich der Streit um die Definition der „Mitbetreuung eines [...] versorgten Patienten“.

Nichtärztliche Mitbetreuung notwendig

Nach Auffassung der KBV sowie des Kölner Kommentars zum EBM handele es sich dann um einen in der familiären und/oder häuslichen Umgebung versorgten Patienten, wenn dieser im Rahmen seiner Erkrankung nicht mehr in der Lage sei, sich selbst hinreichend zu versorgen. Die Versorgung der Patienten im Sinne der GOP xx230 und xx233 könne durch Familienangehörige oder

nichtärztliche Dritte (z. B. Angehörige eines Pflegedienstes) erfolgen. Auch der Vertragsarzt könne Teile dieser Versorgung übernehmen, hierbei bedürfe es aber zusätzlich immer der Betreuung durch einen nichtärztlichen Dritten.

Behandlung kein Synonym von Betreuung

Intensität und Frequenz der Inanspruchnahme sind allerdings nicht definiert. Ein Beispiel für einen Patienten, der sich nicht hinreichend selbst versorgen kann, wäre also ein Migränepatient, der – gut eingestellt – einmal pro Quartal eine heftige Migräneepisode hat, die es ihm unmöglich macht, das Haus zu verlassen, um seine Einkäufe zu erledigen. Die Versorgung kann also beispielsweise durch die Schwester des Migränepatienten übernommen werden, die im Fall einer Migräneepisode dessen Einkäufe erledigt. Es genügt hingegen nicht, wenn der Migränepatient einen Hausarzt wegen seiner Beschwerden konsultiert, da es hier an der Versorgung in der häuslichen Umgebung fehlt. Der entscheidende Unterschied einer Mitbetreuung und deren Abrechnung liegt darin, dass der Hausarzt den Patienten nicht versorgt, sondern ihn behandelt.

Diese Voraussetzungen müssen sich – ebenso wie die in der Erkrankung des Patienten angelegten Umstände, die zur Betreuung in der Häuslichkeit führen – eindeutig aus der ärztlichen Dokumentation ergeben. Der behandelnde Arzt hat also die Kontaktdaten der Schwester

in der Patientenakte hinterlegt, um sie in einem solchen Fall kontaktieren zu können. Er muss noch nicht einmal zwingend mit der Schwester kommuniziert haben. Ausreichend wäre es, den Patienten darüber zu informieren, dass er seiner Schwester mitteilt, dass sie sich bei dem Arzt meldet, damit dieser ihr, falls erforderlich, beratend zur Seite stehen kann, sollte sie Fragen zur Betreuung des Patienten haben.

Diese Interpretation findet seit dem 1. Januar 2022 Anwendung und so konnte der Disput vor dem Plausibilitätsausschuss beigelegt werden. Hierzu gab es am 13. Dezember 2021 einen Abrechnungshinweis der KV Schleswig-Holstein, den der Berufsverband mitgestalten durfte. Künftige Anforderung ist es also, für Patienten, bei denen eine Mitbetreuung abgerechnet wird, entsprechende Erreichbarkeitsdaten einer Kontaktperson in der Akte zu hinterlegen. Das ist ohne großen Aufwand leistbar, Rückforderungen wird es nicht geben.

Weitere Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht ausgeschlossen

Offen bleibt derzeit noch der weitere Verlauf der ursprünglichen Wirtschaftlichkeitsprüfung. Hier ist die Wiederaufnahme der zunächst angestregten Prüfungsverfahren nicht gänzlich ausgeschlossen. Sollte es dazu kommen, sind die betroffenen Kolleginnen und Kollegen aufgefordert, darzulegen, weshalb aufgrund ihrer Praxisstruktur, ihrer Tätigkeitsschwerpunkte, ihres Pati-

entenklintels und anderer Faktoren die Erbringung dieser Mitbetreuungsleistungen eine Praxisbesonderheit im Vergleich zur Fachgruppe darstellt und sie deshalb in ihrem Abrechnungsverhalten vom Fachgruppendurchschnitt abweichen. Dabei wird es wichtig sein, den Inhalt der erbrachten Leistung möglichst konkret darstellen zu können. Der Berufsverband wird bei diesen Verhandlungen sowohl in der Vorbereitung als auch begleitend weiter unterstützen.

Betreuungsziffern sind unsere Strukturziffern

Um solche Verfahren zukünftig zu verhindern – und an dieser Stelle geht die Problematik weit über Schleswig-Holstein hinaus – erscheint es essenziell, die Kolleginnen und Kollegen in ihrem Abrechnungsverhalten zu schulen und zu trainieren. Gerade die genannten GOP sind ein gutes Beispiel dafür, dass es für eine Fachgruppe unter den aktuellen Prüfbedingungen dringend geboten ist, mit möglichst einheitlichen Maßstäben abzurechnen. Grundlage dieser Prüfungen war und ist der Fachgruppendurchschnitt und den bestimmen wir selbst. Die Betreuungsziffern xx230 und xx233 sind und bleiben unsere Strukturziffern. Sie bilden das ab, was im EBM ansonsten keine Honorierung findet: Patientenführung, Beratung, Monitoring, Dokumentation und Bereitschaft zur Notfallversorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen unseres Fachgebietes. Das ist unser tägliches Brot, unsere Kernkompetenz. Dazu werden uns die Patienten letzten Endes auch von anderen Fachgruppen zugewiesen. Dabei ist es unerheblich, ob die Erkrankung Multiple Sklerose, Migräne, Epilepsie, Parkinson, Demenz, Depression, Psychose oder neuralgiformes Schmerzsyndrom heißt. Wir dürfen nicht müde werden, das auch an diejenigen weiterzutragen, die sich nicht über die Angebote der Verbände informieren. Auch sie sind an der Gestaltung unseres Fachgruppendurchschnitts beteiligt.

Dr. med. Klaus Gehring, Itzehoe

Leserbrief

Änderung der Rahmenvorgaben für Heilmittel



Zur gesundheitspolitischen Nachricht in der NeuroTransmitter-Ausgabe 3/2022 über die Änderung der Heilmittelrichtlinie für Ergotherapieleistungen hat Leser Andreas Pfeiffer der Redaktion geschrieben.



„Sehr geehrte Damen und Herren, Ihr im Betreff genannter Beitrag und der Kommentar haben mich doch sehr irritiert. Er beginnt inhaltlich falsch, denn hier wurde die Heilmittelrichtlinie mit den Listen für Indikationen

mit besonderem Verordnungsbedarf (BVB) und langfristigen Heilmittelbedarf (LHB) verwechselt. Die neue Heilmittelrichtlinie enthält, wie gewohnt, umfänglich psychiatrische Inhalte! Das psychiatrische Indikationen bis dato nicht in den BVB- und LHB-Listen aufgenommen wurden, ist eine Kritik wert. Das ist aber kein Thema, das der Ergotherapie anzulasten ist, sondern der generell schlechteren Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, im Vergleich zu somatischen Erkrankungen.

Ich selbst habe als Experte an mehreren Leitlinienprozessen teilgenommen und möchte darauf hinweisen, dass starke Empfehlungen in psychiatrischen Leitlinien generell die Ausnahme sind –auch für somatische Therapieverfahren!

In Kombination mit der fehlerhaften Aussage, ist die verkürzte Darstellung für mich unwissenschaftlich, gefährlich und unseriös. Bitte veranlassen Sie eine angemessene Korrektur, um die Versorgung von psychiatrischen Patienten nicht noch zusätzlich zu verschlechtern. Danke!“

Stellungnahme der Redaktion

Sehr geehrter Herr Pfeiffer, vielen Dank für Ihren Leserbrief und Ihr Engagement für die Berufsgruppe der Ergotherapeuten. Wir vertragsärztlich tätigen Nervenärzte und Psychiater schätzen Ihre Arbeit sehr und arbeiten gerne und vertrauensvoll mit Ihnen zusammen.

Die Veröffentlichung in den gesundheitspolitischen Nachrichten des NeuroTransmitter, auf die Sie sich beziehen, hat den Hintergrund, dass wir als Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und Nervenärzte in den letzten Jahren immer wieder mit zum Teil hohen Regressen im Heilmittelbereich konfrontiert waren. Insbesondere traf das die Verordnungen von Ergotherapie auch bei schwerwiegenden psychischen Erkrankungen. Diese Regressforderungen haben leider zunächst einmal keinerlei Bezug zu Indikation und Sinnhaftigkeit der Verordnung, sondern greifen statistische Auffälligkeiten der Verordnenden im Vergleich zu den Fachkolleginnen und -kollegen auf.

Keinesfalls sollte mit dem Beitrag der Wert der Ergotherapie in der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen ge-

schmälert werden. Im Gegenteil, das Dilemma für uns Fachärzte ist ja gerade, dass wir Ergotherapie verordnen, weil wir davon überzeugt sind, letztlich aber immer wieder die Erfahrung machen müssen, dass wir dafür in Regress genommen werden und de facto das Honorar des Ergotherapeuten dann aus eigener Tasche den Krankenkassen zurückerstatten sollen.

Als Berufsverbandsvorsitzende ist es meine Aufgabe, die Mitglieder auf Regressgefahren aufmerksam zu machen. Wenn der Regressfall eintritt, ist der Bezug auf die Leitlinien, wie beispielsweise die S3-LL Schizophrenie oder die S3-LL Psychosoziale Therapien leider keine große Hilfe.

Die Botschaft an die Kolleginnen und Kollegen ist nicht, verordnet keine Ergotherapie, sondern: Wenn Ihr Ergotherapie verordnet, haltet Euch an den Heilmittelkatalog und dokumentiert die Indikation und den Verlauf gut.

Beste Grüße

Dr. Christa Roth-Sackenheim, Andernach

Rund um den Beruf

Befundberichte für die Rentenversicherung

Formular S0051 zielsicher und effektiv ausfüllen

Ärzte können Betroffene mit Funktionsstörungen unterstützen, indem sie einen Befundbericht für den Antrag bei der Deutschen Rentenversicherung erstellen. Seit Januar 2021 wird das bundeseinheitliche Formular S0051 als Grundlage dafür verwendet.

Zu den ungeliebten „Schreibtischaufgaben“ des Facharztes gehört es, im wohlverdienten Feierabend einen Befundbericht für die Deutsche Rentenversicherung (DRV) auszustellen. Diese benötigt die Berichte, wenn beispielsweise Leistungen zur Teilhabe (medizinische oder berufliche Rehabilitation) beantragt werden oder ein Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt wird. Die Arbeit am Befundbericht wird lediglich versüßt durch 35 € Honorar. Dafür muss aber auch eine zweiseitige Abrechnung (Formular S0050) erstellt werden.

ICF-basierte Dokumentation nicht praxistauglich

Nicht selten wird der Befundbericht an medizinische Fachangestellte delegiert, die oft lediglich rasch die letzten Diagnosen ungefiltert aus der Praxis-EDV übertragen und das Formular nur unvollständig bearbeiten. Diese Vorgehensweise mag auf den ersten Blick effizient erscheinen, kann jedoch zu Rückfragen und damit zu erneuter Befassung mit dem Thema führen. Denn die Diagnose, die den Rehabilitationsbedarf begründet, sollte unbedingt als erste und die weiteren Diagnosen sollten in der Reihenfolge ihrer Bedeutungen genannt werden. Es ist auch nicht sinnvoll „Z. n.“ zu notieren oder Verdachtsdiagnosen zu nennen.

Während die Anamnese selbsterklärend ist, wurden die Angaben zu den

Funktionseinschränkungen (Punkt 6 im alten Formular G1204) in der Vergangenheit oft gar nicht ausgefüllt, da die niedergelassene Ärzteschaft vielfach nicht mit der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) vertraut ist. Die ICF hält mit fast 1.500 Kategorien eine standardisierte Sprache bereit, um Informationen zu Funktionsfähigkeit und Kontextfaktoren zu kodieren, die jedoch alles andere als ein praxistaugliches Instrument darstellt.

Besonders wichtig ist auch, dass vor allem die funktionellen Beeinträchtigungen aufgeführt werden sollen, denn im Gebiet des Rehabilitations- und Rentenrechts sind die Funktionsstörungen für die Erwerbsfähigkeit ausschlaggebend und dementsprechend bedeutsamer als die Diagnose. Beispielsweise finden sich in der Inneren Medizin unter dem gerne kodierten „nicht entgleisten Diabetes mellitus Typ 2 mit nicht näher bezeichneten Komplikationen“ (E11.80) sowohl geringe Funktionsstörungen (Frühstadien der Komplikationen) mit erhaltener Erwerbsfähigkeit als auch schwere Funktionsstörungen (ausgeprägte Spätstadien von Komplikationen) mit aufgehobener Erwerbsfähigkeit. Hier liegt das wesentliche Problem der Sozialmedizin, wenn nur ICD-Codes vorliegen, deren Systematik nie dazu gedacht war, Schweregrade oder Funktionszustände wiederzugeben.

Bundeseinheitlicher Befundbericht S0051

Die DRV hat daher bereits 2018 trägerübergreifend ihr Formular für den Befundbericht bundesweit vereinheitlicht. Seit 2021 gibt es nur noch einen trägerübergreifenden, bundeseinheitlichen Bericht (Formular S0051). Wichtigster Punkt bei dem neuen Bericht ist, dass die ICF-Einschränkungen (Seite 2, nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe) als Ankreuzfelder standardisiert und mit kurzen Erläuterungen versehen wurden. Durch den Platzbedarf dieser Operationalisierung ist zwar der Umfang des Formulars von drei auf vier Seiten angewachsen, aber die Angabe von Funktionsstörungen wurde faktisch klarer und einfacher gestaltet. Leider muss dieses Formular für alle passen, ist also zwangsweise ein Kompromiss.

Sehr bedauerlich ist auch, dass viele PVS-Anbieter das neue Formular immer noch nicht in die Praxis-EDV eingepflegt haben (dort scheint es dringlichere Probleme zu geben), obwohl die Vereinheitlichung des Formulars über alle Träger der DRV auch mit Blick auf einen überschaubaren Programmieraufwand für die Hersteller von Praxis-EDV-Systemen erfolgte.

Im Folgenden möchten wir beispielhaft einen Befundbericht für einen neurologischen und für einen psychiatrischen Fall wiedergeben.

Geschichte der DRV

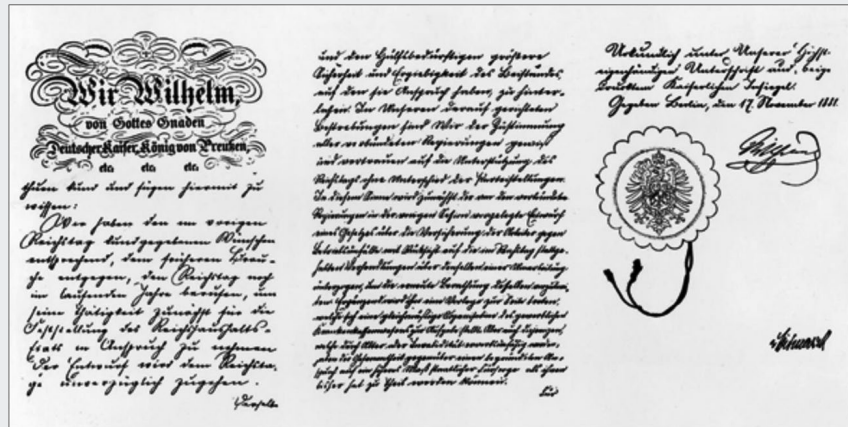
Die DRV wurde 1889, nach der Unfall- und Krankenversicherung von Bismarck als „kaiserliche Botschaft“ gegründet [1], um den sozialen Frieden mit der verelendeten Industriearbeiterschaft zu sichern.

Die DRV galt zunächst nur für Arbeiter und „kleine Angestellte“. Die Rehabilitation gehörte von Anfang an mit zu den Leistungen. Altersrenten ab 70 mussten in den ersten Jahrzehnten kaum bezahlt werden, da die Lebenserwartung weit unter dem Eintrittsalter lag. Ab 1890 wurden die Beiträge durch 31 Landesversicherungsanstalten (LVAen) erhoben. Ähnlich wie die KVen ist die Rentenversicherung nicht staatlich, sondern als Selbstverwaltung mit passender Organisationsstruktur organisiert. Über die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte (die spätere Bundesversicherungsanstalt, BfA) waren ab 1911 dann alle Angestellten rentenversichert. Es entstand also die paradoxe Situation, dass die Arbeiter in den Ländern versichert waren, die Angestellten jedoch in einer bundesweiten Versicherung.

Ab 1923 war die Knappschaft dabei, also die Versicherung für den Bergbau, seit 1969 als Bundesknappschaft.

Dadurch, dass in den ersten Jahrzehnten mehr ein- als ausbezahlt wurde, hatte die Rentenversicherung große Überschüsse, die in Gesundheitsvorsorge und sogar den sozialen Wohnungsbau investiert wurden. Spätestens nach dem ersten Weltkrieg und der Inflation waren Ende der 1920er-Jahre die Kassen leer.

Im dritten Reich wurden die Selbstverwaltung abgeschafft, die Rentenversicherung gleichgeschaltet und die Versicherungsgelder in die Rüstung geleitet. So erklärt sich,



Auszug der Urkunde der Kaiserlichen Botschaft von 1881, die als Magna Charta der Gesetzlichen Rentenversicherung angesehen wird.

dass es nach dem Krieg eine Altersarmut unter den Menschen in Rente gab.

1951 wurde die Selbstverwaltung wieder eingesetzt. Eine erste Rentenreform war 1957 nötig. Seither erwirbt man seine Rentenanwartschaft nach den im Lauf der Jahre eingezahlten Beiträgen. Die tatsächlich ausgezahlten Renten stammen aber im Umlageverfahren von den aktuellen Beitragszahlern (Generationenvertrag).

Im Verlauf stiegen – nicht zuletzt durch das Wirtschaftswunder – die Renten bis auf Lohnersatzfunktion an. Seit der gleichen Zeit gilt der Grundsatz „Reha vor Rente“.

In den darauffolgenden Jahrzehnten wurde die Rentenversicherung noch mehrfach reformiert, nun aber mehr wegen der steigenden Lebenserwartung und damit einer steigenden Zahl von Rentnern.

Der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) war der freiwillige Zusammenschluss der 22 LVAen, der Bundesknappschaft, der Bahnversicherung und der Seekasse. Sein Sitz war 1919 bis 2005 Frankfurt am Main, dann erfolgte die Fusion mit der BfA und der Umzug nach Berlin im Rahmen der Organisationsreform.

Seither gibt es nur noch die DRV Bund, sozusagen als „Spitzenverband“. Es wurde aber die Regelung getroffen, dass etwa 55 % des Versichertenbestandes weiter durch Regionalträger verwaltet werden. Das ist der Grund, weshalb die Ärzteschaft ihre Post teils nach Berlin, teils an den Regionalträger in Ihrem Bundesland schicken müssen.

Insgesamt arbeiten über 24.000 Menschen bei der DRV.

© Deutsche Rentenversicherung [1]

Neurologische Kasuistik: Multiple Sklerose

Eine 38-jährige Erzieherin leidet unter einer schubförmig remittierenden Multiplen Sklerose (MS). Seit dem letzten Schub hat sie eine leichte Gangstörung beziehungsweise eine leichte spastische Parese des rechten Beins. Sie hat keine kardiovaskulären Risikofaktoren.

Nachdem es Probleme mit den Leberwerten unter Interferon gab, ist sie seit Jahren stabil auf Dimethylfumarat (Tecfidera®) eingestellt. Sie geht regelmäßig zur Physiotherapie, ist alleinerziehend und halbtags tätig. Sie klagt über eine ausgeprägte Fatigue. Die FSMC Motorik beträgt 22 (leicht), kognitiv 34 (schwer), was eine Summe von 56 (mittelgradig)

ergibt. Die COVID-19-Pandemie sorgte für enorme Veränderungen an ihrem Arbeitsplatz und in der Krippenversorgung des Sohnes, was zu einer extremen Erschöpfung führte. Daraufhin vereinbarte sie mit ihrem behandelnden Neurologen, einen Antrag auf medizinische Rehabilitation zu stellen. Die Versorgung des Sohns soll während ihres vier-

Tab. 1: Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigung der Aktivitäten/Teilhabe

	Keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	Personelle Hilfe nötig	Nicht durchführbar	Keine Angabe möglich
Lernen und Wissensanwendung (z. B. Probleme lösen, Entscheidungen treffen)	☒	☐	☐	☐	☐
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z. B. tägliche Routine ausführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)	☐	☒	☐	☐	☐
Kommunikation (z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	☒	☐	☐	☐	☐
Mobilität (zum Beispiel Stehen, Gehen, Transfer Bett Stuhl beziehungsweise Rollstuhl, Treppensteigen)	☐	☒	☐	☐	☐
Selbstversorgung (Essen, Trinken, Ankleiden und Auskleiden, Waschen, Baden, Duschen, Toilettenbenutzung)	☒	☐	☐	☐	☐
Häusliches Leben (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	☐	☐	☐	☐	☐
Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	☒	☐	☐	☐	☐

wöchigen Aufenthalts durch den Ex-Partner erfolgen.

Der EDSS-Wert wird mit 3,0 eingeschätzt. Rehabilitationsdiagnosen sind:
 — schubförmig-remittierende MS, stabil,
 — G35.10G,
 — leichte spastische Monoparese rechtes Bein – G83.1RG,
 — leichte Gangstörung – R26.1G,
 — ausgeprägtes Fatigue-Syndrom – G93.3G.

Befundbericht für die DRV

Sicher können Sie sich in Ihrer Fantasie nun auch einen sehr leichten oder einen sehr schweren MS-Fall ausdenken. Während die Diagnose gleich bliebe, würden sich rehabilitationsmedizinisch völlig unterschiedliche Konstellationen ergeben.

In der Anamnese kann auf einen aktuellen Arztbrief oder Krankenhausbrief verwiesen werden. Falls es nicht aus

der Diagnose hervorgeht, sollten die resultierenden Funktionseinschränkungen erwähnt werden.

Die langfristige (> sechs Monate) Beeinträchtigung der Aktivität/Teilhabe wird wie in **Tab. 1** beurteilt. Dann empfiehlt es sich, bisherige (Interferon) und aktuelle Therapien (Dimethylfumarat, Physiotherapie) kurz zu erwähnen. Bitte auf unübliche Abkürzungen verzichten!

Ein orientierender neurologischer Befund reicht aus. Körpergröße und Gewicht sollten angegeben werden, da dies bei der Klinikauswahl eine Rolle spielt. Des Weiteren sollte bei Sucht die örtliche Suchtberatungsstelle angegeben werden, da die einen Sozialbericht erstellen muss.

Bitte denken Sie daran, dass der Rehabilitationsbericht von Personen gelesen wird, die die Patientin nicht kennen.

Als Kontextfaktoren geben Sie bitte an, dass die Patientin alleinerziehend ist

und sowohl privat als auch beruflich durch die Pandemiemaßnahmen mehrfach belastet ist. Ansonsten ist dies die Stelle, um sonstige psychosoziale Probleme (mangelndes Selbstmanagement, soziale Isolation) anzugeben. Vergessen Sie die Risikofaktoren nicht. In den meisten Praxen werden sie routinemäßig erhoben oder sind bereits bekannt.

Sollten Sie nicht selbst der Patientin Arbeitsunfähigkeit (AU) attestiert haben, versuchen Sie herauszufinden, ob der Hausarzt das getan hat. Der DRV liegen leider nicht immer die aktuellen AU-Zeiten vor. Die DRV versucht das jedoch über den sogenannten AUD-Beleg herauszufinden [2].

Unter Reisefähigkeit und Belastbarkeit versteht die DRV, ob die Patientin die Rehabilitationsklinik gut aufsuchen kann, um dort dann an Bewegungstherapien, Schulungen und Gruppentherapien teilnehmen zu können.

Der oben beschriebene Fall sollte also wenig Probleme bereiten. In unklaren Fällen, wenn Sie etwa eine Ablehnung des Rehabilitationsantrags befürchten, können Sie allerdings um Rücksprache mit einer Ärztin oder einem Arzt der DRV bitten, wenn Sie Ihre Telefonnummer auf dem Rehabilitationsantrag hinterlassen.

Psychiatrische Kasuistik: Depression

Ein 59-jähriger Mann wird Ihnen vom Hausarzt wegen einer mittelgradigen Depression überwiesen. Er wird nicht therapiert, lässt sich auch nur schwer von der Notwendigkeit einer medikamentösen Behandlung überzeugen. Zum Abschluss der Konsultation berichtet er, dass er seit zwei Monaten arbeitsunfähig sei. Der Hausarzt sagt, dass Sie die AU verlängern sollen.

Der Mann hat seinen letzten Arbeitsplatz als Koch verloren und ist aktuell zusätzlich dadurch belastet, dass er seinen Neffen aufnehmen musste, der wegen Drogenproblemen von seiner Mutter „rausgeworfen“ wurde. Der Patient war früher alkoholabhängig. Er bessert sich unter Pharmakotherapie mit Venlafaxin bis 225 mg in den folgenden Wochen nicht, sodass Sie ein Rehabilitationsverfahren einleiten. Er möchte keine Psychotherapie und Sie halten ihn auch nicht dafür geeignet. Im Fähigkeitsbe-

fund nach Mini-ICF-APP (Selbst- und Fremdbeurteilung) zeigen sich deutliche krankheitsbedingte Beeinträchtigungen in der Widerstands- und Durchhaltefähigkeit („mehr als einen halben Tag könnte ich gar nicht mehr in der Küche stehen“) und in der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit. Auch gibt es Anzeichen für arbeitsbezogene Insuffizienzängste („ich weiß gar nicht, ob ich überhaupt eine Bewerbung hinbekomme“, „mich will doch eh keiner mehr haben“).

Nach einiger Wartezeit, langer AU, sozialmedizinischer Prüfung durch den MD stellen Sie den Rehabilitationsantrag selbst.

Befundbericht für die DRV

Auch bei diesem Fall ist beim Rehabilitationsantrag einiges zu beachten. Dass der Patient alkoholabstinenter ist, sollte durch einen Fragebogen (Audit) oder besser durch Laborwerte belegt sein. Der Patient sollte in keinem Fall suizidal sein, da das für Rehabilitation ein Ausschlusskriterium ist.

Fazit für die Praxis

So wie eine gute Fragestellung auf einer Überweisung den Facharzt freut und oft einen guten Brief nach sich zieht, so ist auch ein gut überlegter Befundbericht für die DRV oder die Rehabilitationsklinik sinnvoll, damit die in der DRV Beschäftigten sich ein Bild von dem Fall machen können.

Haben Sie keine Angst vor den Berichten, sondern sehen Sie sie als eine Chance, den Fall „auf den Punkt zu bringen“ und für den Patienten etwas Gutes zu tun. Wesentlich ist, eine mögliche Gefährdung der Erwerbs- oder beruflichen Leistungsfähigkeit darzulegen, wenn sie besteht beziehungsweise die aktuellen und potenziell chronifizierungsgefährdeten krankheitsbedingten Beeinträchtigungen anzugeben [3, 4, 5]. Es empfiehlt sich auch, proaktiv und vorausschauend den Rehabilitationsprozess mit den Betroffenen zu planen. Dazu können Sie zum Beispiel auch den Selbsteinschätzungsbogen G0115 in der Praxis verwenden [6]. Hier kann der Patient selbst seine Wünsche und Erwartungen an eine Rehabilitation formulieren. Sie erhalten ein Update über die Risikofaktoren, die Kontextfaktoren, und ob der Erkrankte überhaupt Rehabilitation will beziehungsweise seinen Zustand verbessern möchte.

Danksagung

an Dr. Harald Berger, Deutsche Rentenversicherung Nordbayern und Prof. Dr. Beate Muschalla, Technische Universität Braunschweig, Institut für Psychologie.

Literatur

1. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Ueber-uns-und-Presse/Historie/historie_detailseite.html
2. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Formulare/DE/_pdf/G0120.html
3. AWMF. Leitlinie zur Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Störungen. [Guideline for social medicine assessment in mental and psychosomatic illness.] Günstburg: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, 2019
4. Linden M et al. Exploration mittels Mini-ICF-APP. Arbeits- und Leistungsfähigkeitsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen. Ein Fallbeispiel. Berlin: Deutsche Rentenversicherung 2018
5. Linden M et al. Fähigkeitsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen. Diagnostik, Therapie und sozialmedizinische Beurteilung in Anlehnung an das Mini-ICF-APP. Göttingen: Hogrefe. 2015
6. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Formulare/DE/_pdf/G0115.html

Hier steht eine Anzeige.



AUTOR

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

Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie
Medic-Center, Nürnberg
Mitglied des Vorstands
BVDN Bayern

markus.weih@gmx.de



Arztpraxis als Gewerbebetrieb

Arbeitsteilung wird zur Stolperfalle

Die Beschäftigung von Ärzten kann zu Gewerbesteuerforderungen führen. Ein Gericht hat festgelegt, welche Rahmenbedingungen der Praxisinhaber definieren muss, um eine Gewerblichkeit und die damit einhergehende Gewerbesteueranlagung zu vermeiden.

Das Finanzgericht Rheinland-Pfalz hat entschieden, dass eine Gemeinschaftspraxis insgesamt als Gewerbebetrieb einzustufen sei, wenn ein ärztlicher Berufsausübungsgemeinschafts(BAG)-Partner überwiegend administrative Tätigkeiten ausübe (Urteil Finanzgericht Rheinland-Pfalz vom 16. September 2021 – 4 K 1270/19). Daher sollte die Arbeitsteilung dahingehend stattfinden, dass alle BAG-Partner auch selbst ausreichend ärztliche Leistungen erbringen. Behandelt einer der Gesellschafter kaum noch und widmet sich stattdessen vor allem der Praxisorganisation, würde dieser nicht die Merkmale der selbstständigen Arbeit in eigener Person erfüllen, sondern wäre als Einkünfte aus Gewerbebetrieb zu qualifizieren. Die Berufsqualifikation hierzu allein reiche nicht aus, die freiberufliche Tätigkeit müsse auch tatsächlich ausgeübt werden. Ein Arzt schulde eine „höchstpersönliche und individuelle Arbeitsleistung am Patienten“ und müsse daher einen wesentlichen Teil der ärztlichen Leistungen selbst erbringen.

Ärztliche Tätigkeit aller Gesellschafter erforderlich

Grundsätzlich sei eine gewisse Arbeitsteilung unschädlich. So könne sich der Praxisinhaber die Selbstbehandlung von problematischeren Fällen vorbehalten und Behandlungsleistungen an angestellte Ärzte delegieren. Erforderlich sei aber, dass jeder Gesellschafter kraft seiner persönlichen Berufsqualifikation sich als Arzt an der „Teamarbeit“ im arzttypischen Heilbereich beteiligt. Die Übernahme von ausschließlich kaufmännischen Leitungs- oder Managementaufgaben sei eine gewerbliche Tätigkeit, womit dessen Beschäftigung

nach § 15 Absatz 3 Nr. 1 EStG insgesamt als gewerblich zu beurteilen sei. Die Ausübung des gewerblich tätigen Arztes wiederum „infiziere“ dann die Tätigkeit der freiberuflichen Ärzte, sodass die Praxiserlöse der Gewerbesteuerpflicht unterliegen.

Große Unsicherheiten bei MVZ-Betreibern

Auch das Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) im Januar 2022 sorgt für große Unsicherheiten bei vielen MVZ-Gründern und Betreibern. Schließlich schließt es die Koppelung von Gesellschafterstatus und gleichzeitiger Anstellung im MVZ aus, wenn die Vertragsärzte die Rechtsmacht besitzen, durch Einflussnahme auf die Gesellschafterversammlung die Geschicke der Gesellschaft zu bestimmen. Dadurch würde die für eine Qualifikation als „Angestellter“ notwendige Weisungsgebundenheit aufgehoben (Urteil des BSG vom 26. Januar 2022 – B 6 KA 2/21 R). Zwar könnten Gesellschafter durchaus abhängig Beschäftigte „ihrer“ Gesellschaft sein. Dieses setze aber voraus, dass sie gegenüber der Gesellschaft tatsächlich weisungsgebunden sind und die Geschicke der Gesellschaft nicht (maßgeblich) bestimmen können.

Was bedeutet das für künftige MVZ-Gründungen?

Von diesem Urteil sind mutmaßlich ein Viertel der MVZ betroffen, zumal die Ausführungen des BSG unabhängig davon gelten, ob das MVZ als GmbH oder GbR betrieben wird. Allerdings ist für bereits bestandskräftig zugelassene MVZ von Bestandsschutz auszugehen. Eine künftige Betroffenheit ist aber auch für solche MVZ nicht auszuschließen,

wenn eine Veränderung der MVZ-Struktur angestrebt wird und der Zulassungsausschuss dann seine Genehmigungspraxis der Rechtsprechung anpasst. Insbesondere dürften Genehmigungen schwer zu erhalten sein, wenn Vertragsärzte mit ihrer Zulassung und einer ihnen zugeordneten Arztstelle in dem seit über zehn Jahren praktizierten „Huckepack-Verfahren“ zum Zwecke der Anstellung in einer MVZ-GmbH verzichten wollen, deren allein oder beherrschender Gesellschafter sie sind. Neben der Ausschreibung des Vertragsarztsitzes samt der Anstellungsgenehmigung für den Fall, dass ein neu zu gründendes MVZ ausschließlich durch den die Einzelpraxis mit angestellten Ärzten betreibenden Vertragsarzt gegründet wird, könnte eine entsprechende Verlegung der Angestelltensitze möglicherweise genehmigt werden. Dagegen kommt eine Verlegung der bewilligten Anstellung von einer Einzelpraxis in ein „fremdes“ MVZ wahrscheinlich nicht mehr in Betracht.

AUTOR

Jörg Hohmann

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

jh@gesundheitsrecht.com



Bündnis „Unter 18 Nie“ setzt sich für Schutz Jugendlicher ein

Rekrutierung Minderjähriger gefährdet deren Gesundheit

Seit der Aussetzung der Wehrpflicht im Jahr 2011 und des daraus resultierenden Personal Mangels rekrutiert die Bundeswehr in zunehmendem Ausmaß Minderjährige. Anlässlich des Girls' Day hat das Bündnis „Unter 18 Nie!“ die Bundesregierung aufgefordert, ein solches Vorgehen zu stoppen.

Die Bundeswehr rekrutiert Minderjährige, indem sie von einer Ausnahmeregelung Gebrauch macht – unter fortwährender Missachtung der Empfehlungen des Ausschusses der Vereinten Nationen für die Rechte des Kindes und der Kinderkommission des Deutschen Bundestages. Danach wird staatlichen Armeen die Rekrutierung Minderjähriger zugestanden, solange sie freiwillig geschieht, die Eltern zustimmen, die Jugendlichen mindestens 16 Jahre alt sind und unter der Bedingung, dass sie nicht in kriegerischen Konflikten oder im bewaffneten Wachdienst eingesetzt werden.

Der besonderen Schutzbedürftigkeit Heranwachsender wird allerdings nicht in angemessener Art und Weise Rechnung getragen: Weder gilt das Jugendarbeitsschutzgesetz bei minderjährigen Soldatinnen und Soldaten noch entsprechen Arbeits- und Ruhezeiten den gesetzlichen Vorgaben.

Straftaten um mehr als ein Drittel gestiegen

Die Antwort des Verteidigungsministeriums auf eine Anfrage des Abgeordneten Frank Heinrich (CDU) aus dem Jahr 2021 belegt, dass minderjährige Soldatinnen und Soldaten bei der Bundeswehr diversen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sind: Sie werden Opfer von sexuellen Vergehen, es kommt zu Unfällen, Depressionen und anderen seelischen Erkrankungen. Genaue Zahlen werden von der Bundeswehr aufgrund des damit verbundenen „Rechercheaufwandes“ nicht publik gemacht. Immerhin ist dem am 15. März 2022 veröffentlichten Jah-

resbericht der Wehrbeauftragten des Deutschen Bundestages, Dr. Eva Högl (SPD), zu entnehmen, dass die Zahl der Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung in der Bundeswehr 2021 im Vergleich zum Vorjahr um 35 % auf 303 Fälle angestiegen ist.

Untersuchungen der britischen Armee zeigen, dass unter minderjährigen Rekrutinnen und Rekruten Fälle von psychischen Traumata, Selbstverletzungen, Alkoholerkrankungen und suizidalen Handlungen deutlich höher sind als bei erwachsenen Soldatinnen und Soldaten oder gleichaltrigen Zivilisten.

Auch die von der Bundeswehr mit großem Aufwand betriebene militärische Werbung bei Minderjährigen widerspricht den Prinzipien der Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen.

In der auf RTL-2-Niveau daher kommenden YouTube-Kampagne „Mali“ (Kosten etwa 6,5 Millionen €) wird das Leben im Einsatz als eine Art erweiterter Abenteuerspielplatz transportiert.

Bündnis fordert Anhebung des Rekrutierungsalters

Um diese Missstände zu beseitigen und die Heranwachsenden vor schwerwiegenden, insbesondere psychosozialen Beeinträchtigungen zu bewahren, hat sich anlässlich des Girls' Day 2019 das Bündnis „Unter 18 nie! Keine Minderjährigen in der Bundeswehr!“ konstituiert. Das Bündnis wird getragen von verschiedenen Organisationen und Zusammenschlüssen aus den Bereichen Frieden, Menschenrechte, Kirche und Gewerkschaften. Der ärztliche Bereich wird durch die IPPNW (International

Physicians for the Prevention of Nuclear War) repräsentiert. Das Bündnis hat sich zum Ziel gesetzt, spätestens bis zum Ablauf der jetzigen Legislaturperiode die Umsetzung der Vereinbarung aus dem Koalitionsvertrag zu erreichen, künftig auf die Rekrutierung Minderjähriger als Soldatinnen und Soldaten zu verzichten und den „Straight-18-Standard“ einzuhalten – so, wie es schon über 150 Staaten weltweit tun.

Gefährdung Heranwachsender öffentlich kaum bekannt

In zahlreichen Gesprächen ist mir deutlich geworden, dass die hier angesprochene (und derzeit noch staatlich institutionalisierte) Gefährdung Heranwachsender in der Öffentlichkeit und auch in der Ärzteschaft wenig bekannt ist. Umso mehr erwächst daraus für uns – insbesondere in den Bereichen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie – eine präventive Aufgabenstellung, die etwa mit den lokalen Bundestagsabgeordneten erörtert werden könnte.

AUTOR

Dr. med. Stephan Fegers

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Vertreter der IPPNW im Bündnis „Unter 18 nie!“
Wallstraße 14
41061 Mönchengladbach

sfegers@web.de



Fortbildung



Wenn die regelmäßige Einnahme von Benzodiazepinen und Z-Substanzen über eine Gewöhnung zu einer Toleranzentwicklung führen kann, stellt sich die Frage, ob jede Langzeiteinnahme ein Abhängigkeitsrisiko birgt.

Langzeiteinnahme von Benzodiazepinen und Z-Substanzen

Das Dilemma der Niedrigdosisabhängigkeit

In der Regel halten sich Langzeitanwender von Benzodiazepinen und Z-Substanzen an die Anweisung und Dosisvorgabe des Arztes. Bei einer Großzahl dieser Patienten liegt der Konsum im therapeutischen Bereich, beim Absetzen würden dennoch Entzugserscheinungen ausgelöst werden. Demnach stellt sich die Frage, ob jeder Langzeitgebrauch im Alter zu einer Abhängigkeit führt. Zur Beschreibung des potenziellen Abhängigkeitsrisikos bei Langzeiteinnahme eignet sich ein Fünf-Phase-Modell.

RÜDIGER HOLZBACH

Typische Langzeitanwender von Benzodiazepinen und Z-Substanzen sind Menschen in der zweiten Lebenshälfte, vor allem Frauen [1]. Ein Großteil der Betroffenen erfüllt nicht die für die Diagnosestellung eines Abhängigkeitssyndroms geforderten Kriterien gemäß ICD-10 – wie „Dosissteigerung“, „Suchtdruck“ oder „Fortgesetzter Konsum trotz schädlicher Folgen“. Vonseiten der Suchtforschung wurde deshalb der Begriff Niedrigdosisabhängigkeit (low-dose dependency) eingeführt, bei der ein Konsum im therapeutischen Bereich liegt, aber beim Absetzen Entzugsercheinungen auslösen würde [2, 3].

Um für die Problematik des Langzeitgebrauchs zu sensibilisieren, sind Bezeichnungen wie „Sucht“ oder „Abhängigkeit“ ungeeignet. Langzeitanwender nehmen sich als Patienten mit einer Angst-, Schlafstörung oder Depression wahr, die nach ärztlicher Vorgabe ein wirksames Medikament einnehmen – wie bei einer Blutdruckmedikation.

Fünf-Phasen-Modell bei Langzeiteinnahme

Durch die einseitige Diskussion über Abhängigkeit und das Hilfskonstrukt

low-dose-dependency ist lange übersehen worden, dass die Langzeiteinnahme von Benzodiazepinen und Z-Substanzen schon vor Auftreten einer Abhängigkeit unerwünschte Nebenwirkungen verursacht, die mithilfe des Fünf-Phasen-Modells beschrieben werden können [4].

Prodromalphase

Benzodiazepine und Z-Substanzen zeichnen sich im Allgemeinen initial durch eine hervorragende Verträglichkeit aus. Der entspannende, angstlösende oder schlafanstoßende Effekt setzt schnell und zuverlässig ein, womit die Patienten unmittelbar die Erfahrung machen, ein gut wirksames Medikament zu erhalten, das in der Folgezeit positiv besetzt bleibt. Vielen Menschen ist das Suchtpotenzial der Präparate nicht bewusst, da sie in aller Regel nicht über das Abhängigkeitsrisiko und eine befristete Einnahmedauer aufgeklärt werden und entsprechende Warnhinweise im Beipackzettel für sich selbst als nicht relevant ansehen. Auch bei einer sehr niedrigen Dosierung oder unregelmäßiger Einnahme können Nebenwirkungen auftreten, das muss aber nicht der Fall sein.

Wirkumkehr und relative Entzugsercheinungen

In der zweiten Phase führt die zunehmende Gewöhnung des Körpers an das Medikament ohne ausgleichende Dosissteigerung nicht nur zu einem Wirkverlust, sondern zu einer Wirkumkehr. Das kann Patienten mit einem einfachen Vergleich erläutert werden: Benzodiazepine und Z-Substanzen wirken im Gehirn wie eine Bremse beim Auto, sodass Gefühle und zum Teil auch Gedanken gedämpft werden. Das Gehirn gleicht diesen Gewöhnungseffekt aus, in dem es „Gas gibt“. Der Mechanismus, auch wenn er auf der biologischen Ebene noch nicht ganz verstanden ist, tritt gleichermaßen bei der Abhängigkeitsentwicklung bei Alkohol in Kraft. Aufgrund der Gewöhnung des Körpers reicht „ein Feierabendbier“ nicht mehr, die Dosis muss gesteigert werden. Die Besonderheit bei den Benzodiazepinen und den Z-Substanzen ist jedoch, dass diese Dosissteigerung nicht ohne weiteres möglich ist, da die Präparate verschreibungspflichtig sind. Durch die immer bessere Gegenregulation ohne Dosissteigerung kommt es zu einer relativen Unterdosierung und somit zu Symptomen analog zu Entzugs-

Tab. 1: Beispiel für einen Dosierungsplan für das Ausschleichen bei Niedrigdosisabhängigkeit

Tag	Tropfen Clonazepam
1–5	5 – 2 – 2 – 11
6–10	4 – 2 – 2 – 11
11–15	4 – 2 – 2 – 10
16–20	4 – 2 – 2 – 9
21–25	3 – 2 – 2 – 9
26–30	3 – 1 – 2 – 9
31–35	3 – 1 – 2 – 8
36–40	3 – 1 – 1 – 8
41–45	3 – 1 – 1 – 7
46–50	2 – 1 – 1 – 7
51–55	2 – 1 – 1 – 6
56–60	2 – 1 – 1 – 5
61–65	1 – 1 – 1 – 5
66–70	1 – 1 – 1 – 4
71–75	1 – 0 – 1 – 4
76–80	1 – 0 – 1 – 3
81–85	1 – 0 – 0 – 3
86–90	1 – 0 – 0 – 2
91–95	1 – 0 – 0 – 1
96–100	0 – 0 – 0 – 1
101	0! Geschafft!

erscheinungen. Typische Kennzeichen der Wirkumkehrphase sind folglich Erscheinungen wie Unruhe, Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen, Geiztheit, Reizoffenheit und körperliche Missempfindungen. Merken Betroffene, dass ihnen ihr Mittel nicht mehr so gut hilft, wird ein Teil das Medikament als nutzlos absetzen. In der Folge wird durch den Wegfall der bremsenden Wirkung die Gegenregulation noch deutlicher hervortreten. Konkret bedeutet das, dass der Patient ohne „sein“ Schlafmittel gar nicht mehr schlafen kann und es somit weiter einnimmt – getreu dem Motto: „Lieber mit dem Mittel schlecht geschlafen, als ohne gar nicht.“

Apathiephase

Kommt es im weiteren Verlauf zu einer moderaten Dosissteigerung, treten die Betroffenen in die dritte Phase ein. Hier

bei entwickelt sich psychopathologisch eine typische Trias aus affektiver Indifferenz, kognitiv-mnestischen Defiziten und reduzierter körperlicher Energie. Da sich diese Symptome schleichend entwickeln, werden sie von den Betroffenen häufig nicht bemerkt. Gerade bei älteren Menschen kann die Trias aus affektiver Indifferenz, kognitiv-mnestischen Defiziten und fehlender körperlicher Energie mit (beginnenden) Alterserscheinungen verwechselt werden. Im fachlichen Kontext der Psychiatrie wäre differenzialdiagnostisch auch an ein depressives Syndrom zu denken. Wenn der Zusammenhang mit den Medikamenten nicht hergestellt wird, so ist die Gefahr groß, dass diese Veränderungen entsprechend „alltagspsychologischer Überlegungen“ dem Alter oder der Lebenssituation zugeschrieben werden.

Suchtphase

Die vierte Phase, in der Betroffene ein Abhängigkeitssyndrom entwickeln, erreicht lediglich ein Teil der Langzeitanwender. Der entscheidende Meilenstein dafür ist eine „zusätzliche Quelle“ für die Schlaf- und Beruhigungsmittel. Das kann zum Beispiel die Verschreibung durch den Vertreter des Hausarztes sein, die auch dann noch erfolgt, wenn der Hausarzt aus dem Praxisurlaub zurück ist. Auch eine Beschaffung durch Dritte ist möglich, wenn Angehörige sich Präparate verschreiben lassen und diese an die betroffene Person weitergeben. Je freier die Dosis selbst bestimmt werden kann, also je mehr Mittel zur Verfügung stehen, umso höher wird die Dosis gesteigert und es treten typische Zeichen einer Abhängigkeit auf (gemäß ICD 10 drei der sechs Kriterien innerhalb eines Jahres: Suchtdruck, Toleranzentwicklung/Dosissteigerung, Entzugserscheinungen, fortgesetzter Konsum trotz schädlicher Folgen, Vernachlässigung anderer Interessen, Kontrollverlust). Nur die wenigsten älteren Menschen werden diese Phase erreichen.

Intoxikationsphase

Die fünfte Phase, die Intoxikationsphase, stellt üblicherweise kein Problem im Alter dar. Gemeinhin sind Betroffene aus der Drogenszene, die sich die Medikamente auf illegale Weise beschaffen.

Leitsymptom ist der aufgehobene Tag-Nacht-Rhythmus mit starker Müdigkeit und ständigem Einschlafen, ohne dass in den üblichen Ablauf der Schlafphasen eingetreten werden kann. Im subjektiven Erleben dieser Menschen steht der fehlende Schlaf im Vordergrund. Folglich denken sie, dass sie zu wenig von dem Mittel genommen haben und nehmen noch mehr, sodass dieser Teufelskreis erst durch eine Entgiftung beziehungsweise anschließenden Entzug durchbrochen werden kann.

Sensibilisierung von Patienten für Langzeitanwendung

Im Praxisalltag fehlt häufig die Zeit, diese komplexen Zusammenhänge den Patienten zu erklären. Es empfiehlt sich deshalb, Betroffenen bei der Abgabe eines Wiederholungsrezeptes von Benzodiazepinen oder Z-Substanzen entsprechendes Informationsmaterial (Tab. 1) und/oder den Lippstädter-Benzo-Check auszuhändigen, der als Motivation dienen kann [5]. Anhand von zwölf Fragen werden bei den Patienten typische Folgen des Langzeitkonsums abgefragt und von ihnen selbst quantitativ eingestuft. Je höher der erreichte Wert ist, umso wahrscheinlicher sind die Symptome ursächlich für eine Langzeiteinnahme. Unspezifische Symptome wie Schlafstörungen sind dabei mit weniger Punkten bewertet als typische Folgen wie „Reizoffenheit“ (Phase 2) oder „Dosissteigerung“ (Phase 4). Die Betroffenen erhalten somit unmittelbar die Rückmeldung, dass zumindest ein Teil ihrer aktuellen Beschwerden unerwünschte Auswirkungen der monate- oder gar jahrelangen Medikamenteneinnahme sind. Dadurch wächst die Bereitschaft, einen Ausschleichversuch zu unternehmen. Oftmals müssen Patienten sogar gebremst werden, damit sie die Mittel nicht schlagartig absetzen.

Erfolgreiches Ausschleichen

Der Entzug von Benzodiazepinen oder Z-Substanzen wird häufig als schwierig oder als den alten Menschen nicht zumutbar angesehen. Diese Einschätzung ist inkorrekt, sofern die richtige pharmakologische Vorgehensweise gewählt wird.

Zunächst stellt sich die Frage, ob der Entzug ambulant oder stationär durch-

geführt werden soll. Zur Orientierung: Je älter die betroffene Person ist und je niedriger die eingenommene Dosis, umso eher sollte ambulant entzogen werden beziehungsweise umgekehrt – je jünger und je höher die Dosis, umso eher sollte eine stationäre Behandlung bedacht werden. Menschen mit klassischen Abhängigkeitsmustern oder Komplikationen bei früheren Entzügen, wie ein epileptischer Anfall oder ein Delir, soll stationär behandelt werden.

Bei Vorliegen einer weiteren psychiatrischen Diagnose sind prinzipiell zwei Vorgehensweisen erwägenswert: Zuerst sollte ambulant versucht werden, weitere Erkrankungen wie Angststörung, Depression oder Insomnie über eine adäquate antidepressive Medikation oder eine intensive schlafhygienische Beratung zu behandeln. Ist dies gelungen, kann im nächsten Schritt die Hypnotika- oder Tranquilizer-Behandlung ambulant ausgeschlichen werden. Ist das Ausmaß der psychiatrischen Grund- oder Folgeerkrankung sehr groß, so sollte ein vollstationärer Ansatz gewählt werden. Eine mögliche pharmakologische Strategie wäre hier ein paralleles Abdosieren der Benzodiazepine zu einer antidepressiven Neueinstellung.

Mittellang wirksame Präparate sind besonders geeignet

Entzugserscheinungen treten immer dann auf, wenn der gewohnte Spiegelbereich verlassen wird. Deshalb ist bei der Strategie zum erfolgreichen Ausschleichen sowohl die Halbwertszeit des verwendeten Präparates als auch die Verteilung der Dosis über den Tag zu beachten. Präparate mit kurzer Halbwertszeit, wie die Z-Substanzen, sind ungünstig. Entgegen ihrer häufigen Verwendung im Entzug sind Benzodiazepine mit langer Halbwertszeit wie Diazepam ebenfalls ungünstig. Diazepam und seine oxakiven Metaboliten Nordazepam und Oxazepam haben eine Gesamthalbwertszeit von rund 150 Stunden, sodass die Dosis kumuliert. Konkret bedeutet dies, dass bei einer regelmäßigen Einnahme von 5 mg Diazepam, im steady state ein Spiegel wie bei einer 45-mg-Gabe entsteht.

Zur Abdosierung besonders geeignet sind die mittellang wirksamen Präpara-

te Oxazepam und Clonazepam. Oxazepam ist auch deshalb günstig, weil es 10- und 50-mg-Tabletten gibt. So können sowohl hohe als auch kleine Dosierungen (10-mg-Tabletten sind viertelbar) problemlos verabreicht werden, was sich besonders bei stationären Entzügen anbietet. Clonazepam ist das einzige mittellang wirksame Benzodiazepin auf dem deutschen Markt, dass es als Tropflösung gibt. Da ein Tropfen eine vergleichsweise sehr niedrige Dosis darstellt, können darüber sehr kleine Reduktionsschritte umgesetzt werden und auch noch niedrige Dosierungen am Ende der Abdosierung über den Tag verteilt werden (**Tab. 1**).

Spiegelschwankungen durch häufigere Einnahme vermeiden

Sehr wichtig ist auch die Verteilung über den Tag. Das muss insbesondere Patienten erläutert werden, die ihr bisheriges Präparat nur einmal täglich abends zum Schlafen genommen haben. Durch die Verteilung der Gesamtdosis über den Tag können größere Spiegelschwankungen verhindert werden, die bei einer Einmalgabe auftreten würden. Typischerweise würde der Spiegelabfall über die 24 Stunden bis zur nächsten Einnahme, spätestens im Verlauf der Abdosierung, die Schwelle zu Entzugssymptomen erreichen. Die Folge wäre, dass im Verlaufe des späteren Nachmittags Entzugsserscheinungen einsetzen würden, Patienten unruhiger, reizbarer, empfindlicher für Geräusche (reizoffener) sein würden und am Abend nach der Einnahme der Schlafmedikation erleichtert feststellen, dass die Tablette gegen die Entzugsserscheinungen hilft. Das würde die Motivation für eine weitere Abdosierung erheblich schmälern.

Häufig ist zu lesen, dass das Absetzen der Medikation, insbesondere im ambulanten Rahmen, nur sehr langsam erfolgen soll. Aus meiner Erfahrung ist das nicht zu befürworten, da ein sich über viele Monate hinziehender Entzug immer ein gewisses Maß an Aufmerksamkeit von den Patienten fordert und außerdem Krisen oder Belastungen sofort wieder mit einer Erhöhung der Benzodiazepine verbunden sind. Nach meiner Erfahrung sollten drei Monate nicht wesentlich überschritten werden, außer bei

sehr alten Menschen, bei denen das Reduktionsintervall tendenziell eher bei fünf Tagen liegen sollte. Bei allen weiteren Patientengruppen empfiehlt sich mit dem Betroffenen festzulegen, dass alle drei Tage reduziert wird.

Indikation für die Langzeitgabe von Benzodiazepinen

In einer im Jahr 2017 erschienenen Übersichtsarbeit [6] haben die Autoren herausgearbeitet, in welchen Fällen eine Langzeitverschreibung von Benzodiazepinen oder Z-Substanzen indiziert sein kann. Die Autoren fordern als Voraussetzung dafür, dass zumindest eine psychiatrische fachärztliche Mitbehandlung erfolgt. Außerdem soll dies nur bei schweren Erkrankungen aus dem Bereich Schizophrenie, Depressionen, Angststörungen, Borderline-Störung, PTBS oder geistiger Behinderung erfolgen, wenn entweder unter Ausnutzung aller sonstigen pharmakologischen und nicht pharmakologischen Strategien eine Therapieresistenz zu verzeichnen ist oder schwerwiegende, nicht zu tolerierende Nebenwirkungen durch die Standardmedikamente aufgetreten sind. Ferner ist im Rahmen einer graduellen Abdosierung die weitere Verschreibung zu rechtfertigen, dies ebenso bei einer kleinen Gruppe von Schwerstabhängigen, die anders nicht zu stabilisieren sind.

Literatur als Zusatzmaterial unter:

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTOR

Dr. med. Rüdiger Holzbach

Klinikum Hochsauerland
Klinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und
Psychosomatik
Springufer 7
59755 Arnsberg-Neheim
r.holzbach@klinikum-hochsauerland.de



Ergebnisse der SEEWOLF-Studie

Drei Viertel der Wohnungslosen leiden an psychischen Erkrankungen

Bereits in den 1990er-Jahren wurde deutlich, dass mehr als 90 % der Wohnungslosen in München an psychischen Erkrankungen leiden. Die SEEWOLF-Studie hat nun untersucht, inwiefern sich diese Zahlen verändert haben und präsentiert Informationen zur Lebens- und Krankheitsgeschichte mittels einer Querschnittuntersuchung mit längsschnittlichen Aspekten.

MONIKA BRÖNNER, JOSEF BÄUML FÜR DIE SEEWOLF-AUTORENGRUPPE

Der Gesundheits- beziehungsweise Krankheitszustand wohnungsloser Menschen wird sowohl national als auch international immer häufiger Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen. Sowohl im somatischen als auch im psychiatrischen Bereich finden sich stets erhöhte Morbiditäts- und Mortalitätsraten [1, 2, 3, 4]. In Anlehnung an eine erste Untersuchung von Wohnungslosen in München in den 1990er-Jahren

durch Fichter et al. [5, 6] wurde auf Initiative des Katholischen Männerfürsorgevereins Münchens e. V. und der AG Wohnungslosenhilfe München und Oberbayern die SEEWOLF-Studie an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Technischen Universität München durchgeführt. Anhand eines umfangreichen Untersuchungsinstrumentariums wurde beispielsweise der Frage nachgegangen, welche Auswir-

kungen psychische und somatische Erkrankungen, das Persönlichkeitsprofil und das kognitive Leistungsniveau auf das Aktivitätsniveau und Partizipationsverhalten bei Wohnungslosen haben und welche Konsequenzen für die praktische Versorgung der Betroffenen zu ziehen sind.

Im Folgenden werden einige relevante Untersuchungsergebnisse vorgestellt, eine ausführliche Beschreibung ist der



Laut Schätzungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe sind rund eine halbe Million Menschen in Deutschland wohnungslos.

Monografie „Die SEEWOLF-Studie“ [7] zu entnehmen.

Repräsentative Stichprobe

Um eine repräsentative Stichprobe wohnungsloser Menschen in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe der freien und verbandlichen Träger in München zu erhalten, sollten 25 % der Grundgesamtheit (2010: circa 1.650 Plätze) untersucht werden. Dazu wurde eine Stichprobenschichtung nach Geschlecht, Unterbringungsart (z. B. Betreuungsdauer, Verweildauer) und Träger vorgenommen. Innerhalb der Schichten wurde jeweils eine Zufallsstichprobe an Bettplätzen gezogen. So konnten insgesamt 232 Studienteilnehmende (Teilnahmerate 56 %) aus folgenden Einrichtungen- und Unterbringungsarten gewonnen werden: betreute WG's, niedrigschwellige Hilfen, Notunterkünfte, Langzeithilfen, Reintegration und Hilfen nach § 53 SGBXII (besonderer Hilfebedarf aufgrund einer seelischen Erkrankung).

Es wurden an drei Terminen eine psychiatrische (biografische Angaben, Verlauf der Wohnungslosigkeit, klinische Anamnese, SKID-I und SKID-II), eine neuropsychologische (Wechsler Intelligenztest für Erwachsene [8]) und eine internistisch-neurologische, körperliche Untersuchung inklusive Laborscreening und Beurteilung des Zahnstatus durchgeführt. Zusätzlich wurden unter anderem folgende Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren eingesetzt: Beck-Depressions-Inventar (BDI) [9], Münchner Alkoholistentest (MALT) [10], Clinical Global Impression (CGI) [11] und Mini-ICF-APP [12]. Anhand separater Recherchen konnten nach Einholung des schriftlichen Einverständnisses bei 35 % der Teilnehmenden fremdanamnestic Angaben (u. a. Arztbriefe und Krankenakten) erhoben werden. Insgesamt lag der Gesamtaufwand pro Proband bei minimal sieben bis maximal 14 Stunden. Der Rekrutierungszeitraum erstreckte sich von Mai 2010 bis Juli 2012.

Wohnungslosigkeit in Zahlen

Von den 232 Teilnehmenden waren 48 Frauen und 184 Männer, was einem Frauenanteil von 20 % entspricht. 63 % der Befragten waren zum Untersu-

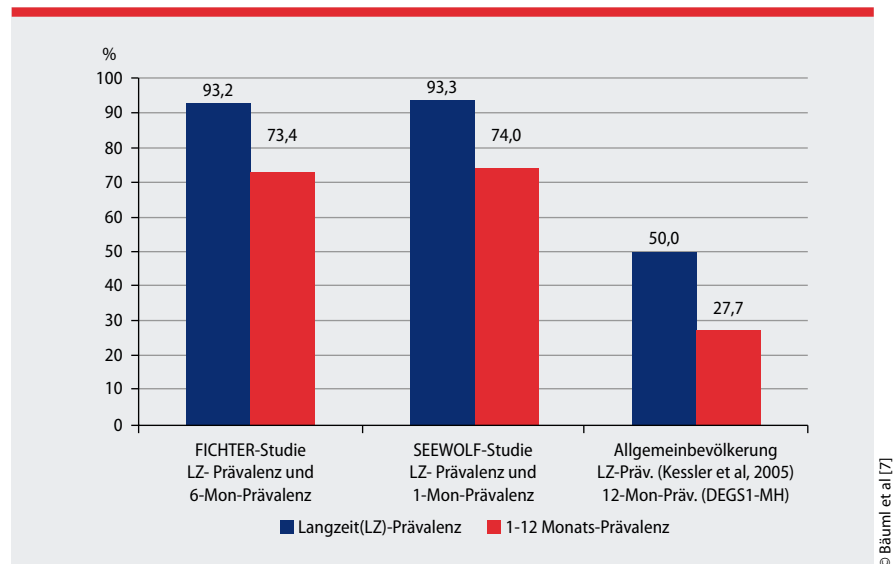


Abb. 1: Prävalenzvergleiche von vier Studien zu Lebenszeitdiagnosen und aktuellen psychischen Erkrankungen (ein bis zwölf Monate); modifiziert nach [7]

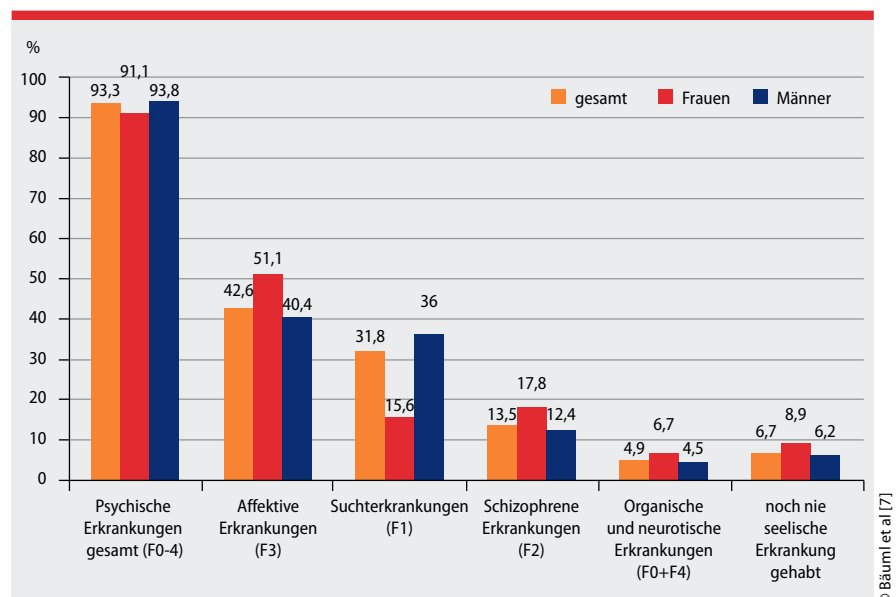


Abb. 2: Lebenszeit-Prävalenzen der als Hauptdiagnose gewerteten ICD-10 Diagnosen, gruppiert nach den Diagnosekategorien F0 bis F4 für die Gesamtstichprobe und nach Geschlechtern getrennt (nur Hauptdiagnosen); modifiziert nach [7]

chungszeitpunkt ledig, 29 % geschieden, 4 % verwitwet und 4 % verheiratet. 55 % der Befragten erreichten einen Hauptschulabschluss, 16 % besuchten eine Förderschule und 11 % gaben an, die Schule ohne Abschluss beendet zu haben. Abbrüche im schulischen wie beruflichen Ausbildungsverlauf nannten 42 %. Zwei Drittel waren im Laufe ihres Lebens

schon einmal mit dem Gesetz in Konflikt geraten, darunter 26 % aufgrund von Körperverletzung und 17 % wegen Diebstahlsdelikten.

Die Dauer der Wohnungslosigkeit betrug durchschnittlich fünf Jahre und in der aktuellen Einrichtung befanden sich die Befragten im Mittel seit zwei Jahren. 42 % gaben an, bereits mindestens ein-

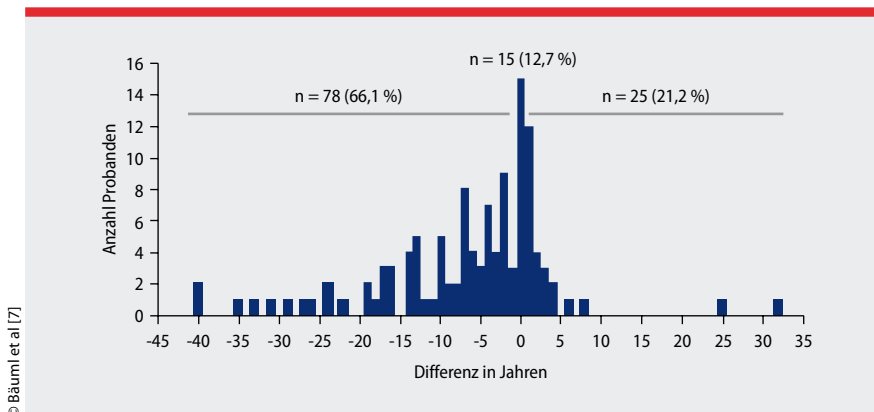


Abb. 3: Beginn der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung und Einsetzen der Wohnungslosigkeit (n = 118); modifiziert nach [7]

mal eine Nacht auf der Straße verbracht zu haben. Der durchschnittliche „Platte“-Zeitraum betrug elf Monate.

Psychiatrische Morbidität

Sowohl in der SEEWOLF- als auch in der vorausgegangenen FICHTER-Studie erhielten 93 % der befragten wohnungslosen Menschen im Laufe ihres Lebens mindestens eine psychiatrische Diagnose. Die 1- beziehungsweise 6-Monats-Prävalenz lag bei 74 %. Damit sind die Prävalenzen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung [13, 14] deutlich erhöht (**Abb. 1**). Betrachtet man die Ergebnisse im Detail, ist festzustellen, dass die Anzahl der Diagnosen pro Person im Vergleich zur FICHTER-Studie deutlich zugenommen hat. In der SEEWOLF-Studie haben 23 % nur eine psychiatrische Diagnose (FICHTER-Studie: 53,5 %), aber 70 % zwei oder mehr Diagnosen.

Am häufigsten wurden substanzinduzierte Störungen mit einer Lebenszeit-

Prävalenz von 73,5 % beziehungsweise 1-Monats-Prävalenz von 42,6 % diagnostiziert, darunter an erster Stelle die Alkoholabhängigkeit und ihre Folgeerkrankungen. Affektive Störungen kamen mit einer Lebenszeit-Prävalenz von 45 % oder einer 1-Monats-Prävalenz von 20 % vor. Schizophrene Spektrumserkrankungen wurden mit 13,5 % beziehungsweise 10 % diagnostiziert. Die Lebenszeit-Prävalenzen, getrennt nach Geschlechtern, sind **Abb. 2** zu entnehmen. Eine schwere psychische Erkrankung im Sinne einer bipolaren oder schizophrenen Psychose wurde insgesamt bei 20 % der befragten Wohnungslosen diagnostiziert. Bemerkenswert ist hierbei die relativ geringe Rate von primären Suchterkrankungen mit 31,8 %. Bei komorbider Zuordnung erhöht sich diese Zahl auf 73,5 %; das heißt bei 42,3 % war die psychiatrische Hauptdiagnose zuerst aufgetreten, ehe dann später die Suchterkrankung hinzukam, was für die Annahme eines Selbstheilungs-

versuches – bei nicht ausreichend behandelter Primärerkrankung – spricht.

55 % der Studienteilnehmer erfüllten die Kriterien für mindestens eine Persönlichkeitsstörung. Darunter rangierte das Cluster B – antisozial, narzisstisch, Borderline-Störung – mit 70,6 % an erster Stelle. Bei den Frauen stand die Borderline-, bei den Männern die antisoziale Persönlichkeitsstörung stark im Vordergrund. Eine Einschätzung anhand der CGI ergab, dass mehr als die Hälfte der Bewohner der Wohnungsloseneinrichtungen in München zum Untersuchungszeitpunkt mäßig bis schwer krank waren (CGI: 3,5). Eine Analyse des zeitlichen Zusammenhangs zwischen Beginn der Erstsymptomatik beziehungsweise erster Behandlung der psychischen Erkrankung und dem Einsetzen der Wohnungslosigkeit verdeutlicht, dass zwei Drittel der Befragten bereits vor dem Eintritt der Wohnungslosigkeit erkrankt waren. Hierzwischen lagen im Mittel 6,5 Jahre (**Abb. 3**). Das weist darauf hin, dass die nicht ausreichend remittierte psychische Grunderkrankung sehr wahrscheinlich wegbereitend für das Abgleiten in die Wohnungslosigkeit war.

Neuropsychologische Ergebnisse

Die Untersuchung mit dem Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene ergab einen mittleren, alterskorrigierten Intelligenzquotienten (IQ) von 83,8, der etwas mehr als eine Standardabweichung unterhalb des Mittelwertes der Normierungsstichprobe (IQ = 100) und damit auf der Grenze zum unterdurchschnittlichen Bereich lag. Während in der Allgemeinbevölkerung nur bei etwa 2 % eine Intelligenzminderung (orientiert an dem von der WHO hierfür definierten Grenzwert: IQ < 70) vorliegt, betrug die Rate hier 20 %. Die interindividuelle Streubreite der IQ-Werte reichte von 50 bis 132, allerdings mit einem Schwerpunkt im unteren Bereich.

Somatische Morbidität

Fast zwei Drittel gaben zum Untersuchungszeitpunkt mindestens eine gesundheitliche Beeinträchtigung an, ein dringender somato-medizinischer Behandlungsbedarf wurde bei 40,6 % konstatiert. Das frühere Krankheitspek-

Helfer in der Not

Die Wohnungslosenhilfe bietet den Betroffenen als „Helfer in der Not“ nicht nur ein Dach über dem Kopf mit der Möglichkeit eines therapeutischen „Time-Outs“. Für viele ist sie zur „zweiten Heimat“ geworden, in der sich auch „SEEWÖLFE“ angenommen und wertgeschätzt fühlen, was angesichts der häufigen Cluster-B-Persönlichkeiten ein großes Kompliment für die dort tätigen Helfer bedeutet. Dennoch muss es das Anliegen der ambulanten und institutionalisierten Psychiatrie bleiben, diese Menschen weiterhin angemessen zu behandeln und zu fördern. Insbesondere sollten künftig alle psychiatrisch-psychotherapeutischen sowie psychosozialen Maßnahmen intensiver ausgeschöpft werden, um bereits im Vorfeld (der Beginn der seelischen Erkrankung liegt im Mittel 6,5 Jahre früher) das Abgleiten in die Wohnungslosigkeit zu verhindern.

trum scheint sich verschoben zu haben, von den klassischen Verletzungen, chronisch infizierten Wunden, pathologischen Haut- oder Zahnstatus und Infektions- und ansteckenden Krankheiten hin zu sogenannten Wohlstandserkrankungen wie Hypertonie, Übergewicht und Diabetes. Das hängt in München sicherlich mit den Errungenschaften der FICHTER-Studie zusammen, infolge derer die gesundheitliche Versorgung zum Beispiel durch eine Straßenambulanz sowie Einrichtungen und Praxen für Wohnungslose erheblich verbessert wurde. Hervorgehoben werden soll jedoch auch die mit 24 % hohe Rate an Schädel-Hirn-Traumata und Unfällen mit Bewusstlosigkeit in der Vorgeschichte, von der die Wohnungslosen berichteten.

Aktivitätsniveau und Partizipationsverhalten

Die Fremdbeurteilung der Alltagsaktivitäten mittels Mini-ICF-APP durch das Betreuungspersonal in den Einrichtungen ergab nur bei der Selbstpflege „keine“ bis hin zu „leichten“ Beeinträchtigungen. Alle anderen Fertigkeiten waren bei zwei Drittel mittelgradig bis vollständig eingeschränkt, was für eine erhebliche Beeinträchtigung der Alltagsfunktionen spricht.

Hinsichtlich des Partizipationsverhaltens, also dem Zurechtkommen mit den Herausforderungen des täglichen Lebens, zeigten die Ergebnisse, dass mechanistische Fertigkeiten zur Selbstversorgung und Wahrnehmung basaler Alltagsfunktionen kaum beeinträchtigt waren. Differenziertere Fähigkeiten wie die Unterhaltung und Gestaltung familiärer oder intimer Beziehungen, die Fähigkeit, sich mit einer Gruppe zu arrangieren und Kontakt zu Dritten aufzunehmen, waren jedoch bei fast zwei Drittel deutlich beeinträchtigt. Auch das Anpassen an Regeln und Routinen fiel mehr als der Hälfte der Teilnehmenden schwer.

Diese Ergebnisse zeigen, dass die Bewohner von Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe massive Einbußen ihrer sozialen Kompetenz erkennen lassen und mehrheitlich erhebliche Probleme und Schwierigkeiten bei den Voraussetzungen für eine gelingende und damit vollwertige Partizipation aufweisen.

Fazit für die Praxis

- Fast drei Viertel (74 %) der untersuchten wohnungslosen Menschen litten zum Zeitpunkt der Untersuchung unter einer behandlungsbedürftigen seelischen Erkrankung, über die Hälfte von ihnen erfüllte die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung.
- 40,6 % hatten einen akuten somatischen Behandlungsbedarf bei zahlreichen körperlichen Beeinträchtigungen sowie kognitive Einschränkungen.
- Das Aktivitätsniveau und Partizipationsverhalten waren häufig beeinträchtigt.
- Die Trias aus psychiatrischer Erkrankung, Persönlichkeitsauffälligkeiten und kognitiven Beeinträchtigungen limitierte in erheblichem Maße die Selbstbewältigungsfähigkeiten dieser Menschen.
- Die Einzelschicksale sind sehr unterschiedlich, oft aber bestanden komplexe Problemlagen, die eine umfassende und vor allem proaktiv aufsuchende Hilfe verlangen.
- Die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe leisten einen enorm wichtigen Beitrag zur Stabilisierung dieser äußerst vulnerablen Personengruppe.

Literatur

1. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: Descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *The Lancet*. 2014;384:1529–40
2. Fazel S, Khosla V, Doll H, Geddes J. The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: Systematic review and meta-regression analysis. *PLOS Medicine*. 2008;5(12), e225
3. Grabs J, Ishorst-Witte F, Püschel K. Todesursachen wohnungsloser Menschen in Hamburg „Krank bin ich, wenn nichts mehr geht“. *Hamburger Ärzteblatt*. 2008;5:6–8
4. Schreier S, Bempohl F, Krausz M, Leucht S, Rössler W, Schouler-Ocak M, Gutwinski S. Prävalenzen psychischer Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen in Deutschland. Eine systematische Übersichtsarbeit und Meta-Analyse. *Deutsches Ärzteblatt*. 2017;114:665–72
5. Fichter M, Koniarczyk M, Greifenhagen A, Koegel P, Quadflieg N, Wittchen HU et al. Mental illness in a representative sample of homeless men in Munich, Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 1996;246(4):185–96
6. Fichter M, Quadflieg N, Cuntz U. Prävalenz körperlicher und seelischer Erkrankungen: Daten einer repräsentativen Stichprobe obdachloser Männer. *Deutsches Ärzteblatt*. 2000;97(17):1148–54
7. Bäuml J, Brönnner M, Baur B, Pitschel-Walz G, Jahn T. Die SEEWOLF-Studie. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag, 2017
8. Aster Mv, Neubauer A, Horn R. Wechsler Intelligenztest für Erwachsene WIE. Übersetzung und Adaption der WAIS-III von David Wechsler. Manual. Frankfurt/Main: Harcourt Test Services, 2006

9. Hautzinger M, Bailer M, Worall H, Keller F. Beck-Depressions-Inventar (BDI). Testhandbuch (2. Aufl.). Bern: Huber, 1995
10. Feuerlein W, Küfner H, Ringer C, Antons K. Münchner Alkoholismus-Test (MALT). Weinheim: Beltz Test, 1979
11. NIMH. 028 CGI. Clinical Global Impressions. In: Guy W. (Hrsg.) ECDEU assessment manual for psychopharmacology (rev. edition) (S: 218–222). Rockville, MD; National Institute of Mental Health, 1976
12. Linden M, Baron S, Muschalla B. Mini-ICF-APP. Ein Kurzinstrument zur Fremdbeurteilung von Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen in Anlehnung an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation. Manual. Bern: Huber, 2009
13. Kessler RC, Berglund P, Demler O et al. Lifetime prevalence and age of onset distributions of DSM IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:593–602
14. Jacobi F, Hofer M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L et al. Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*. 2014;85(1):77–87

AUTOREN

Prof. Dr. med. Monika Brönnner

Hochschule München
Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften
Am Stadtpark 20
81243 München

monika.broenner@hm.edu



Prof. Dr. med. Josef Bäuml

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Klinikum rechts der Isar
Technische Universität München
Ismaninger Straße 22
81675 München

baeuml.josef@tum.de



Hier steht eine Anzeige.



Hautveränderungen unter Glatirameracetat bei MS

Eine 45-jährige agile Patientin in gutem Allgemeinzustand kam im Oktober 2020 in die Sprechstunde. Sie hatte seit zwölf Jahren die Diagnose einer schubförmigen Multiplen Sklerose (MS) und war seit Jahren stabil auf Glatirameracetat (Copaxone® – bioäquivalent wären aber auch die generischen Biosimilars) eingestellt.

Initial war vor 13 Jahren lediglich ein klinisch isoliertes Syndrom festgestellt worden, bei damals linksseitiger Hypästhesie im Gesicht, Ataxie des rechten Armes, einer Sprachstörung und MS-verdächtigen Läsionen in der MRT. Die Diagnose der MS wurde nach Auftreten neuer Schübe gestellt, mit Indikation zur immunmodulierenden Therapie mit Glatirameracetat.

Der Krankheitsverlauf war bisher sehr stabil. Es traten weder weitere Schübe auf noch eine Zunahme der Läsionslast in der MRT. Daher konnte die Prophylaxe bei Glatirameracetat beibehalten werden. Die Patientin stellte sich regelmäßig zu Kontrollen vor.

Anamnese

Im Oktober 2020 berichtete die Patientin von seit über einer Woche bemerkten Hautveränderungen im Bereich des Rückens und des Gesäßes. Sie fragte, ob ein Zusammenhang mit der MS-Erkrankung bestehen, oder ob eine kutane Manifestation einer allergischen Reaktion auf die immunmodulatorische Medikation mit Glatirameracetat vorliegen könne.

An der rechten Flanke war dorsal eine Rötung sichtbar, die sich unter der Gürtellinie weiter zu erstrecken schien. Die Veränderung war nicht juckend, nicht induriert, flach und gering gerötet. Nach Betrachtung des vollständigen betroffenen Hautareals an Flanke und Gesäß wurde der in **Abb. 1** dokumentierte Befund erhoben.

Frage 1

Ist diese Hautveränderung typisch für eine Nebenwirkung vom Glatirameracetat?

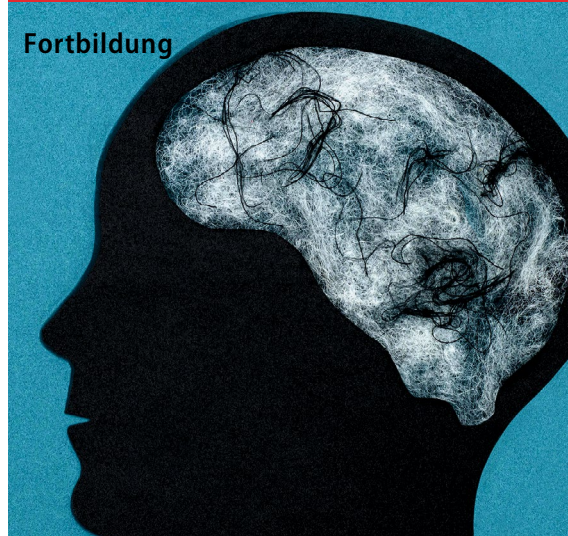
- a. Ja, weil die meisten Patienten unter injizierbaren Medikamenten Hautreaktionen zeigen.
- b. Ja, weil bei MS-Patienten auch andere Autoimmunerkrankungen wie Psoriasis häufiger auftreten.
- c. Nein, weil man nicht so weit hinten injizieren darf.
- d. Nein, weil das Aussehen untypisch ist.
- e. Nein, weil die allergieähnlichen Reaktionen wie Herxrasen und Engegefühl fehlen.

Zu Antwort a: Hautreaktionen sind unter Glatirameracetat häufig. 80 % der Patienten berichten über Hautreaktionen, meist mit Schmerz, Juckreiz und Rötung [1]. Etwa 10 % berichten außerdem über plötzliche Postinjektionsreaktionen (PIR) mit Flush, Brustenge, Palpitation und Angst. Diese PIR sind meist kurz, heftig und benötigen keine spezielle Therapie und sollten den Patienten bereits vom Aufklärungsgespräch bekannt sein. Lediglich 2 % entwickeln chronische Probleme wie Lipoatrophie, die jedoch durch steten Wechsel der Injektionsstellen meist vermieden werden kann.

Zu Antwort b: Über eine Kumulation von Autoimmunerkrankungen bei MS ist häufiger zu lesen. Ein systematisches Review [2] fand die höchsten Raten von autoimmuner Komorbidität bei MS mit Zöliakie, Diabetes mellitus Typ 1, Schilddrüsenerkrankungen, Uveitis und Psoriasis. Die Daten ließen aber nicht den Schluss zu, dass Autoimmunerkrankungen signifikant häufiger vorkommen als in der Normalbevölkerung.

Zu Antwort c: Wie bei Antwort a angeführt, ist eine möglichst breite Auswahl von Injektionsstellen sinnvoll, um die Belastung der einzelnen Region zu minimieren. Bereiche mit Druckbelastung sollten gemieden

Fortbildung



Testen Sie Ihr Wissen!

In dieser Rubrik stellen wir Ihnen abwechselnd einen bemerkenswerten Fall aus dem psychiatrischen oder dem neurologischen Fachgebiet vor. Hätten Sie die gleiche Diagnose gestellt, dieselbe Therapie angesetzt und einen ähnlichen Verlauf erwartet? Oder hätten Sie ganz anders entschieden? Mithilfe der Fragen und Antworten am Ende jeder Kasuistik vertiefen Sie Ihr Wissen.

Die Kasuistiken der letzten Ausgaben

NT 4/2022

Wenn die Sprache langsam schwindet

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

Das Online-Archiv unter

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



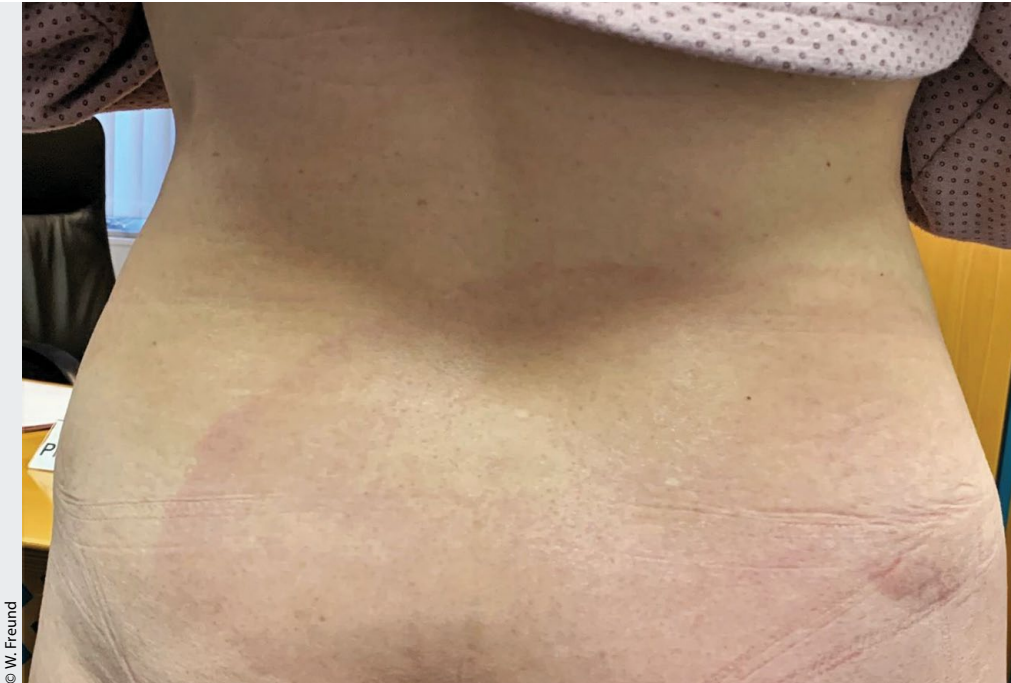


Abb. 1: Hautbefund an Flanke und Gesäß der Patientin.

werden, dennoch spricht nichts gegen eine Injektion in der dorsalen Flanke.

Zu Antwort d: Das Aussehen (großflächig ohne zentrale Betonung) und die fehlenden Symptome passen tatsächlich nicht zur typischen lokalen Hautreaktion auf Glatirameracetat.

Zu Antwort e: Hierbei handelt es sich um die Beschreibung der Symptome einer PIR (siehe Antwort a). Nachdem die Hauterscheinung nicht typisch war für eine Nebenwirkung von Glatirameracetat, mussten differenzialdiagnostisch andere Ursachen bedacht werden. Die Patientin berichtete nicht von besonderen Vorerkrankungen und hatte wegen der Hautveränderung auch noch keinen Hautarzt aufgesucht.

Frage 2

Welche nächste Verdachtsdiagnose kam nun infrage?

- a. Psoriasis
- b. Lupus erythematoses
- c. Erythema chronicum migrans
- d. Neuroborreliose
- e. MS-Schub

Zu Antwort a: Die Hauterscheinungen der Psoriasis sind meist kleiner und an mechanisch belasteten Stellen wie Knie, Ellen-

bogen oder Kopfhaut und sind schuppig. Das passte nicht zu den Hautveränderungen der Patientin.

Zu Antwort b: Neben dem Organbefall tritt beim Lupus erythematoses ein Schmetterlingserthem auf. Das war hier nicht der Fall.

Zu Antwort c: Das Erythema chronicum migrans bezeichnet ein frühes lokalisches Stadium der Borreliose [3, 4], bevor sie sich zur Neuroborreliose auswächst. Die in **Abb. 1** gezeigten Hauterscheinungen sind recht typisch. Nach dem Stich einer Zecke, der häufig unbemerkt bleibt, entwickelt sich eine Rötung, die sich meist kreisförmig ausbreitet.

Zu Antwort d: Nur, weil die Patientin einen Neurologen konsultierte, musste es sich noch nicht um ein späteres Stadium einer Borreliose handeln. Es könnte beispielsweise auch ein frühes disseminiertes Stadium wie die Bannwarth-Polyradikulitis oder eine späte Manifestation nach jahrelangem Verlauf vorgelegen haben.

Zu Antwort e: Für einen MS-Schub spricht nichts, eine Hautveränderung ist nicht typisch für die MS. Exemplarische MRT-Schichten (FLAIR-Wichtung nativ, jeweils

gleiche Schicht) zeigten einen stabilen bildgebenden Verlauf (**Abb. 2**).

Frage 3

Es bestand nun der Verdacht auf eine Borreliose. Was waren die nächsten sinnvollen Schritte?

- a. Hautbiopsie
- b. Serologie
- c. Lymphozytentransformationstest
- d. Überweisung zum Hautarzt
- e. Lumbalpunktion

Zu Antwort a: Mithilfe einer Hautbiopsie könnte versucht werden, die Erreger direkt zu gewinnen und nachzuweisen. Das ist jedoch lediglich speziellen Fragestellungen vorbehalten. Für die Diagnostik der Borreliose ist eine Hautbiopsie nicht vorgesehen. Es wird der indirekte Nachweis über die Bestimmung borrelienspezifischer Antikörper empfohlen [3, 4].

Zu Antwort b: Ja, die Serologie führte hier, sie wurde daher bei der Patientin durchgeführt.

Zu Antwort c: Im Kapitel 7.4 der dermatologischen [4], aber auch im Kapitel 3.11 der neurologischen Leitlinie [3] werden einige nicht empfohlene Verfahren aufgezählt, hierzu gehört auch der Lymphozytentrans-

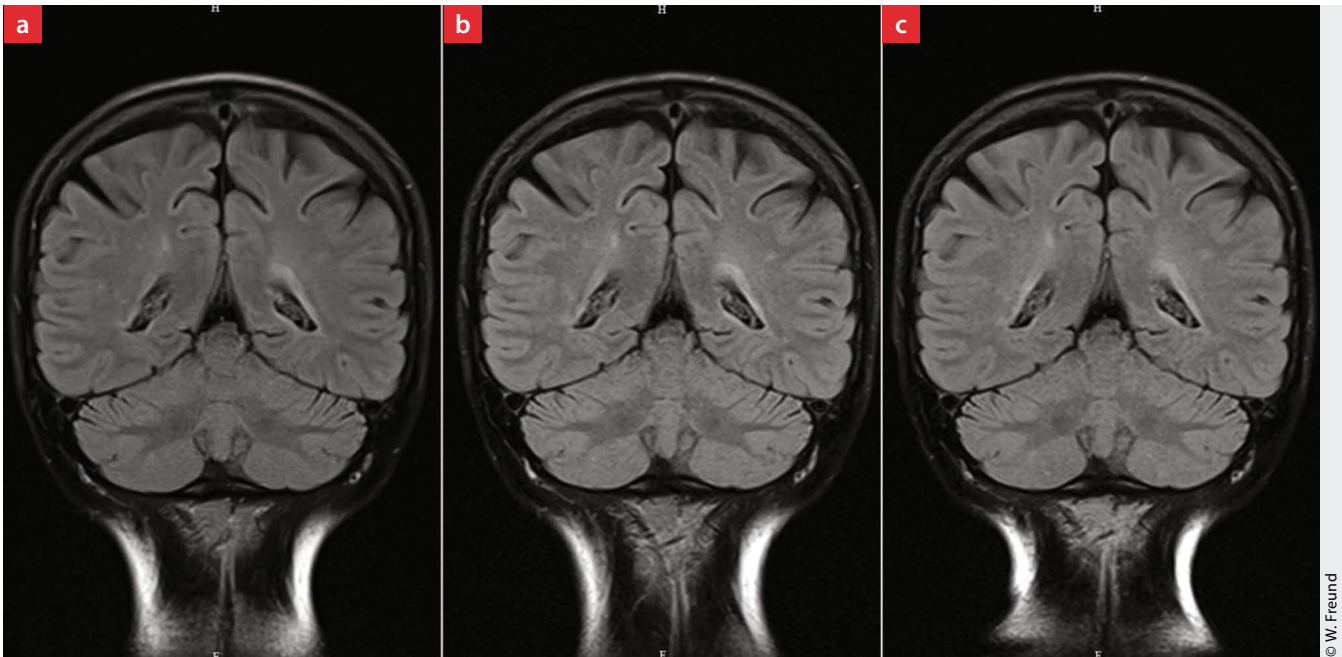


Abb. 2: MRT-Aufnahmen FLAIR-Wichtung koronar, immer die gleiche Schicht. Von a bis c chronologischer Verlauf. **a:** Vor der Hautveränderung im Oktober 2019; **b:** Zeitpunkt der Hautveränderung im Oktober 2020; **c:** im Verlauf der Hautveränderung im Oktober 2021.

formationstest. Es gibt allerdings einige „Spezialtests“, die Borreliosen in bestimmten Fällen nachweisen können, bei denen nach Schulmedizin keine (mehr) vorliegt.

Zu Antwort d: Für die differenzialdiagnostische Abklärung wäre eine Überweisung zum Hautarzt gut gewesen, für die Diagnosestellung war sie jedoch nicht erforderlich.

Zu Antwort e: Solange kein Hinweis für eine Neuroborreliose vorliegt, hilft der Liquorbefund nicht weiter. In unserem Fall war ein frühes Stadium zu vermuten, bei dem noch keine Erreger die Blut-Liquor-Schranke überwunden hatten. Die Lumbalpunktion mit dem dann möglichen Nachweis eines spezifischen Antikörperindex wäre zum Nachweis oder Ausschluss der Beteiligung des zentralen Kompartiments nützlich gewesen. Diese Frage stand aber nicht im Raum.

Weiterführende Diagnostik

Nach ein paar Tagen stand der Laborbefund zur Verfügung. Die aktuelle Untersuchung zeigte Borrelia IgG LIA 107 U/ml, IgM LIA 2,05 Index, Borrelia Line Blot positiv, IgG Banden OspC, p41, VIsE-Bg, VIdE-Bb, VIsE-Ba. Line Blot IgM

OspC Bg, OspC Bg, OspC Ba (p39), p41. Insofern bestand laborchemisch der Verdacht auf eine frühe Borreliose. Der alte Befund „kein Anhalt für Neuroborreliose“ der Lumbalpunktion zum Zeitpunkt der MS-Diagnosestellung vor 13 Jahren war nur im Klinikbrief erhältlich.

Therapie

Nach Leitlinie [3] genügt bei früher Borreliose oder Neuroborreliose eine Therapie mit Doxycyclin oder Cefotaxim über zwei bis drei Wochen. Nach Studienlage sind längere Antibiotikagaben nicht wirksamer, aber nebenwirkungsträchtiger. Insofern erfolgte die Verordnung von einmal täglich 200 mg Doxycyclin oral für drei Wochen. Das Medikament wurde von der Patientin gut vertragen.

Verlauf

Die Patientin war zufrieden, die Hautveränderungen bildeten sich ohne Folgen zurück. Im Verlauf traten keine neuen Symptome auf und es gab kein Rezidiv. Die Kontrolle ein Jahr später erbrachte einen stabilen Verlauf ohne Hinweis auf zwischenzeitige neurologische Verschlechterung oder Schubverdacht (**Abb. 2**).

Literatur

1. Caporrio M et al. Two decades of subcutaneous glatiramer acetate injection: current role of the standard dose, and new high-dose low-frequency glatiramer acetate in relapsing-remitting multiple sclerosis treatment. *Patient Prefer Adherence*. 2014; 8:1123–34
2. Marrie RA et al. A systematic review of the incidence and prevalence of autoimmune disease in multiple sclerosis. *Mult Scler*. 2015;21(3):282–93
3. DGN-Leitlinienkommission_Rauer S. Neuroborreliose, in Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie, AWMF, Editor. 2018;Freiburg
4. AWMF. Kutane Lyme Borreliose. AWMF Leitlinien. 2016;AWMF

AUTOR

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

Arzt für Neurologie
und Diagnostische
Radiologie, Psycho-
therapie
Waaghausstraße 9
88400 Biberach

freund@neurologie-biberach.de



Extraartikuläre Manifestationen

Rheumatologische Erkrankungen und Neurologie: Was ist zu beachten?

Bei rheumatologischen Erkrankungen treten häufig extraartikuläre Manifestationen auf. Über die systemische Entzündungsreaktion führen rheumatische Erkrankungen oft zu einer Beteiligung des peripheren oder zentralen Nervensystems oder auch der Muskulatur. Daher ist es wichtig, rheumatologische Erkrankungen in die Differenzialdiagnose bei neu aufgetretenen neurologischen Erkrankungen einzubeziehen.

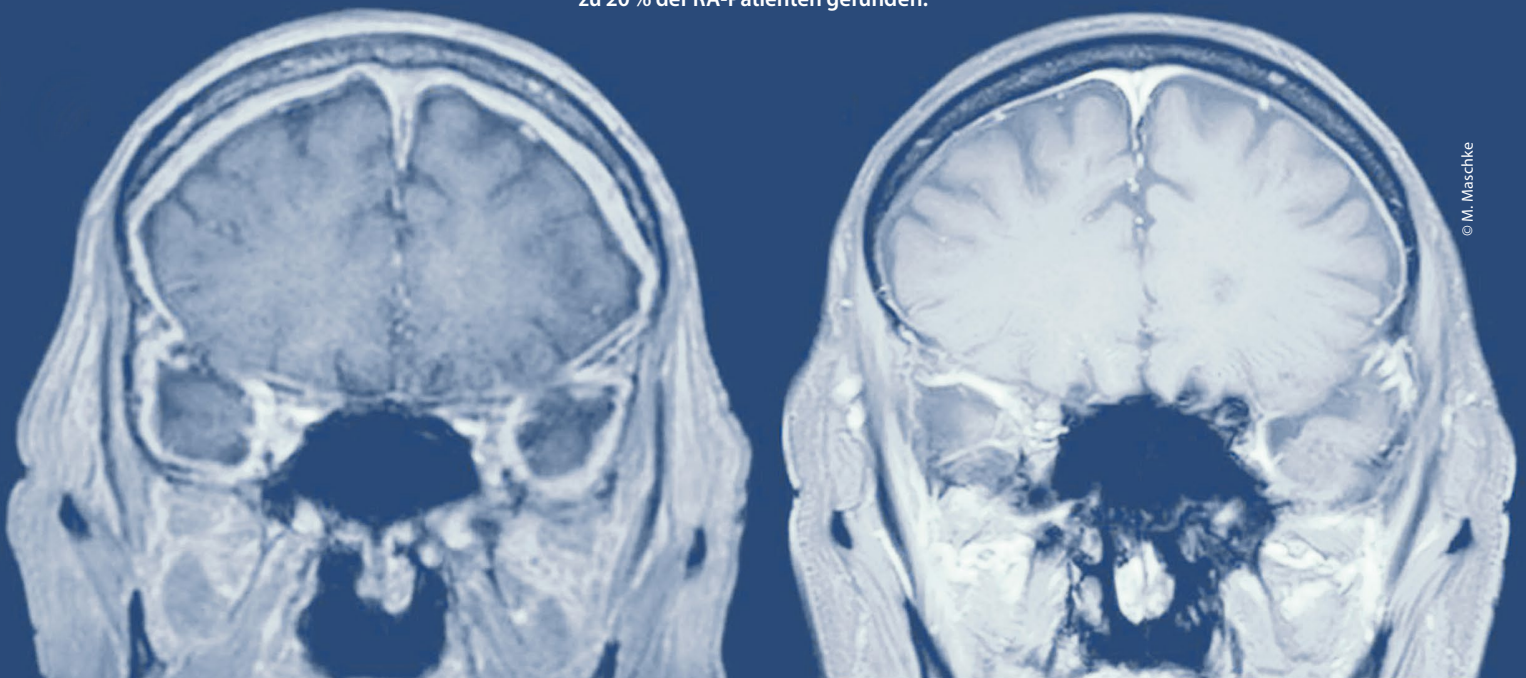
MATTHIAS MASCHKE

Rheumatische Erkrankungen gehören weltweit zu den häufigsten Erkrankungen. Sie betreffen etwa 2–3 % der erwachsenen Bevölkerung und verursachen oft signifikante Einschränkungen der Lebensqualität und Erwerbsfähigkeit sowie eine relevante volkswirtschaftliche Belastung [1, 2]. Die rheumatoide Arthritis (RA) wird von vielen als der Prototyp autoimmunologischer Erkrankungen angesehen [1, 2, 3, 4]. Dabei spielt in der Pathophysiologie die Interaktion zwischen genetischen Faktoren, Lebensstil- und Umweltfaktoren in der Triggerung autoimmuner Prozesse eine wesentliche Rolle [5]. Extraartikuläre Manifestationen werden bei der RA in bis zu 20 % der Patienten gefunden. Gleiches gilt für Kollagenosen wie

den systemischen Lupus erythematodes (SLE), das Sjögren Syndrom (SS) oder auch Spondylarthritiden. Über die systemische Entzündungsreaktion führen rheumatische Erkrankungen häufig zu einer Beteiligung des peripheren oder zentralen Nervensystems oder auch der Muskulatur [5, 6]. Eine klinisch erkennbare Polyneuropathie ist bei mindestens 20 % der Patienten mit einer RA vorhanden, subklinisch nach elektrophysiologischen Studien bei 65–85 % der untersuchten Patienten. (Abb. 1)

Unabhängig von der Erkrankung kommt es nicht selten zu neurologischen Nebenwirkungen der in der Rheumatologie verwendeten Medikamente, insbesondere der neueren mono-

Extraartikuläre Manifestationen werden bei zu 20 % der RA-Patienten gefunden.



© M. Maschke

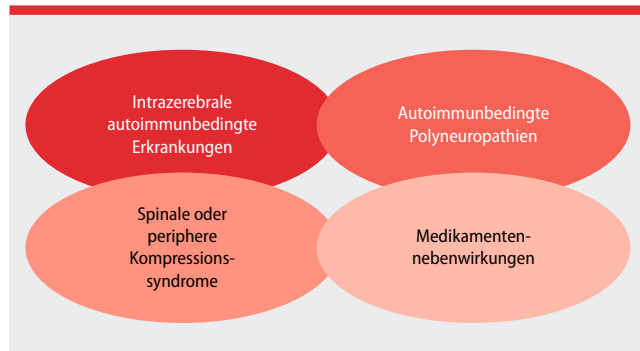
klonalen Antikörper und anderer Biologika sowie neuerer Stoffklassen wie zum Beispiel den Januskinase(JAK)-Inhibitoren. Diese Medikamente können auch zu infektiösen Komplikationen des ZNS wie Herpes zoster und einer progressiven multifokalen Leukoencephalopathie führen. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, sich in unserem Fachgebiet mit rheumatologischen Erkrankungen zu beschäftigen und diese in die Differenzialdiagnose bei neu aufgetretenen neurologischen Erkrankungen einzubeziehen. Dieser Artikel konzentriert sich dabei auf die RA und das Sjögren-Syndrom.

Rheumatoide Arthritis

Die RA ist mit einer Prävalenz von zirka 0,5–0,8 % der Bevölkerung (400.000 bis 600.000 Patienten in Deutschland) zu finden [1, 2, 7]. Die Inzidenz steigt mit dem Alter an und liegt für Männer bei 25 bis 30 und für Frauen bei 50 bis 60 je 100.000 Erwachsene. Pathogenetisch ist die RA eine zellulär vermittelte Autoimmunerkrankung mit einer immungenetischen Disposition (HLA-DR4) [8, 9]. Daneben spielen externe Faktoren eine wichtige Rolle, wobei die stärkste negative Korrelation wie auch bei anderen Autoimmunerkrankungen mit dem Rauchen hergestellt werden kann [5, 8, 9]. Der Rheumafaktor ist in 80 % positiv (Antikörper vs. IgG Fc). Die Anti-CCP-Antikörper (vs. zyklische citrullinierte Peptide) sind jedoch deutlich spezifischer [10]. Bei einer seronegativen RA lassen sich mit neueren Methoden bei 13 % der Fälle dann doch Antikörper wie Anti-Carbamylated-Protein(CarP)-Antikörper nachweisen [11]. Die Diagnose der RA stützt sich auf die EULAR/ACR(European League against Rheumatism/American College of Rheumatology)-Kriterien, die im Jahr 2010 revidiert wurden [12] (**Tab. 1**).

Therapie

Die Therapie der RA sieht eine möglichst frühzeitige Behandlung mit immunmodulierenden Basistherapeutika (disease-modifying anti-rheumatic drugs, DMARD) gegebenenfalls in Kombination mit systemischen Glukokortikoiden vor. Die interdisziplinäre S3-Leitlinie zum Management der frühen RA und die S2e-Leitlinie zur Therapie der RA mit krankheitsmodifizierenden Medikamenten sind kürzlich neu erstellt worden [13, 14]. Bei unzureichender Wirksamkeit der konventionellen Therapie stehen zahlreiche Biologika (Zytokinantagonisten, biologische DMARD) zur Verfügung. Dabei sind die meisten Biologika gegen Tumornekrosefaktor(TNF)-alpha (Infliximab, Etanercept, Adalimumab, Golimumab, Certolizumab), andere gegen Interleukin(IL)-1 (Anakinra), IL-6 (Tocilizumab, Sarilumab), B-Zellen (Rituximab) oder gegen kostimulatorische Moleküle von T-Zellen (Abatacept) gerichtet [13, 14]. Das Therapieziel ist wie bei anderen Autoimmunerkrankungen eine komplette Remission oder niedrige Krankheitsaktivität. Ein sequenzieller Einsatz der DMARD führt bei 50 % zu einer anhaltenden Remission. Dabei wird beabsichtigt, vergleichbar wie bei der Therapie der Multiplen Sklerose, einen Memory-Effekt der in der Pathogenese involvierten Lymphozyten aufzuheben (Treat to target, T2T). Das Ziel von T2T ist es, einen Krankheitsaktivitätsscore zu erreichen, der einer Remission entspricht [13, 14]. Als Marker für eine komplette Remission werden die Scores der neuen EULAR/ACR-Kriterien verwandt [15].



© M. Maschke

Abb. 1: Mögliche neurologische Störungen bei rheumatischen Erkrankungen.

Tab. 1: Diagnosekriterien American College of Rheumatology für die Diagnose einer rheumatoiden Arthritis [12]

— Gelenkbeteiligung	
— ein großes Gelenk	0
— zwei bis zehn große Gelenke	1
— ein bis drei kleine Gelenke	2
— vier bis zehn kleine Gelenke	3
— > zehn große und kleine Gelenke	5
— Serologie	
— negative RF und negative CCP	0
— niedrig positiver RF/CCP	2
— hoch positiver RF/CCP	3
— Akut Phase Reaktion	
— normale BSG/CRP	0
— erhöhtes CRP/BSG	1
— Dauer der Symptome	
— > sechs Wochen	1
Mindestens sechs Punkte auf dem Score = definitive RA	

Methotrexat (MTX) ist dabei der Goldstandard zu Beginn der Therapie. Bei nicht ausreichender Wirksamkeit oder sehr starker Krankheitsaktivität kann eine frühe Kombination mit einem Biologikum oder mit anderen DMARD erwogen werden [13,14]. Glukokortikoide werden zum Überbrücken (Prednisolon, Prednison 10–20 mg/Tag) bis zum Einsetzen der Wirkung von MTX eingesetzt. Alternativ kann bei Kontraindikationen gegen MTX oder auch als Kombination traditioneller DMARD eine immunsuppressive Therapie mit Leflunomid oder Sulfasalazin begonnen werden. MTX kann zudem mit Antimalariamittel (Chloroquin, Hydroxychloroquin), Sulfasalazopyridin (Sulfasalazin), mit Leflunomid oder mit Ciclosporin A kombiniert werden. Neben den vielen Biologika spielen neuerdings auch JAK-Inhibitoren wie Tofacitinib (vs. JAK 1/2/3), Baricitinib (vs. JAK1/2), Upadacitinib (vs. JAK1) und Filgotinib (vs. JAK1) eine wichtige Rolle [13, 14, 16]. Letztlich sind mittlerweile die Therapiemöglichkeiten so mannigfaltig geworden, sodass die deutschen und europäischen Leitlinien sehr an Umfang gewonnen haben und eine T2T-Thera-

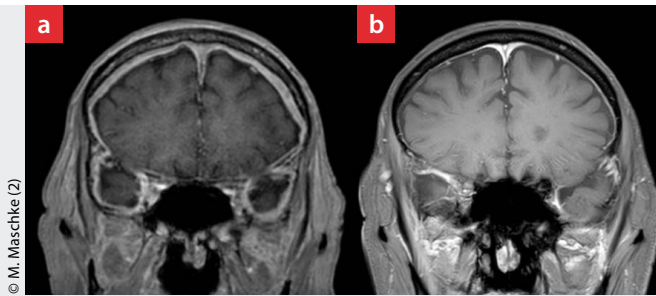


Abb. 2: T1WI mit Gadolinium vor (a) und nach (b) Therapie mit Prednisolon über vier Wochen. 78 Jahre alter Patient mit progredienten Kopfschmerzen sowie bekannter rheumatoider Arthritis.

pie nur noch von rheumatologischen Experten geleistet werden kann.

Neurologische Erkrankungen bei RA

Neurologische Erkrankungen bei der RA sind intrazerebrale autoimmunbedingte Störungen wie die rheumatoide Pachymeningitis, autoimmunbedingte Polyneuropathien, spinale und radikuläre Kompressionssyndrome oder auch Engpasssyndrome peripherer Nerven [6, 17, 18]. Im Rahmen einer rheumatoiden Vaskulitis kann es zudem zu Kopfschmerzen, ischämischen Schlaganfällen und intrazerebralen Blutungen kommen. Darüber hinaus scheinen Patienten mit RA vermehrt depressiv zu sein und weisen häufiger kognitive Defizite auf als gesunde, altersgleiche Kontrollpersonen [17, 18]. Die Prävalenz wird dabei in Deutschland je nach Studie zwischen 10–42 % angegeben [19].

Rheumatoide Pachymeningitis

Die rheumatoide Pachymeningitis ist eine rare Begleiterscheinung der RA und bisher nur selten in der Literatur beschrieben (insgesamt ca. 30 Fallberichte) [20, 21, 22]. Wichtig ist, dass die Pachymeningitis der RA vorausgehen kann. Kernspintomografisch findet sich eine sehr ausgeprägte Anreicherung der Meningen, bioptisch typische Rheumaknoten in der Dura mater. Teilweise tritt die Erkrankung zeitgleich mit einer zerebralen Vaskulitis auf, sodass Schlaganfälle konkomitant vorhanden sein können [23]. Die Therapie mit Prednison und Methotrexat war nach den bisherigen Berichten zumeist erfolgreich (**Abb. 2**).

Polyneuropathien

Klinisch fassbare Polyneuropathien (PNP) finden sich bei 20 % der RA-Patienten, wobei diese häufig aufgrund der im Vordergrund stehenden Gelenk- und Muskelschmerzen wenig Beachtung finden und geringer ausgeprägt sind als zum Beispiel vaskulitische Neuropathien [24, 25, 26]. Neuere prospektive Studien wiesen eine elektrophysiologisch fassbare periphere Neuropathie bei 76 % der RA-Patienten nach [26]. Zumeist handelt es sich dabei um eine rein sensorische PNP, seltener um eine Mononeuritis multiplex oder um eine chronisch inflammatorische demyelinisierende PNP (CIDP). Kompressionssyndrome wie Karpaltunnel- oder Sulcus ulnaris-Syndrome spielen

ebenfalls eine wichtige Rolle. In Suralisbiopsien lassen sich Amyloidablagerungen, perivaskuläre lymphomonozytäre Infiltrationen und teilweise eine nekrotisierende Vaskulitis nachweisen. Je nach Biopsiebefund kann dann immunsuppressiv mit Hochdosissteroiden oder mit Immunglobulinen oder auch Immunadsorption/Plasmapherese eine Remission oder Verlangsamung der Progression erreicht werden. Betont werden muss, dass auch Medikamente, insbesondere die Biologika Infliximab, Etanercept und Adalimumab zu einer CIDP oder auch akutem Guillain-Barré-Syndrom führen können, sodass diese bei entsprechendem Krankheitsbild abgesetzt werden müssen [27, 28].

Atlantoaxiale Subluxation

Eine der häufigsten Komplikationen einer RA mit potenziell schwerwiegenden neurologischen Symptomen ist die atlantoaxiale Subluxation mit einer basilären Impression. Die Subluxation tritt dann auf, wenn die rheumatoiden Entzündungen die Synovialgelenke zwischen Dens und Atlas und zwischen Dens und posteriorem Ligament betreffen. In älteren Studien waren bis zu 70 % der RA-Patienten betroffen, was heute durch die verbesserte Therapie mit 12 % deutlich seltener ist [29]. Krankheitsverläufe über zehn Jahre und ein Beginn der RA unter 50 Jahren waren unabhängige Risikofaktoren. Dabei kommt es entsprechend der Lokalisation zu Nackenschmerzen, okzipital betonten Kopfschmerzen sowie zu Myelopathie- oder auch Hirnstammzeichen bis hin zu einer Tetraparese.

Rheumatoide Vaskulitis mit ZNS-Beteiligung

Die rheumatoide Vaskulitis mit Beteiligung des ZNS wird als selten beschrieben und geht mit Schlaganfällen, epileptischen Anfällen und demenziellen Erkrankungen einher [30, 31]. Dabei ist die Vaskulitis zumeist nekrotisierend. Neben einer Cyclophosphamid-Therapie wurde Infliximab als erfolgreich beschrieben.

Sjögren-Syndrom

Das Sjögren-Syndrom weist eine Prävalenz von 1 : 500 auf und führt in 20–25 % zu einer neurologischen Mitbeteiligung. Es ist eine chronische Autoimmunerkrankung mit lymphozytärer Infiltration (CD4+) der Tränen- und Speicheldrüsen [32, 33]. Als Leitsymptom findet sich eine Keratokonjunktivitis sicca und eine Xerostomie. In den Laboruntersuchungen sind Antinukleäre-Antikörper (ANA in 70–90 %) und die SSA/Ro- (50–60 %) sowie SSB/La-Antikörper (25–30 %) häufig nachweisbar [33]. Teilweise muss die Diagnose jedoch über eine Biopsie der Speicheldrüsen gestellt werden. Das Sjögren-Syndrom kann dabei sowohl als primäre Erkrankung, aber auch sekundär zu anderen rheumatologischen Erkrankungen wie dem SLE oder der RA auftreten.

Eine zentralnervöse Beteiligung haben je nach Studie 1–68 % aller Patienten, unter anderem mit einer Vaskulitis der kleinen Gefäße sowie einer lymphozytären Infiltration (CD4+) des Gehirns (Pseudolymphome) oder Myelons [34]. Das periphere Nervensystem ist in 50–70 % je nach Studie beteiligt, wobei es sehr unterschiedliche Formen der Neuropathien bei Sjögren-Syndrom gibt [35, 36] (**Abb. 3**). Dabei kann sich ansonsten eine

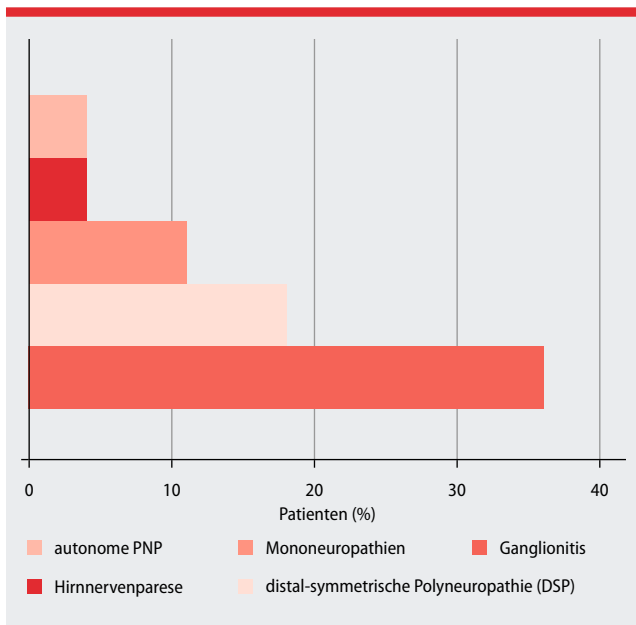


Abb. 3: Klassifikation der Polyneuropathien und Anteil der betroffenen Patienten mit einem Sjögren-Syndrom.

Ganglionitis entwickeln, die zu einer sehr ausgeprägten sensiblen Deafferenzierung führen kann.

Als symptomatische Therapie der Xerostomie und Konjunktivitis werden Augentropfen und künstliche Saliva verwandt. Die Speicheldrüsenfunktion kann auch durch Pilocarpin per os verbessert werden, sekretionshemmende Medikamente wie trizyklische Antidepressiva sollten vermieden werden. Als immunsuppressive beziehungsweise krankheitsmodifizierende Therapie kommen Hydroxychloroquin, Cyclophosphamid, Azathioprin und Rituximab infrage. Eine Verbesserung der Sekretion durch Immunsuppressiva ist jedoch nur bei noch vorhandener Restfunktion der Drüsen zu erwarten, sodass deren Einsatz vor allem systemischen Komplikationen wie Vaskulitis, Polyneuropathien, ZNS-Manifestationen vorbehalten ist. Die Ganglionitis beziehungsweise sensorische Ataxie spricht dabei besser auf Immunglobuline als auf hochdosierte Steroidgaben an [37]. Einzelne Artikel berichten auch über eine Remission der Ganglionitis unter einer intravenösen Cyclophosphamid-Therapie [38]. Dagegen scheinen Neuritiden der Hirnnerven und die Mononeuritis multiplex besser auf Steroide anzusprechen als auf andere Therapien. In den neuen EULAR-Empfehlungen zur Behandlung des primären Sjögren-Syndroms aus dem Jahr 2020 werden Vorschläge auch hinsichtlich der Therapie bei Beteiligung des peripheren und zentralen Nervensystems gemacht [39]. Letztendlich sind das jedoch immer Einzelfallentscheidungen und die Empfehlungen beruhen nicht auf randomisierten Studien.

Nebenwirkungen durch in der Rheumatologie verwendete Medikamente

Immunsuppressive Medikamente wie MTX und Leflunomid sind vornehmlich mit dem Risiko bakterieller Infektionen be-

haftet, Azathioprin und Mycophenolatmofetil zusätzlich mit dem Risiko für virale Infektionen. Selten können sämtliche Immunsuppressiva zu opportunistischen Infektionen des ZNS führen [40]. Der zusätzliche Einsatz von TNF-alpha Inhibitoren zu MTX erhöht das Risiko bakterieller Infektionen um das zwei- bis vierfache [40, 41]. Andere beschriebene Nebenwirkungen der Biologika sind eine posteriore reversible Leukoencephalopathie (Etanercept), progressive multifokale Leukoencephalopathie (PML) (Rituximab, Infliximab: Risiko wahrscheinlich bei etwa 2.6/100.000 Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen), infektiöse Hirnerkrankungen wie tuberkulöse Meningitis, Herpes Enzephalitiden und eine anteriore optische Neuropathie sowie Myelitis (Adalimumab, Infliximab) [42, 43, 44, 45, 46, 47, 48].

Fazit für die Praxis

Rheumatologische Erkrankungen gehören zu den weltweit häufigsten Autoimmunerkrankungen mit einem starken Beeinträchtigungsgrad der betroffenen Patienten. Neurologische Begleiterkrankungen sind dabei sehr häufig und teilweise krankheitsbestimmend. Dabei sind alle Bereiche vom ZNS über das periphere Nervensystem bis hin zur Muskulatur betroffen. Am häufigsten sind sicherlich neben einer krankheitsbegleitenden Depression und Fatigue-Symptomatik PNP in sehr unterschiedlicher Ausprägung. Subklinisch sind nach Studien bis zu 77% der RA-Patienten von einer PNP betroffen. In der Therapie rheumatologischer Erkrankungen verwandte Medikamente wie vor allem monoklonale Antikörper können zu neurologischen Nebenwirkungen inklusive der Entwicklung einer progressiven multifokalen Leukoencephalopathie führen. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, rheumatologische Erkrankungen in die Differenzialdiagnose bei neu aufgetretenen neurologischen Erkrankungen einzubeziehen.

Literatur

1. Badley EM. Rheumatic diseases: the unnoticed elephant in the room. *J Rheumatol.* 2008;35:6–7
2. Lee DM, Weinblatt ME. Rheumatoid arthritis. *Lancet.* 2001;358:903–11
3. Burmester GR, Pope JE. Novel treatment strategies in rheumatoid arthritis. *Lancet.* 2017;389:2338–48
4. McInnes IB, Schett G. Pathogenetic insights from the treatment of rheumatoid arthritis. *Lancet.* 2017;389:2328–37
5. Salliot C, Nguyen Y, Boutron-Ruault MC, Seror R. Environment and Lifestyle: Their Influence on the Risk of RA. *J Clin Med.* 2020;9:3109
6. Maschke M, Weiner SM. Rheumatologisch bedingte neurologische Erkrankungen. *Aktuelle Neurologie.* 2015;42:212–7
7. Westhoff G, Schneider M, Raspe H et al. Advance and unmet need of health care for patients with rheumatoid arthritis in the German population—results from the German Rheumatoid Arthritis Population Survey (GRAPS). *Rheumatology.* 2009;48:650–7
8. McInnes IB, Schett G. The pathogenesis of rheumatoid arthritis. *N Engl J Med.* 2011;365:2205–19
9. Furst DE, Emery P. Rheumatoid arthritis pathophysiology: update on emerging cytokine and cytokine-associated cell targets. *Rheumatology (Oxford).* 2014;53:1560–9
10. Suwannalai P et al. Anti-citrullinated protein antibodies (ACPA) in early rheumatoid arthritis. *Mod Rheumatol.* 2012;22:15–20
11. Reed E, Hedström AK, Hansson M et al. Presence of autoantibodies in „seronegative“ rheumatoid arthritis associates with classical risk factors and high disease activity. *Arthritis Res Ther.* 2020;22:170
12. Aletaha D et al. 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheum.* 2010;62:2569–81

13. Fiehn C et al. S2e guideline: treatment of rheumatoid arthritis with disease-modifying drugs. *Z Rheumatol*. 2018; 77(Suppl 2):35–53
14. Schneider M, Baseler G, Funken O et al. Interdisziplinäre Leitlinie Management der frühen rheumatoiden Arthritis. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/060-002l_S3_Fruehe_Rheumatoide-Arthritis-Management_2019-12_01.pdf
15. Felson DT et al. American College of Rheumatology/European League against Rheumatism provisional definition of remission in rheumatoid arthritis for clinical trials. *Ann Rheum Dis*. 2011;70:404–13
16. Baker KF, Isaacs JD. Novel therapies for immune-mediated inflammatory diseases: What can we learn from their use in rheumatoid arthritis, spondyloarthritis, systemic lupus erythematosus, psoriasis, Crohn's disease and ulcerative colitis? *Ann Rheum Dis*. 2018;77:175–87
17. Ramos-Remus C et al. Beyond the joints: neurological involvement in rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol*. 2012;31:1–12
18. Baerwald C, Manger B, Hueber A. Depression as comorbidity of rheumatoid arthritis. *Z Rheumatol*. 2019;78:243–8
19. DeQuattro K, Imboden JB. Neurologic Manifestations of Rheumatoid Arthritis. *Rheum Dis Clin North Am*. 2017;43:561–71
20. Brüggemann N, Gottschalk S, Holl-Ulrich K, Stewen J, Heide W, Seidel G. Cranial pachymeningitis: a rare neurological syndrome with heterogeneous aetiology. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2010;81:294–8
21. Cianfoni A et al. Rheumatoid leptomeningitis: magnetic resonance imaging and pathologic findings – a case report. *J Neuroimaging*. 2010;20:192–4
22. Manolios E, Manolios N, Spencer D. Leptomeningitis in rheumatoid arthritis. *Eur J Rheumatol*. 2020 Oct 8. doi: 10.5152/eurjrheum.2020.20063
23. Hamed SA et al. Assessment of biocorrelates for brain involvement in female patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol* 2012;31:123–32
24. Agarwal V, Singh R, Wiclaf et al. A clinical, electrophysiological, and pathological study of neuropathy in rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol*. 2008;27:841–4
25. Weller RO, Bruckner FE, Chamberlain MA. Rheumatoid neuropathy: a histological and electrophysiological study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1970;33:592–604
26. Kaeley N et al. Prevalence and patterns of peripheral neuropathy in patients of rheumatoid arthritis. *J Family Med Prim Care*. 2019; 8:22–6
27. Ahmed Z, Powell R, Llewellyn G, Anstey A. Chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy complicating anti TNF α therapy for chronic plaque psoriasis. *BMJ Case Rep*. 2011;pii: bcr0820114674
28. Patwala K, Crump N, De Cruz P. Guillain-Barré syndrome in association with antitumour necrosis factor therapy: a case of mistaken identity. *BMJ Case Rep*. 2017;bcr2017219481
29. Naranjo A, Carmona L, Gavrilu D, Balsa A, Belmonte MA, Tena X, Rodríguez-Lozano C, Sanmartí R, González-Alvaro I; EMECAR Study Group. Prevalence and associated factors of anterior atlantoaxial luxation in a nation-wide sample of rheumatoid arthritis patients. *Clin Exp Rheumatol*. 2004;22:427–32
30. Watson P, Fekete J, Deck J. Central nervous system vasculitis in rheumatoid arthritis. *Can J Neurol Sci*. 1977;4:269–72
31. Neamtu L et al. Rheumatoid disease of the CNS with meningeal vasculitis presenting with a seizure. *Neurology*. 2001;56:814–5
32. Mariette X, Criswell LA. Primary Sjögren's Syndrome. *N Engl J Med*. 2018;378:931–9
33. Vitali C et al. Classification criteria for Sjögren's syndrome: a revised version of the European criteria proposed by the American-European Consensus Group. *Ann Rheum Dis*. 2002;61:554–8
34. Chai J, Logigian EL. Neurological manifestations of primary Sjögren's syndrome. *Curr Opin Neurol*. 2010;23:509–13
35. Goransson LG et al. Peripheral neuropathy in primary Sjögren syndrome: a population-based study. *Arch Neurol*. 2006;63:1612–5
36. Mori K, Iijima M, Koike H et al. The wide spectrum of clinical manifestations in Sjögren's syndrome-associated neuropathy. *Brain*. 2005;128:2518–34
37. Kizawa M, Mori K, Iijima M, Koike H, Hattori N, Sobue G. Intravenous immunoglobulin treatment in painful sensory neuropathy without sensory ataxia associated with Sjögren's syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2006;77:967–9
38. Kastrup O, Maschke M, Diener HC. Pulse-cyclophosphamide in the treatment of ataxic sensory and cranial nerve neuropathy associated with Sjögren's syndrome. *Clin Neurol Neurosurg*. 2005;107:440–1
39. Ramos-Casals M, Brito-Zerón P, Bombardieri S et al. EULAR-Sjögren Syndrome Task Force Group. EULAR recommendations for the management of Sjögren's syndrome with topical and systemic therapies. *Ann Rheum Dis* 2020;79:3–18
40. Warnatz K, Peter HH, Schumacher M et al. Infectious CNS disease as a differential diagnosis in systemic rheumatic diseases: three case reports and a review of the literature. *Ann Rheum Dis* 2003;62:50–7
41. Kahlenberg JM, Fox DA. Advances in the medical treatment of rheumatoid arthritis. *Hand Clin* 2011;27:11–20
42. Curtis JR, Patkar N, Xie A et al. Risk of serious bacterial infections among rheumatoid arthritis patients exposed to tumor necrosis factor alpha antagonists. *Arthritis & Rheumatism* 2007;56:1125–33
43. Zhang P, Li X, Li Y, Wang J, Zeng H, Zeng X. Biomed Rep. Reversible posterior leukoencephalopathy syndrome secondary to systemic-onset juvenile idiopathic arthritis: A case report and review of the literature. 2015;3:55–8
44. Bharat A, Xie F, Baddley JW et al. Incidence and risk factors for progressive multifocal leukoencephalopathy among patients with selected rheumatic diseases. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2012;64:612–25
45. Dixon WG, Hyrich KL, Watson KD, Lunt M, Galloway J, Ustianowski A; B S R B R Control Centre Consortium, Symmons DP; BSR Biologics Register. Drug-specific risk of tuberculosis in patients with rheumatoid arthritis treated with anti-TNF therapy: results from the British Society for Rheumatology Biologics Register (BSRBR). *Ann Rheum Dis*. 2010;69:522–8
46. Chan JW, Castellanos A. Infliximab and anterior optic neuropathy: case report and review of the literature. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. 2010;248:283–7
47. ten Tusscher MP, Jacobs PJ, Busch MJ et al. Bilateral anterior toxic optic neuropathy and the use of infliximab. *BMJ*. 2003;326:579
48. von Jagow B, Kohnen T. Anterior optic neuropathy associated with adalimumab. *Ophthalmologica*. 2008;222:292–4

Interessenkonflikt

Der Autor erklärt, dass er sich bei der Erstellung des Beitrages von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließ. Er legt folgende potenzielle Interessenkonflikte offen: Erhalt von Forschungsförderung, Honorar/ geldwerter Vorteil für Referententätigkeit sowie Tätigkeit als bezahlter Berater/interner Schulungsreferent/Gehaltsempfänger. 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.

AUTOR

**Prof. Dr. med.
Matthias Maschke**

Chefarzt der Abteilung
für Neurologie und
Neurophysiologie
Krankenhaus der
Barmherzigen Brüder
Trier
Campus Trier der Uni-
versitätsmedizin Mainz
Nordallee 1, 54292 Trier
m.maschke@bk-trier.de



Rheumatologische Erkrankungen und Neurologie: Was ist zu beachten?

FIN gültig bis 2.6.2022:

NT22N5Eh

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](https://www.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.

? **Welcher Antikörper lässt sich bei 13 % der Patienten mit einer seronegativen rheumatoiden Arthritis nachweisen?**

- ☐ Anti-Carbamylated-Protein(CarP)-Antikörper
- ☐ Anti-NMDA-Rezeptor-Antikörper
- ☐ Anti-Gliadin-Antikörper
- ☐ Anti-Glutamat-Decarboxylase-Antikörper
- ☐ Anti-GABA-Rezeptor-Antikörper

? **Welche Aussage zur Epidemiologie rheumatischer Erkrankungen trifft zu?**

- ☐ Etwa 10 % der erwachsenen Bevölkerung sind betroffen.
- ☐ Bei der rheumatoiden Arthritis werden extraartikuläre Manifestationen in bis zu 20 % nachgewiesen.
- ☐ Die rheumatoide Arthritis findet sich bei 5 % aller Erwachsenen.
- ☐ Männer sind häufiger als Frauen durch die rheumatoide Arthritis betroffen.
- ☐ Die Inzidenz nimmt mit dem Alter ab.

? **Welche Antikörper und Zytokine spielen in der Pathogenese der rheumatoiden Arthritis keine wesentliche Rolle?**

- ☐ Rheumafaktor
- ☐ Anti-CCP-Antikörper
- ☐ Aquaporin-Antikörper
- ☐ Interleukin 6
- ☐ Tumornekrosefaktor-alpha

? **Welcher monoklonale Antikörper ist gegen Interleukin-6 gerichtet?**

- ☐ Tocilizumab
- ☐ Infliximab
- ☐ Etanercept
- ☐ Adalimumab
- ☐ Golimumab

? **Welches Behandlungsziel wird in der Therapie der rheumatoiden Arthritis verfolgt?**

- ☐ Mittlere Krankheitsaktivität
- ☐ Watch and wait
- ☐ Treat to target (T2T)
- ☐ Teilremission
- ☐ Passive surveillance

? **Wie häufig ist eine elektrophysiologisch fassbare Polyneuropathie bei Patienten mit rheumatoider Arthritis?**

- ☐ Bei 10 % der Patienten
- ☐ Extrem selten
- ☐ Bei 20–30 % der Patienten
- ☐ Bei 70–80 % der Patienten
- ☐ Bei 100 % der Patienten

? **Welches sind die Leitsymptome eines Sjögren-Syndroms?**

- ☐ Cystitis und Nephritis
- ☐ Kutane Symptome
- ☐ Myokarditis und Perikarditis
- ☐ Peritonitis
- ☐ Xerostomie und Keratokonjunktivitis sicca

? **Welche Form der Polyneuropathie findet sich beim Sjögren Syndrom am häufigsten?**

- ☐ Mononeuropathien
- ☐ CIDP
- ☐ Axonale sensible, distal symmetrische Polyneuropathie
- ☐ Ganglionitis
- ☐ multifokale motorische Neuropathie

? **Welche der folgenden Substanzen gehört *nicht* zu den Januskinase-inhibitoren?**

- ☐ Tofacitinib
- ☐ Baricitinib
- ☐ Upadacitinib
- ☐ Leflunomid
- ☐ Filgotinib

? **Bei welchem in der Therapie verwandten monoklonalen Antikörper scheint eine Myelitis als Nebenwirkung häufiger aufzutreten?**

- ☐ Infliximab
- ☐ Etanercept
- ☐ Rituximab
- ☐ Ustekinumab
- ☐ Anifrolumab

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

Hier steht eine Anzeige.



Hier steht eine Anzeige.



Glatirameracetat auch in der Stillzeit anwendbar

Glatirameracetat (Copaxone®, 20 mg/ml und 40 mg/ml) ist nun auch für die Anwendung in der Stillzeit zugelassen worden und stellt damit eine wertvolle Therapieoption für Frauen mit Multipler Sklerose (MS) im gebärfähigen Alter dar. Die Aktualisierung des Labels folgt auf die Überprüfung klinischer und nicht-klinischer Daten, einschließlich der neuesten Daten aus der Real-World-Studie COBRA. Dabei handelt es sich um die größte standardisierte Analyse von Daten aus dem Deutschen MS- und Schwangerschaftsregister. Anhand von 120 an der Studie teilnehmenden Müttern und ihrem Nachwuchs wurde die Sicherheit von Glatirameracetat bei Säuglingen untersucht, die von Müttern unter dieser immunmodulierenden Therapie gestillt wurden. Die Ergebnisse zeigen, dass die Säuglinge durch die Behandlung der Mütter nicht negativ beeinflusst wurden. Als wesentliche Faktoren zur Bewertung dienten Hospitalisierungen, Antibiotikabehandlungen, Entwicklungsverzögerungen und Wachstumsparameter in den ersten 18 Monaten des Säuglings. **red**

Nach Informationen von Teva

SMA: Real-World-Daten in Fachinfo aufgenommen

Die Europäische Arzneimittelagentur hat einer Aktualisierung der Fachinformation zu Nusinersen (Spinraza®) zugestimmt. Diese wurde um Real-World-Daten ergänzt, die die klinisch bedeutenden Verbesserungen und die Stabilisierung der motorischen Funktionen im zeitlichen Verlauf bei einigen erwachsenen Patienten mit 5q-assoziiierter spinaler Muskelatrophie (5qSMA) belegen und erneut die nachgewiesene Wirksamkeit und Sicherheit von Nusinersen nach seiner Marktzulassung in der Europäischen Union vor annähernd fünf Jahren unterstützen. Die Aktualisierung umfasst zudem eine Dosierungstabelle zu ausgelassenen oder verspäteten Applikationen. Auch wird Ärzten eine Empfehlung zum Umgang mit den alltäglichen oder pandemiebedingten Herausforderungen durch Behandlungsausfälle im klinischen Alltag gegeben. **red**

Nach Informationen von Biogen

Nabiximols reduziert MS-induzierte Spastik und Schmerzen

➔ Spastik und damit einhergehende Symptome, wie Schmerzen in Armen, Beinen oder im Rückenbereich, schmerzhafte (auch nächtliche) Muskelkrämpfe in Beinen und rumpfnaher Muskulatur, eingeschränkte Mobilität, Blasenfunktions- und Schlafstörungen, können die Lebensqualität und den Alltag von Patienten mit Multipler Sklerose (MS) erheblich einschränken. Nabiximols (Sativex®) enthält die Cannabinoide Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC) und Cannabidiol (CBD) im definierten Verhältnis von 1:1 und ist das einzige in Deutschland zugelassene Fertigarzneimittel auf Cannabisbasis zur Add-on-Therapie der mittelschweren bis schweren Spastik bei MS.

Das Präparat sei nicht nur gegen die Muskelverspannung als Kernsymptom der Spastik, sondern auch gegen weitere spastikassozierte Symptome wie Schmerzen wirksam, erklärte Prof. Dr. Herbert Schreiber, Facharzt für Neurologie und außerordentlicher Professor an der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm. So wurde in der SAVANT-Studie (Sativex® as Add-on therapy Vs. further optimized first-line ANTispastics) mit 106 MS-Erkrankten eine Verbesserung der MS-Spastik von mindestens 30 % nach zwölf Wochen Behandlung von signifikant mehr Patienten unter Zusatztherapie mit Nabiximols im Vergleich zu Placebo erreicht (77,4 % vs. 32,1 %, $p < 0,0001$) [Marková J et al. *Int J Neuroscience*. 2019;129:119–28]. Zudem nahmen mit der MS-Spastik verbun-

dene Schmerzen in der Nabiximols-Gruppe signifikant stärker ab als in der Placebogruppe ($p < 0,0013$).

„Wie die SAVANT-Studie und weitere Studien zeigen, können mit Nabiximols darüber hinaus Besserungen bei Muskelkrämpfen, Gehfähigkeit und Gangqualität sowie bei Schlafproblemen und Blasenfunktionsstörungen erzielt werden“, sagte Schreiber und ergänzte: „Die Verträglichkeit des Cannabis-Fertigarzneimittels erwies sich insgesamt als gut.“

Der Großteil der MS-Patienten weise schon frühzeitig kognitive Beeinträchtigungen auf, betonte Prof. Dr. Iris-Katharina Penner, Head Neuropsychology am Department of Neurology des Universitätsspitals Bern, Schweiz. Umso bedeutsamer sei es, dass eine Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten durch die symptomatische Medikation vermieden werde. In einer placebokontrollierten Langzeitstudie bei 121 MS-Patienten mit Spastik kam es unter 48-wöchiger Add-on-Therapie mit dem Nabiximols-Oromukosalspray zu keiner Verschlechterung der Kognition oder Stimulation [Vachová M et al. *J Mult Scler*. 2014;1:2].

Gudrun Girrbaach

Virtuelles Pressegespräch „Wichtige Symptome der Multiplen Sklerose im Blick – Welche Rolle spielen Spastik, Schmerz und Kognition sowie die Behandlung mit Sativex®?“, 18.3.2022; Veranstalter: Almirall

NMOSD: Neue Hinweise auf Langzeitwirksamkeit und -sicherheit der B-Zell-Depletion

➔ In den letzten drei Jahren erreichten mehrere neuartige Wirkstoffe zur Behandlung von Neuromyelitis-optica-Spektrum-Erkrankungen (NMOSD) die letzte Phase der klinischen Prüfung. Zu den vielversprechenden Substanzen zählt Inebilizumab. Laut einer aktuellen Posthoc-Analyse scheint dessen Wirksamkeit und Sicherheit auch über längere Zeiträume hinweg anzuhalten. Inebilizumab (Uplizna®) ist ein neuartiger humanisierter monoklonaler Antikörper. Er ist gegen CD-19 gerichtet und wirkt da-

durch B-Zell-depletierend. Im Rahmen der 28-wöchigen randomisierten Doppelblindstudie „N-MOMentum“ wurde die Wirksamkeit und Sicherheit von intravenös appliziertem Inebilizumab in der Behandlung von Aquaporin(AQP)4-IgGseropositiver NMOSD nachgewiesen [Cree BAC et al. *Lancet* 2019; 394:1352–63].

Prof. Dr. Ingo Kleiter, Ärztlicher Leiter und Geschäftsführer der Marianne Strauss-Klinik, in Berg (Starnberger See), berichtete aus einer Post-hoc-Analyse, die 75 Patienten mit

AQP4-positiver NMOSD einschloss. Diese hatten an N-MOMentum teilgenommen und einschließlich der offenen Nachbeobachtungsphase mindestens vier Jahre lang Inebilizumab erhalten. 83 % waren über den gesamten Behandlungszeitraum hinweg schubfrei geblieben. Weder die Zahl der Infektionen noch die Nebenwirkungsrate insgesamt nahmen im Vergleich zur randomisierten Studienphase zu. Die Ig-Konzentrationen waren über die gesamte Behandlungsdauer rückläufig. Bei rund einem Viertel der Behandelten sank die IgG-Konzentration unter die untere Grenze des Normbereichs. Interessant sei, so Kleiter, die Beobachtung, dass der Anteil schwerer Schübe bei den bereits in der randomisierten Phase der Studie mit Inebilizumab Behandelten nominal niedriger war als bei

denen, die initial Placebo erhalten hatten. Dasselbe traf auf den Anteil der Attacken zu, nach denen keine Remission der neu aufgetretenen neurologischen Defizite eintrat [Rensel M et al. Mult Scler 2021; 13524585211047223].

Da es sich um eine Post-hoc-Analyse handelt, können daraus keine verlässlichen Aussagen zur Langzeitwirksamkeit und -sicherheit von Inebilizumab abgeleitet werden. Die Ergebnisse bedürfen der Überprüfung in größeren prospektiven Langzeitstudien.

Dr. Thomas M. Heim

Industriesymposium „NMOSD – Neue Erkenntnisse am Horizont“ beim 66. DGKN-Kongress, 10.3.2022, Würzburg; Veranstalter: Horizon

COVID-19: Impfen, impfen, impfen

➡ Neuro-COVID, Post-COVID, Long-COVID – häufig bediente Schlagworte müssen in der Neurologie differenziert hinterfragt werden. Wesentlich für neurologische Patienten ist und bleibt die Impfung – für den Schutz gegen Omikron auch ein viertes Mal. Menschen mit COVID-19 könnten auch neurologische, insbesondere zerebrovaskuläre Manifestationen entwickeln. Ob das häufiger vorkomme als bei anderen Infektionen, hält Prof. Dr. Heinz Wiendl, Direktor der Klinik für Neurologie der Universität Münster, nicht für eindeutig geklärt. Wohl nur sehr selten gelangten SARS-CoV-2-Viren in das Zentralnervensystem – COVID-19 sei primär eine Atemwegs- und Lungenerkrankung, keine ZNS-Infektion, erklärte er. Post-COVID- und Long-COVID-Syndrome mit neurologischen Symptomen gebe es schon, aber die bekämen durch die schiere Menge von Patienten eine übermäßige Bedeutung, glaubt er. An seiner Universitätsklinik sei bewusst keine spezialisierte Long-COVID-Ambulanz aufgebaut worden – die neurologischen Symptome durch und nach COVID-19 würden in der normalen Institutsambulanz differenzialdiagnostisch abgeklärt. Die Omikron-Variante von SARS-CoV2 habe nur noch wenig mit der ursprünglichen Wuhan-Variante zu tun, berichtete Dr. Daniela Rau, Nervenärztliche Gemeinschaftspraxis Neuropoint, Ulm. Das bleibe nicht ohne

Folgen für die Immunantwort, und auch das klinische Erscheinungsbild habe sich gewandelt: Omikron trete oft mit Halsschmerzen und selten mit Geruchs- oder Geschmacksverlust in Erscheinung. Schwere Verläufe seien deutlich seltener, aber bei Patienten mit neuroimmunologischen Erkrankungen immer noch häufiger als in der Allgemeinbevölkerung. Zudem erhöht COVID-19 bei Patienten mit Multipler Sklerose (MS) das Schubrisiko um den Faktor 2,5 [Barzegar M et al. Mult Scler Relat Disord. 2021;52:10294].

Für MS-Patienten unter Immuntherapie müsse mit einem abgeschwächten Impfschutz gerechnet werden – auch noch nach der dritten Impfung, sagte Rau. Das gelte insbesondere für eine Therapie mit S1P1-Modulatoren (Fingolimod, Siponimod, Ozanimod und Ponesimod) und die B-Zell-depletierende Therapie (Ocrelizumab, Ofatumumab, Rituximab). Den so behandelten Menschen sollte bereits jetzt eine vierte Impfung angeboten werden, so Rau. Die STIKO empfiehlt diese zweite Boosterrunde ab dem dritten Monat nach der dritten Impfung. Aktuell wird eine durchgemachte SARS-CoV-2-Infektion als Impfung gewertet.

Friederike Klein

Livestream „Neurologie in Zeiten von COVID-19“, 1. 3. 2022; Veranstalter: Roche

Depression: Mehr AU-Tage

Laut „Psychreport 2022“ des IGES-Instituts haben Arbeitsausfälle aufgrund einer psychischen Erkrankung einen neuen Höchststand erreicht: 2021 fielen deswegen je 100 Versicherte 276 AU-Tage an. Häufigste Einzeldiagnose sind Depressionen. „Ist bei einer leichten bis mittelschweren Depression eine Pharmakotherapie angezeigt, ist hoch dosierter Johanniskrautextrakt eine gute Option“, so die Erfahrung der hausärztlich tätigen Internistin Karin Leikert aus Erfstadt. Ein etablierter hoch dosierter Johanniskraut-Extrakt ist zum Beispiel Laif® 900. **red**

Nach Informationen von Bayer

Versorgungslücke bei adulter ADHS

ADHS ist häufig ein Störungsbild mit chronischem Verlauf mit Prävalenzraten im Erwachsenenalter von 2,5–4 %. Die medikamentöse Therapie beruht auch bei dieser Altersgruppe entscheidend auf Methylphenidat (z. B. Medikinet® adult). Auffällig ist allerdings ein Einbruch der Medikationsquote: Greifen im Alter von 15 Jahren noch 51,8 % auf eine Therapie zurück, sind es mit 21 Jahren nur noch 6,6 %. „Die Zahlen sprechen für ein deutliches Versorgungsdefizit“, so Prof. Dr. Alexandra Philipsen, bei der Veranstaltung „PsychiatrieLive“. Der lange Weg zur richtigen Diagnose und die geringe Anzahl an kompetenten ADHS-Spezialisten seien die evidentesten Formen der Unterversorgung. Dies führe zu einer verspäteten Erstdiagnose im Erwachsenenalter, die in 41 % der Fälle von Allgemeinmedizинern gestellt werde. Lediglich 32 % der Betroffenen erhielten eine leitliniengerechte medikamentöse Therapie, während 62 % psychotherapeutisch behandelt würden – eine Maßnahme, die bei einer moderaten oder schweren adulten ADHS nicht indiziert sei. Es bestehe weiterhin Handlungsbedarf, um diese Lücke in Kenntnis und Versorgung zu schließen. Dementsprechend gelte es auch, spezifische Transitionskonzepte vom Jugend- ins Erwachsenenalter weiter voranzutreiben, so Philipsen. **red**

Nach Informationen von Medice

Orexin-Rezeptorantagonist zur Zulassung empfohlen

Die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) empfiehlt die Zulassung von Daridorexant (Quviviq™) zur Behandlung Erwachsener mit schweren Schlafstörungen und einer mindestens drei Monate dauernden Symptomatik. Der duale Orexin-Rezeptorantagonist blockiert die Bindung der wachheitsfördernden Neuropeptide Orexin A und Orexin B. Das Phase-III-Programm mit insgesamt 1.850 Patienten umfasste zwei Studien über drei Monate sowie eine Langzeitverlängerungsstudie. Daridorexant zeigte in den Dosierungen 25 mg und 50 mg einen positiven Effekt auf die Schlafkonsolidierung sowie die Tagesaktivität. Die Auswirkungen auf die insomnische Störung wurden mittels objektiver Polysomnografie und subjektiver Patientenwahrnehmung ermittelt. Die empfohlene Dosierung beträgt täglich 50 mg, für spezielle Patientengruppen, die begleitend weitere Medikamente einnehmen, soll es eine 25-mg-Variante geben.

red

Nach Informationen von Idorsia

Otsuka Team Award Psychiatry+

Der mit 20.000 € dotierte Otsuka Team Award Psychiatry+ geht in die nächste Runde: Gesucht werden auch in diesem Jahr zukunftsweisende Initiativen und Projekte, die Experten unterschiedlicher Disziplinen für eine bessere Versorgung psychiatrisch Erkrankter zusammenbringen. Der Preis richtet sich speziell an Teams aus Kliniken, klinischen Einrichtungen und Praxen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz, die mit ihren erprobten Behandlungskonzepten zu einem messbaren Fortschritt der Versorgungsrealität dieser Patientengruppe beitragen möchten. Voraussetzung ist, dass die Teams aus mindestens zwei Berufsgruppen und einem klinisch tätigen Neurologen oder Psychiater bestehen. Interessierte Teams können ihre Bewerbung bis zum 31. August 2022 an team-award@otsuka.de senden.

red

Nach Informationen von Otsuka

Effektive Migräneprophylaxe mit monoklonalen Antikörpern

➔ „Ich hätte nie gedacht, dass die Antikörper zur Migräneprophylaxe so gut funktionieren, selbst bei komorbiden Patienten“, erklärte Dr. Astrid Gendolla, niedergelassene Neurologin und Kopfschmerzexpertin aus Essen. Zu den häufigen Komorbiditäten bei Migränepatienten zählten Angststörungen und Depressionen. Doch viele Patienten seien erst nach einer erfolgreichen Migräneprophylaxe mit einem Antikörper in der Lage, ihre psychischen Probleme anzugehen, so die Erfahrungen der Neurologin. Entsprechend hoch sei auch die Therapiezufriedenheit. Das belegt auch eine Real-World-Studie mit therapierefraktären Migränepatienten, die zu zwei Dritteln zusätzlich einen Medikamentenübergebrauch aufwiesen [Scheffler A et al. J Headache Pain. 2020;21(1):8]. Nach einer dreimonatigen Behandlung mit dem Calcitonin-Gen-Related-Peptide (CGRP)-Rezeptorblocker Erenumab (Aimovig®) zeigten sich 61,3% der schwer betroffenen Patienten mit der Therapie zufrieden.

Migränepatienten seien häufig sehr leistungswillig und stünden mitten in ihrem Berufsleben. Das Fehlen am Arbeitsplatz aufgrund von Migräneattacken werde daher als außerordentlich belastend empfunden. „Unter den Antikörpern sehe ich eine

deutliche Reduktion an kopfschmerzbedingten Krankheitstagen“, berichtete Dr. Ulf Schutter, niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin und Anästhesiologie in Marl.

In einer retrospektiven Registerstudie aus Finnland verringerten sich die kopfschmerzbedingten Krankheitstage von Migränepatienten durch die Therapie mit Erenumab um 73,9%, die Arztbesuche aufgrund von Kopfschmerzen sanken um 44,6% [Autio H et al. Neurol Ther. 2022;1:223–35]. Wie Gendolla erklärte, lohne sich ein Therapieversuch vor allem bei Patienten mit hohem Leidensdruck. Die Neurologin beachte dabei streng die Vorgaben des G-BA, wonach der Antikörper erst zum Einsatz kommen dürfe, wenn die gängigen Prophylaktika unwirksam oder unverträglich waren oder kontraindiziert seien. Wichtig sei es, diese Vortherapien zu dokumentieren und sich nicht nur auf Patientenangaben zu verlassen.

Dr. Marion Hofmann-Aßmus

Online-Symposium „Migränetherapie in der schmerztherapeutischen Praxis – Was hat sich mit Einführung der Antikörpertherapie geändert?“ 23.3.2022, Deutscher Schmerz- und Palliativtag 2022; Veranstalter: Novartis

Teriflunomid gute Therapieoption bei MS mit milder Krankheitsaktivität

➔ Menschen mit Multipler Sklerose (MS) sollten möglichst frühzeitig mit einem nach individuellen Kriterien ausgewählten, effizienten Medikament behandelt werden, so Dr. Boris-Alexander Kallmann. Bei einem milden Krankheitsverlauf sei nicht per se eine hochaktive Behandlungsform notwendig. Es gebe MS-Betroffene, die sich mit einer geringen Läsionslast im MRT und wenigen Symptomen präsentierten, erläuterte Kallmann, Neurologe am MS-Zentrum Bamberg.

Um einen milden Krankheitsverlauf zu bestätigen, sollten aber auch weitere Faktoren wie Kognition, Arbeitsfähigkeit und Familienleben sowie sogenannte Patient Report-

ed Outcomes (PRO) berücksichtigt werden. In der DGN-Leitlinie werden bei milder Krankheitsaktivität Medikamente der ersten Kategorie wie Dimethylfumarat und Teriflunomid, Glatiramerolide sowie Interferon-β empfohlen.

Die in den Studien mit Dimethylfumarat und Teriflunomid erzielten Ergebnisse zur Schubratenreduktion und Verringerung der Behinderungsprogression seien ähnlich, berichtete Prof. Dr. Mark Obermann, Neurologe am Klinikum Weser-Egge in Hxter. Die Behandlungszufriedenheit der Betroffenen sei in der Phase-IV-Studie TeriPRO nach Umstellung von Dimethylfumarat auf Teriflunomid jedoch höher gewesen

[Coyle PK et al. Mult Scler Relat Disord 2017;17:107–15].

In zwei unabhängigen Phase-III-Studien (TEMSo, TOWER) wurde das Risiko der Progression körperlicher Behinderungen unter einmal täglich Teriflunomid 14 mg (Aubagio®) um jeweils fast ein Drittel reduziert. Die jährlichen Schubraten wurden im Vergleich zu Placebo signifikant um 31,5 % beziehungsweise 36,3 % verringert ($p \leq 0,001$)

[O'Connor P et al. NEJM. 2011;365:1293–303; Confavreux C et al. Lancet Neurol. 2014;13:247–56]. Im Schnitt seien bei den Behandelten pro Jahr 0,2 Schübe weniger aufgetreten als in der Placebogruppe, unterstrich Obermann.

Die Wirkung von Teriflunomid, die in allen Altersgruppen gleichermaßen belegt worden ist, zeigte sich bereits nach sechswöchiger Therapie.

Der orale Immunmodulator sei zudem gut verträglich. Lymphopenien unter Teriflunomid seien bisher nicht mit vermehrten Infekten assoziiert worden, betonte Obermann.

Roland Fath

Virtuelle Fachpressekonferenz „Vielfältigkeit von Teriflunomid – überzeugende Therapie mit umfassender Wirksamkeit“, 30.3.2022; Veranstalter: Sanofi-Aventis

Depression: Das Dilemma des späten Wirkeintritts überwinden

➔ Nach der Monoaminhypothese zu Depression wirken klassische Antidepressiva auf die Neurotransmitter Serotonin, Noradrenalin und Dopamin sowie ihre Transporter und Rezeptoren. Der Wirkeintritt ist verzögert – ein Problem beim depressiven psychiatrischen Notfall [Gass P et al. Nervenarzt. 2022;93(3):223–33].

Man gehe davon aus, dass monoaminerge Antidepressiva eine De-novo-Synthese des Nervenwachstumsfaktors Brain-derived neurotrophic factor (BDNF) und eine Neubildung oder Wiederherstellung stressbedingt verloren gegangener synaptischer Kontakte initiierten, erläuterte Prof. Dr. Peter Gass vor der Klinik für Psychiatrie und

Psychotherapie am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim. Diese biologischen Prozesse dauern etwa drei Wochen, also etwa so lange, wie klinisch für den Wirkeintritt dieser Substanzen benötigt wird [Nestler EJ et al. Neuron. 2002;34(1):13–25]. Im Falle eines psychiatrischen Notfalls kann die neue Klasse der „rapid acting antidepressiva“ (RAAD) diese Wirksamkeitslücke überbrücken. Ketamin als erster Vertreter der RAAD ermöglicht eine schnelle Regeneration von stressgeschädigten Synapsen und eine funktionelle Regeneration [Moda-Sava RN et al. Science. 2019;364(6436):eaat8078]. Nach der Interneuronhypothese würden durch Ketamin NMDA-

Rezeptoren sowohl an hemmenden GABAergen Neuronen als auch an postsynaptischen Neuronen gehemmt. Der synaptische Überschuss an Glutamat entfalte über AMPA-Rezeptoren eine besondere neuroplastische Wirkung, erläuterte Gass. Es komme zu einer erhöhten BDNF-Freisetzung und zu einer raschen Aktivierung der lokalen Proteinsynthese und Synaptoneogenese.

Für die Klinik wurde das S-Enantiomer von Ketamin, Esketamin, als Nasenspray weiterentwickelt. Esketamin-Nasenspray (Spravato®) ist in Kombination mit einer oralen antidepressiven Therapie als akute Kurzzeitbehandlung von Erwachsenen mit einer mittelgradigen bis schweren Episode einer Major Depression zugelassen, wenn die depressiven Symptome nach ärztlichem Ermessen einem psychiatrischen Notfall entsprechen. Die Zulassung basiert auf den Phase-III-Studien ASPIRE I und II [Fu DJ et al. J Clin Psychiatry. 2020;81(3):19m13191; Ionescu DF et al. Int J Neuropsychopharmacol. 2021;24(1):22–31]. In einer gepoolten Analyse der beiden Studien zeigte Esketamin plus Standardbehandlung bei Betroffenen mit mittelschwerer bis schwerer Depression und akuter Suizidalität 24 Stunden nach Verabreichung der ersten Dosis eine statistisch signifikante Verbesserung des MADRS-Gesamtscores gegenüber Baseline im Vergleich zu Placebo plus Standardbehandlung (Abb. 1) [Canuso CM et al. J Clin Psychopharmacol. 2021;41(5):516–24].

Friederike Klein

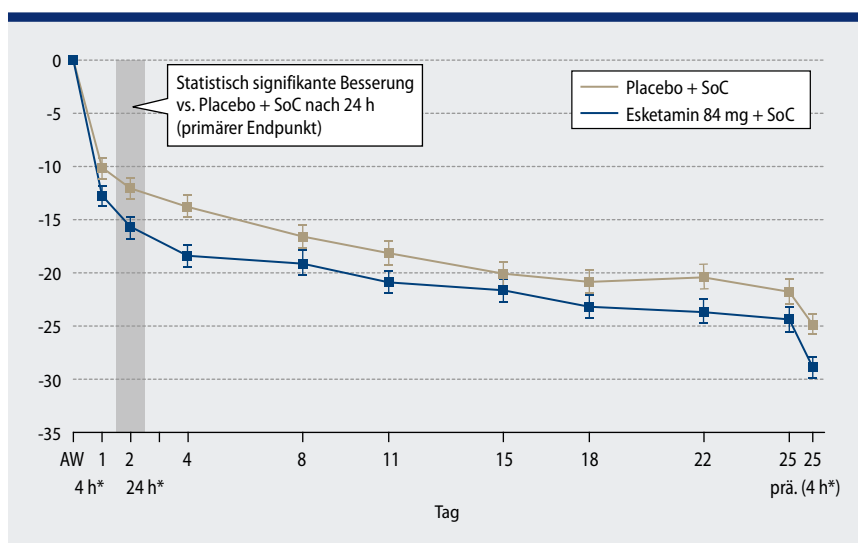


Abb. 1: Abnahme der Depressionssymptome mit Esketamin. Änderung des Least-Square-Mittelwerts des MADRS-Gesamtscores (Punkte) bis Tag 25. (AW = Ausgangswert; MADRS = Montgomery-Asberg Depression Rating Scale zur Beurteilung des Schweregrads einer Depression; SoC = Standard of Care; *nach Gabe; mod. nach [Fu DJ et al. J Clin Psychopharmacol. 2020;81:19m13191])

Virtuelle Pressekonferenz „Vom Ketamin zum Esketamin: 60 Jahre Forschung und Fortschritt in den klinischen Neurowissenschaften“, 29.3.2022; Veranstalter: Janssen-Cilag

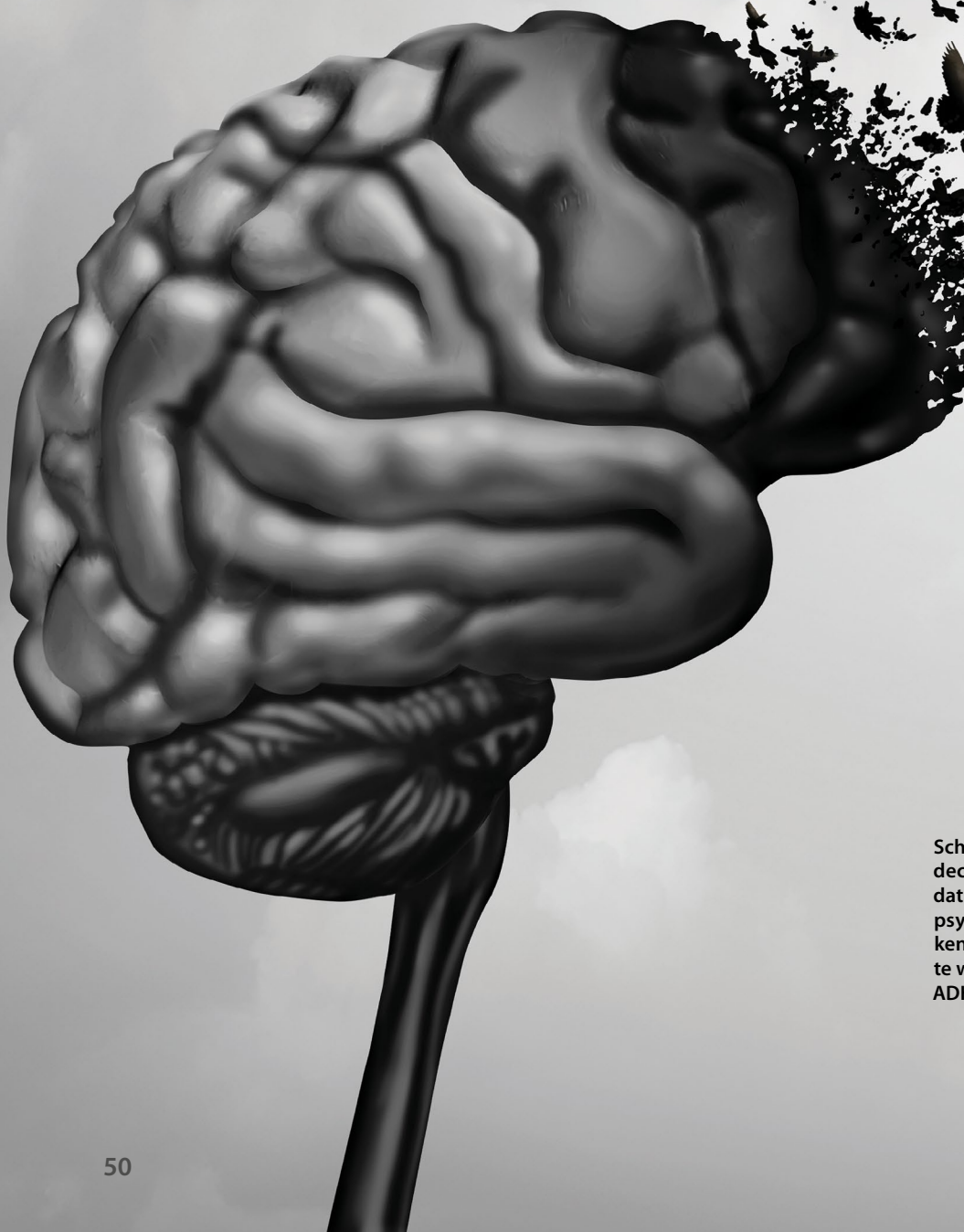
Hier steht eine Anzeige.



Hier steht eine Anzeige.



Journal



Schon früh wurde entdeckt, dass Methylphenidat eine physisch und psychisch leistungsstärkende Wirkung hat. Heute wird es erfolgreich bei ADHS eingesetzt.

© TeamDaf / stock.adobe.com

Methylphenidat – zufällig mit Erfolg gekrönt

Entwicklungsstadien eines Arzneistoffes zur Behandlung der ADHS

Es scheint im Vergleich zu den oft dogmatisch geführten Diskussionen über die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Methylphenidat Ruhe eingekehrt zu sein. Nicht selten kommen heute junge Erwachsene in die Praxis und bitten um eine entsprechende Diagnostik und die wenigen Spezialambulanzen haben lange Wartezeiten. Auf Umwegen gelangte ein „alter“ Arzneistoff zum Status Quo ADHS-Medikament.

Während es ursprünglich nur Methylphenidat (MPH) für Kinder und Jugendliche gab, erfolgte die Zulassungserweiterung für retardierte Präparate vor einigen Jahren. In der Praxis hat es sich als wirksam (niedrige NNT) sowie verträglich erwiesen und so wird es gemäß der meisten nationalen und internationalen Leitlinien dementsprechend empfohlen. Diese Erfolge, die heutzutage recht gut operationalisierte Diagnostik und ein besseres Verständnis der Neurobiologie lassen jedoch vergessen, wie es zu dieser „Erfolgsgeschichte“ kam.

Spannend ist es zu beobachten, wo Übergänge zwischen der Herz-Kreislauf-Pharmakologie entstehen und wie sich im Verlauf der letzten Jahrzehnte die Einschätzung von suchterzeugenden Substanzen geändert hat.

Ausgangspunkt Phytopharmakologie

Ausgangspunkt der Entwicklung war – wie nicht selten – die Phytopharmakologie und eine eher zufällige Beobachtung. Während heute Antihypertensiva in den Industrienationen zu den am häufigsten verschriebenen Medikamenten gehören, ist fast vergessen, dass zu früheren Zeiten eben gerade den Blutdruck und Kreislauf hebende oder allgemein stimulierende Stoffe genauso wichtig waren.

Lange in Gebrauch war hier Ephedrin (von griechisch ephedra = Schachtelhalm). Dabei handelt es sich um ein natürliches Pflanzenalkaloid vom Phenylethylamin-Typ.

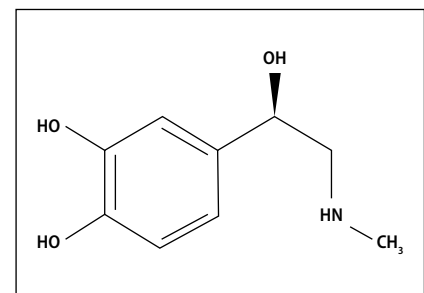
Ephedrin wurde zur unspezifischen zentralen Stimulation, Stärkung des Kreislaufs, bei Hypotonieeigung, Blutdrucksteigerung, bei Asthma bronchiale, chronischer Bronchitis, zum Abschwellen der Nasenschleimhaut, zur Appetitzügelung oder als Ersatz für Atropin verwendet, da es sympathomimetisch ist. Es ist strukturell mit Adrenalin verwandt, wirkt aber schwächer. Es ist auch Bestandteil der chinesischen „Ma-Huang“-Droge.

Lazăr Edeleanu

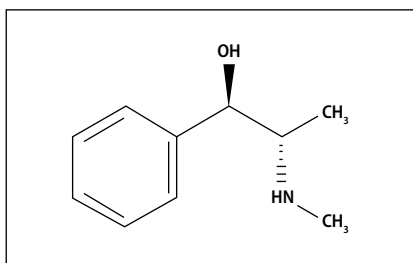
Die Erstsynthese einer anderen Droge gelang 1887 durch den rumänischen Chemiker Lazăr Edeleanu (1861–1941) an der Berliner Universität, als er Derivate von Methacryl- und Buttersäure synthetisierte. Er prägte den Namen Amphetamin, der sich aus der heute veralteten chemischen Bezeichnung alpha-Methylphenethylamin (beziehungsweise Phenylethylamin) ableitet. Es hat strukturelle Ähnlichkeit mit Dopamin, aber keine Hydroxy-Gruppe, was die ZNS-Gängigkeit verbessert. Gleichzeitig ist es – ähnlich wie Piperazin oder Piperidin – ein ringförmiges, sekundäres Amin.

Nagai Nagayoshi

Mehr auf der Suche nach der Strukturformel beziehungsweise dem chemischen Syntheseweg für Ephedrin war der japanische Chemiker Nagai Nagayoshi (1844–1929), als er Methamphetamin 1893 in flüssiger Form herstellen konnte. 1921 wurde es patentiert und vom japanischen Pharmaunternehmen Dainippon Sumitomo Seiyaku unter der Marke Philopon (japanisch: ヒロポン, Hiropon) vertrieben. Der Name beinhaltet die japanischen Wortteile „Müdigkeit“ (hirō) und „mit einem Schlag“ (pon) im Sinne „die Müdigkeit verschwindet auf einen Schlag“ oder das griechische philoponus (arbeitliebend). Aus heutiger Sicht ist das natürlich schlecht nachvollziehbar, jedoch war das Suchtpotenzial der Stoffe noch kaum bekannt. Nicht vergessen werden sollte in diesem Kon-



Adrenalin



Ephedrin

text, dass auch Heroin bis 1931 als Husten und Blutdruckmittel verkauft wurde.

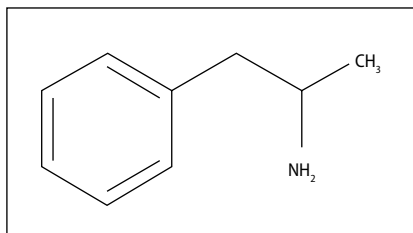
Gordon Alles

1927 war der US-amerikanische Chemiker Gordon Alles (1901–1963) ebenfalls über Ephedrin auf synthetische Amphetamine gestoßen, die dann ab 1932 als Benzedrin vermarktet wurden. 1936 berichtete „Lancet“ von stimulierenden Effekten auf Stimmung, Verhalten und kognitive Leistungen. Benzedrin zeigte aber natürlich rasch Abhängigkeitspotenzial und Nebenwirkungen.

In Deutschland wurde 1937 von den Berliner Temmler-Werken Methamphetamine patentiert. Es wurde 1938 als Pervitin in den Handel gebracht und war hier wie in anderen Ländern im Militär als Psychostimulanz lange in Verwendung (Panzerschokolade).

Erich Guttman und Paul Janssen

Eine andere Entwicklungsrichtung nahmen Forscher, die weniger an den unspezifisch stimulierenden Effekten, sondern primär an dem blutdrucksteigernden Effekt von Benzedrin interessiert waren. So begann Erich Guttman 1936 bis 1937 differenzierter, psychiatrische und neurologische Effekte sowie Syndrome unter Benzedrin zu beschreiben. Er berichtete unter anderem von besserer



Amphetamin

Kommunikationsfähigkeit, aber auch psychoseähnlichen Bildern. Das wiederum brachte Paul Janssen auf die Idee von Modellpsychosen, was später zum Haloperidol führte.

Charles Bradley

Der wichtigste Meilenstein vor MPH aber waren die Benzedrin-Studien von Charles Bradley (1902–1979), einem amerikanischen Kinderpsychiater. Er war damals Direktor am Emma Pendleton Home in Providence. Dort wurde in einem sehr modernen Ansatz versucht, biologische Faktoren und Umwelteinflüsse als Erklärung von Verhaltensstörungen heranzuziehen. So ist erklärbar, dass dort sowohl somatische Diagnostik erfolgte, als auch mit dem damals noch überschaubaren Arsenal von psychoaktiven Substanzen experimentiert wurde.

Kolportiert ist, dass Bradley das Amphetamin eigentlich zur Kopfschmerzbehandlung nach Pneumenzephalogrammen – der seinerzeit einzigen „bildgebenden“ Untersuchungsmethode – einsetzte.

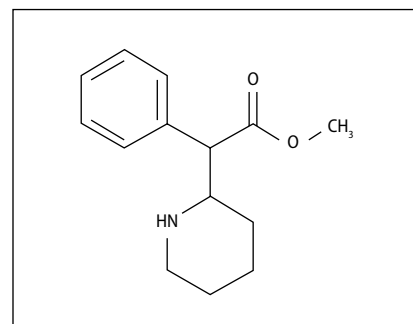
Etwa nach einer Woche stellte Bradley eine Besserung der Schulleistungen und weniger Probleme in den sozialen Interaktionen fest, die Verhaltensauffälligkeiten wurden weniger. Er schrieb auf:

„Die auffallendste Veränderung betraf die Schulaktivitäten der Patienten. Es kam auf einmal zu einem Antriebs, so viel wie möglich zu bewältigen. 15 von 30 Kindern reagierten auf Benzedrin mit deutlich geringeren emotionalen Schwankungen. Vom klinischen Standpunkt zeigten alle eine Besserung.“

Unverändert blieb allerdings das Problem des Suchtpotenzials von Benzedrin, das sich erst mit der Synthese von MPH größtenteils entschärfte.

Leandro Panizzon

1944 experimentierte Leandro Panizzon (1907–2003) in den „chemischen Instituten Basel“ (Ciba, heute Novartis) MPH mit Piperidinderivaten. Es war schon anekdotisch bekannt, dass diese Substanzen „psychoanaleptische“, also stimulierenden Effekte haben. Panizzon war nicht primär auf der Suche nach einem Psychopharmakon. Vielmehr ging es noch um kardiovaskuläre und renale Effekte. Er synthetisierte Phenylacetonitril und 2-Chlorpyridin. Dabei wurde Me-



Methylphenidat

thyl-Alpha-Phenyl-Piperidin-2-Acetat zum Kurznamen Methylphenidat (MPH). Selbstversuche in der Medizin waren derzeit noch üblich, sodass er es an sich selbst prüfte, aber keine Wirkung verspürte. Da seine Frau Marguerite „Rita“ unter niedrigem Blutdruck litt, beschloss er, die neu entdeckte Substanz an ihr zu testen. Sie nahm die Substanz dann gelegentlich vor dem Tennisspiel ein, mit angeblich deutlich physisch und psychisch leistungsstärkender Wirkung.

Nach der Patentierung 1950 (US-Patent Nr. 2507631) und Markteinführung wurde das Medikament aber zunächst nur zur Behandlung von Barbituratvergiftung oder Narkolepsie eingesetzt.

R. Meier, F. Gross und J. Tripod

In den Jahren 1954 bis 1955, mitten im „goldenen Jahrzehnt der Psychopharmakotherapie“, verschob sich der Beobachtungsschwerpunkt von MPH dann wieder mehr auf psychostimulierende Eigenschaften, die 1954 erstmalig von R. Meier, F. Gross und J. Tripod beschrieben wurden. Danach wurde Ritalin zur Besserung der Konzentration, Appetitzügelung und unspezifischen Behandlung psychischer Störungen, wie Depression, „Psychasthenie“, Müdigkeit, patentiert und 1957 in Europa eingeführt. Bei Narkolepsie ist es bis heute zugelassen.

J. Gordon Millichap

In den 1960er-Jahren wurde MPH schließlich vermehrt „delinquenten Jugendlichen“ verabreicht. In dieser Zeit wurden auch die ersten größeren klinischen Studien durchgeführt, die die seit Bradley bekannten Wirkungen von Benzedrin auf Symptome wie Impulsivität, Hyperaktivität und Aufmerksamkeits-

störungen erneut bestätigten. 1968 konnten dann der Kinderneurologe J. G. Millichap die Überlegenheit oder bessere Verträglichkeit von MPH im Vergleich zu Amphetaminen zeigen.

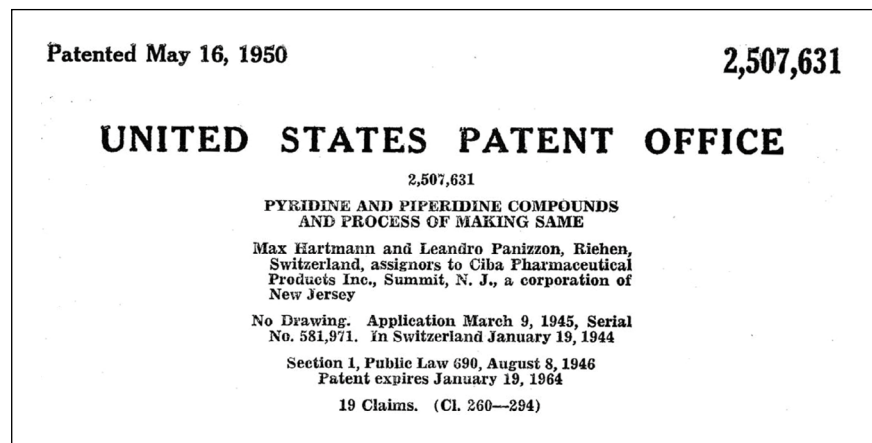
In den 1970er-Jahren war das Patent für MPH ausgelaufen und die Substanz wurde dem Betäubungsmittelgesetz unterstellt. Das Medikament wurde dann von Novartis nicht mehr aktiv vermarktet und kam deshalb als Originalpräparat recht selten zum Einsatz.

Renaissance eines alten Wirkstoffs

Nach den ersten ernsthaften Definitionen des ADS- beziehungsweise ADHS-Spektrums in den 1980er-Jahren wurde MPH wieder in den Fokus genommen. Aktuell ist davon auszugehen, dass in Deutschland wie auch weltweit circa 5 % der Kinder und Jugendlichen von ADS/ADHS betroffen sind. In manchen Populationen und Regionen nehmen heute bis 20 % der Schulkinder MPH ein. Es wurden über 250 kontrollierte Studien in dieser Indikation durchgeführt und die neurobiologischen Grundlagen aufgeklärt. So ist hinsichtlich der Rezeptorpharmakologie nun gut bekannt, dass es sowohl den Noradrenalin- als auch Dopamin-Transporter blockiert. Hinsichtlich des Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzials wird davon ausgegangen, dass dies aufgrund der stimulierenden Effekte und des Rezeptorprofils weiter besteht, aber der Nutzen überwiegt.

In den 1990er-Jahren setzte als Gegenbewegung nochmals ein Skeptizismus beziehungsweise eine „Anti-Ritalin-Bewegung“ ein. Aktuell ist – spätestens seit den Studien bei Erwachsenen und der Zulassung von Retardpräparaten – von einem relativ ausgewogenen Umgang mit der Substanz auszugehen.

Seit 2000 wird MPH unter dem Namen Medikinet und seit 2005 als Medikinet Adult von der mittelständischen Firma Medice oder von Takeda als Equasym vertrieben. Von der gleichen Firma stammt Lisdexamfetamindimesilat (Elvanse Adult), was unter anderem auch nach einer negativen G-BA-Nutzenbewertung eher als Reservemedikament gilt, wenn MPH oder Atomoxetin nicht verträglich oder wirksam waren. Die durchschnittliche Responderate bei MPH liegt bei Kindern/Jugendlichen bei 65–



Patentierung des MPH im Jahr 1950

75 %, die mittlere Effekststärke bei 1, ist also als sehr gut zu bezeichnen. Die Datenlage für die Behandlung Erwachsener ist mit etwa 18 kontrollierten doppelblinden Studien nicht so groß und heterogener. Bis 2011 konnte eine Verordnung nur off label erfolgen. Die Responderate für die im Erwachsenenalter nun zugelassenen Retardpräparate ist mit 25–78 % ähnlich, bei mit 0,39–0,9 vermutlich etwas geringerer Effekststärke. Die Substanz zeigt eine positive Dosis-Wirkungsbeziehung. Aufgrund der positiven Studienergebnisse gilt MPH auch als Mittel der Wahl in den aktuellen Leitlinien zur Behandlung Erwachsener. Passen Sie jedoch auf, das Retardpräparat zu verwenden, sonst drohen von den Krankenkassen Off-Label-Regresse.

Im amerikanischen Raum werden weiter vorrangig Amphetaminderivate wie Adderall (Mischung von Dexamphetamin und mehrerer Racemate) verordnet.

MPH kann besser verstanden werden, wenn sowohl die Amphetaminsynthese als auch die kardiovaskuläre Pharmakotherapie der 1940er-Jahre zurückverfolgt werden. Die psychotropen Wirkungen wurden erst seit den 1950er-Jahren mehr oder weniger zufällig an verhaltensauffälligen Jugendlichen charakterisiert. Seinen heutigen Stellenwert erlangte das Medikament nach einer klareren, operationalisierten Definition der ADS- und ADHS-Syndrome.

Literatur

1. Lazăr Edeleano: Über einige Derivate der Phenylmethacrylsäure und der Phenyliso-

buttersäure. In: Berichte der Deutschen chemischen Gesellschaft zu Berlin; 20. Jg. (1887), Band 3, S. 616–22

2. <https://de.wikipedia.org/wiki/Adrenalin>. Zugriff 9.12.2021
3. <https://de.wikipedia.org/wiki/Methylphenidat>. Zugriff 9.12.2021
4. <https://de.wikipedia.org/wiki/Ephedrin>. Zugriff 9.12.2021
5. <https://de.wikipedia.org/wiki/Amphetamin>. Zugriff 9.12.2021
6. E. Guttmann Some Psychiatric Observations in Arterial Hypertension; Proceedings of the Royal Society of Medicine, Vol XXIX, page 57. 1936
7. M. Weih. Paul Janssen und die Neuroleptika NeuroTransmitter 9/2021
8. C. Bradley The Behavior of Children Receiving Benzedrine. In: American Journal of Psychiatry, November 1937, Nr. 94, S. 577–81
9. <https://patentimages.storage.googleapis.com/c6/e7/ae/f60c5e43fc7b23/US2507631.pdf>
10. Meier, R, Gross, F, Tripod J. Ritalin, eine neuartige synthetische Verbindung mit spezifischer zentral erregender Wirkungskomponente, Klin. Wochenschrift 1954;32;pp 44–50
11. https://www.adhspedia.de/wiki/Leandro_Panizzon. Zugriff 12.2.2019

AUTOR

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

Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie
Medic-Center,
Nürnberg
Mitglied des Vorstands
BVDN Bayern

markus.weih@gmx.de



Rufai Zakari

Hoffnung

Zwei jugendliche Ghanaer sitzen auf einer Bank, hinter ihnen das Wort Hoffnung. „Sitting with hope“ benannte Rufai Zakari dieses im Jahr 2021 erschaffene Werk. Es illustriert eine ganze Generation junger Ghanaer, die trotz Armut und Stammeskämpfen in seiner Heimatstadt Bawku mit Optimismus und in einer stabilen Demokratie aufwuchs. Zwischen den Mamprusi- und Kusasi-Stämmen eskalierten die Kämpfe in den Jahren 2007/2008 besonders grausam, bis heute sind Spannungen an der Tagesordnung. Hoffnungsfroh schauen aber der junge Künstler und die Dargestellten in ihre und Ghanas Zukunft.

Obgleich Ghana eine der wenigen funktionierenden Demokratien Afrikas besitzt, leidet die Nation wie die meisten der Staaten Afrikas bislang unter großer Armut. Zwar wurden vor circa 15 Jahren Ölfelder vor der Küste Ghanas entdeckt, die für ein wenig Wohlstand im Staat sorgten, doch auch

diese wurden weithin bereits unter den Industrieländern aufgeteilt. Gegensätze zeichnen das hoffnungsfrohe Land: Auf der einen Seite bestimmen Umweltverschmutzung, Konsumismus, Konservatismus, Kinderarbeit und die hinterlassenen Spuren der Zerstörung durch grausame Kämpfe einige Gebiete des

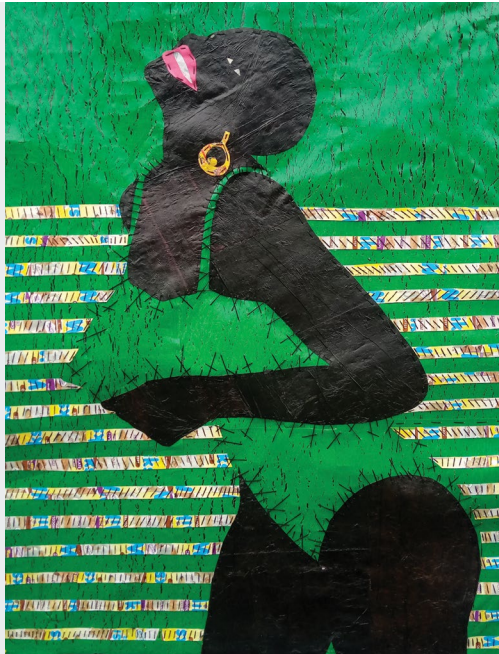
Landes das Bild nach außen, auf der anderen Seite ist die Gesellschaft jung und voller Optimismus und hat einen besonders hohen Anteil beruflich erfolgreicher Frauen vorzuweisen.

Rufai Zakari transportiert in seinen Werken den Willen zum Aufbau und zur Gestaltung einer stolzen Nation. Er por-



„Sitting with hope“, 2021, Mixed Media/ Plastic Bags and Food Wraps, 205 x 262 cm

„Black, Bald, Beautiful“, 2020, Recycled Plastic, 108 x 83 cm



„Hassana in her Yellows“, 2021, Mixed Media/Plastic Bags and Food Wraps, 180 x 159 cm



trätirt dabei seine stolzen Landesge-
nossinnen besonders gerne und zeigt mit
seinen farbigen Plastikkollagen die ganze
Schönheit ihrer Kraft.

Frauen im Fokus

Den Blick nach oben gerichtet und mit
einem strahlenden Lächeln präsentiert
sich die junge Frau auf „Black, Bald,
Beautiful, 2020“ dem Betrachter.
Prachtvoll korrespondiert ihr grüner
Badeanzug mit dem grünen Hinter-
grund, ihre Zähne, Augen und Ohr-
ringe stechen markant aus der schwar-
zen Plane heraus. Ebenso stolz und sty-
lisch sitzt in Untersicht auf dem näch-
sten Bild eine schon aufgrund ihrer
Haltung sehr schöne Frau vor leuch-
tendem gelbem Fond. Die flächigen Hintergrün-
de und starken Farb- und Formkontras-
te wirken wie fröhliche Ausrufezeichen
des Optimismus.

In Kunst verwandelter Plastikmüll

Den Blick rein in die Zukunft gerichtet
erwächst in Zakaris Bildern aus den Ru-
inen der Vergangenheit etwas Bunteres
und Stärkeres als die Vergangenheit zu
bieten hatte. Symbolisch für dieses
durchgängige Motto seiner Werke steht
auch deren Machart: Mit Plastikmüll,
den Zakari und seine Helfer auf den
Straßen von Bawku aufsammeln, nähen

sie mosaikartige, poppige Bilder zusam-
men und schaffen so glänzende Kunst.
Als Gründer der Rujab Eco-Art Founda-
tion in seiner Heimatstadt stützt der
Künstler seine Arbeit damit auf die Wie-
derverwertung von Abfall auf den Stra-
ßen Ghanas.

Man könnte Zakaris Art der Kunst-
herstellung in der langen Tradition des
Trash Art einordnen, in der prominente
Kunstschaffende wie beispielsweise El
Anatsui aus behandeltem Abfall etwas
Fantastisches kreieren. Schon Anfang
des 20. Jahrhunderts begannen Dadais-
ten, aber auch Georges Braque oder Pi-
casso damit, Abfälle und Materialreste
in ihre Werke zu integrieren, meist mit
dem Hintergedanken, Gesellschaft, Ka-
pitalismus und Konsumismus zu kriti-
sieren. In Zakaris Arbeiten aber fehlt der
mahnende Zeigefinger. Er formt aus Ab-
fall Ästhetik und demonstriert, dass
trotz einer schäbigen Vergangenheit eine
blühende Zukunft möglich sein kann.

Mit dem jungen Künstler Rufai Zaka-
ri soll die Reihe afrikanischer Künstler
im NeuroTransmitter bewusst positiv
enden und zeigen, welche Kraft die Hoff-
nung gibt und ausstrahlt. Alle diese
Künstler werden von der Hjellegjerde-
Galerie vertreten. Wie die Galerie zu ih-
rer Auswahl gelangte, wie Kunst und
Konsum zusammenpassen, was beson-

ders die afrikanischen Künstler interes-
sant macht und welche Beweggründe
jenseits des Lebensunterhalts diese
enorm dynamischen Galerie antreiben,
erklären uns in der nächsten Ausgabe
des NeuroTransmitter die namensge-
bende Gründerin Kristin Hjellegjerde
und ihre Halbschwester Eva Ostendorf,
die die Berliner Repräsentanz leitet,
selbstverständlich illustriert mit einigen
Highlights der spannenden Geschichte.

Mehr Informationen:

Instagram: @rujabecoart_foundation

<https://artsandculture.google.com/story/rufai-zakari-painting-ghanaian-women/DwLS4E9nCu0GKQ>

AUTORIN

Dr. Angelika Otto

Freie Journalistin
München

angelika.s.otto@
gmail.com

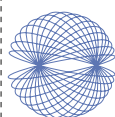


Veranstaltungen BVDN/BDN/BVDP-Landesverbände 2022

Datum Ort Zeit	Landesverband Titel Themen	Anmeldung
8.6.2022 in Dresden 15.6.2022 in Berlin 22.10.2022 in Köln 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 info@diaplan.de
24.6.2022 14.9.2022 jeweils online 2–3 CME-Punkte	Neuro Kolleg online	diaplan, siehe oben
1.7.2022 25.11.2022 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
28.9.2022 in Hamburg 19.10.2022 in München 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
21.5.2022 in Düsseldorf 10.12.2022 in Berlin 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	94. Jahrestagung der Bayerischen Nervenärzte Fortbildungsprogramm und Mitgliederversammlung mit Berufspolitik	Bezirksklinik Agatharied

Fortbildungsveranstaltungen 2022

29.–1.6.2022 in Köln 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 dgnc-kongress@conventus.de www.conventus.de
29.6.2022 in Reichenau Zentrum für Psychiatrie	Klinisch-pharmakologische Supervision (AGATE-Akademie) Ärzte, Klinische Pharmakologen und Klinische Pharmazeuten treffen sich zur klinisch-pharmakologischen Supervision, bei der aktuelle Themen und Fragestellungen zur Arzneimitteltherapie diskutiert werden.	sekretariat@amuep-agate.de
17.–20.7.2022 in Berlin Maritim Hotel Berlin Stauffenbergstraße 26	15th International Neurotrauma Symposium Hosting Society: International Neurotrauma Society (INTS)	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH F. Niepel, Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena Tel.: 03641 3116-324 itns@conventus.de www.conventus.de
21.7.2022 in Pfaffenhofen Danuvius Klinik Pfaffenhofen	Psychopharmakologie Seminar II (AGATE-Akademie) Grundkenntnisse Pharmakovigilanz, UAW-Bewertung, klinisch bedeutsame UAW, Problematik der „Off-label“-Verschreibung, Aufklärungspflicht bei der Verordnung von Arzneimitteln und Behandlung psychiatrischer Notfälle	akademie@amuep-agate.de
1.–5.11.2022 in Berlin 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 kongress@dgn.org



BVDN

**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:

Heike Kumpe

Niedersachsen:

Norbert Mayer-Amberg

Nordrhein: Egbert Wienforth,

Gereon Nelles

Rheinland-Pfalz: Günther Endrass

Saarland: Nikolaus Rauber,

Richard Rohrer

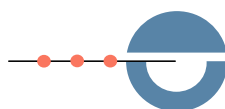
Sachsen: Ulrike Bennemann

Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe

Schleswig-Holstein: Klaus Gehring

Thüringen: Sabine Köhler

Westfalen: Zia Pufke-Yusafzai



BDN

**Berufsverband Deutscher
Neurologen**

■ [www.berufsverband-
neurologen.de](http://www.berufsverband-neurologen.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 (Neuro-

edukation/Neuropsychologie); Klaus

Piwnetz, 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
Psychiater**

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

Vorstand des BVDP

1. Vorsitzende: Christa Roth-Sackenheim, 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 Binasch, 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

info@bvdn.de

info@berufsverband-neurologen.de

info@berufsverband-psychiater.de

www.bvdn.de

www.berufsverband-neurologen.de

www.berufsverband-psychiater.de

www.zns-news-neurologen-psychiater-

nervenaerzte.de

www.neurologen-psychiater-corona-

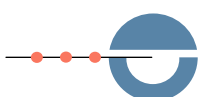
praxishilfe.info/

Cortex GmbH s. oben Geschäftsstelle

Geschäftsführer: Bernhard Michatz



Berufsverband
Deutscher Nervenärzte
BVDN



Berufsverband
Deutscher Neurologen
BDN



Berufsverband
Deutscher Psychiater
BVDP

Ich will Mitglied werden!

An die Geschäftsstelle

Wulffstraße 8, 12165 Berlin

gerne per E-Mail: info@bvdn.de oder Fax: 0322 268091-22

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

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

Zusatztitel oder -qualifikation (z. B. Psychotherapie, Sonografie): _____

Tel.-Nr.: _____ Fax: _____

E-Mail/Internet: _____

Ich bin ☐ niedergelassen ☐ in der Klinik tätig ☐ Chefarzt/ärztin ☐ Facharzt/in
☐ Weiterbildungsassistent/in ☐ Neurologe/in ☐ Nervenarzt/ärztin ☐ Psychiater/in
☐ in Gemeinschaftspraxis tätig mit _____

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

☐ Gratis Mailservice erwünscht

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

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

IBAN: _____

Bei der _____ BIC _____

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Einen Widerruf werde ich der Geschäftsstelle des Berufsverbandes mitteilen.

Name: _____

Adresse: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Praxisstempel (inkl. KV-Zulassungs-Nr.)

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

Unterschrift: _____

NEUROTRANSMITTER

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

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

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

Schriftleitung: Dr. med. Klaus Gehring (kg) (v. i. S. d. P.), Hanseaten-Platz 1, 25524 Itzehoe, gehring@neurologie-itzehoe.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-meditz.de

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

Leitung Redaktion Facharztmagazine: Markus Seidl (es)

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

Verlagsredaktion: Dr. rer. nat. Gunter Freese (Leitung), Tel.: 089 203043-1435, Fax: -203043-31435, 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, 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, ulrike.hafner@springer.com

Anzeigenleitung: Peter Urban, Tel.: 089 203043-1333, peter.urban@springer.com Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 27 vom 1.10.2021.

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

Erstellungsort: München

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

Abonnement: Die Zeitschrift erscheint 11-mal jährlich. Bestellungen nimmt der Verlag unter Tel.: 06221 345-0, per Fax: 06221 345-4229 sowie auch über das Internet unter www.springermedizin.de/neurotransmitter und jede Buchhandlung entgegen. 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



LA-MED
geprüft Facharzt-Studie 2020

© Monkey Business / stock.adobe.com (Symbolbild mit Fotomodel)



Vorschau

Ausgabe 6/2022

Juni

erscheint am 17. Juni 2022

Glücksspielsucht

Die Glücksspielsucht wird heute nicht mehr als Impulskontrollstörung, sondern als Sucht nosologisch eingeordnet. Die symptomatische Behandlung richtet sich auf die ambivalente Veränderungsmotivation, dysfunktionale Kognitionen und Rückfallgefährdung.

Videobasierte Home-Treatments

In der S3-Leitlinie Zwangsstörungen wird empfohlen, therapeutisch begleitete Expositionen auch im häuslichen Umfeld der Patienten durchzuführen. Die videokonferenzbasierte Exposition stellt eine innovative Methode zur wohnortfernen Behandlung dar.

Fachärztliche Weiterbildung

Die neue Weiterbildungsordnung bietet die Möglichkeit, eine umfassende Weiterbildungsermächtigung zu beantragen. Niedergelassene Vertragsärzte sollten hier unbedingt aktiv werden.

Hier steht eine Anzeige.

