

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 66

Drei starke Berufsverbände 10

Zukunftsorientierte Interessenvertretung

Migränetherapie 26

Indikationsgerechter Einsatz monoklonaler Antikörper

Neue Muster-WBO 32

Ambulante Weiterbildung gestärkt



Glücksspielsucht 50

Entstehung und Behandlung im Fokus

Hier steht eine Anzeige.





» Die vergangenen zwei Jahre haben die hohe Leistungsfähigkeit des ambulanten Sektors vor Augen geführt, speziell bei der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. «

Dr. med. Sabine Köhler, Jena
Vorsitzende des BVDN

Bessere Versorgung nicht zum Nulltarif

Seit Dezember 2021 ist eine lang erkämpfte Richtlinie in Kraft, die der Verbesserung der Versorgung von psychisch Kranken dienen soll, die „Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf“, kurz: KSVPsych-RL. Bevor diese Richtlinie allerdings umgesetzt werden kann, muss die Vergütung für die darin beschriebenen Leistungen verhandelt werden. Wir fachärztlich und auch die beteiligten psychotherapeutisch Tätigen erhoffen ein Vergütungsmodell, das die notwendige Intensivierung unserer Arbeit sowie den erforderlichen Managementaufwand abbildet.

Versorgung im Lebensumfeld der Patienten gelingt

Die vergangenen zwei Jahre im COVID-19-Ausnahmestand haben – bei verminderter Bettenbelegung der Kliniken – die hohe Leistungsfähigkeit des ambulanten Sektors vor Augen geführt, speziell bei der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Soziale und sozialmedizinische Versorgungsstrukturen standen plötzlich nicht mehr zur Verfügung. Nervenärzte und Psychiater mussten verstärkt komplexe Versorgung in Krisen leisten. Dabei wurde deutlich, dass die Versorgung der Patienten in deren Lebensumfeld gelingt. Gleichzeitig wurde nach jahrelangem Bemühen die KSVPsych-RL beschlossen.

Vernetztes und patientenzentriertes Arbeiten ist in Kliniken Standard. Nun soll es mit folgenden Zielen auch ambulant realisiert werden:

- Die Wartezeitproblematik bei Nervenärzten, Psychiatern und Psychotherapeuten in der Versorgung der schwer erkrankten Menschen kann durch bevorzugte Terminvergaben innerhalb eines Netzverbundes behoben werden.
- Eine engmaschige patientenzentrierte Abstimmung der an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen ist gefordert.
- Gruppentherapieangebote von niedrigschwelligen bis hin zu differenzierten und diagnosespezifischen Angeboten können entstehen, damit werden Therapieressourcen intensiver genutzt.
- Durch eine qualifizierte und intensivierbare ambulante Behandlung können Klinikeinweisungen und damit verbundene Setting-Wechsel, die in der Regel zu einem Bruch der vertrauten Therapeutenbeziehung führen, verhindert werden.

Intensivierte Leistungen auch angemessen honorieren

Für diese vernetzte Versorgung muss die Vergütung jedoch klar und absehbar auskömmlich garantiert sein. Werden durch die Vermeidung stationärer Behandlung Mittel frei, müssen diese dem Versorgungsbereich zugeführt werden, der die intensivierbare ambulante Behandlung ermöglicht. Dieser neue Versorgungsbereich kann nur entstehen und wachsen, wenn die dafür erforderlichen finanziellen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Die Berufsverbände der Psychiater, Neurologen und Nervenärzte fordern deshalb:

- Die Leistungen der KSVPsych-RL müssen in ihrer Gesamtheit angemessen honoriert werden, sonst erfolgt diese intensivierbare Versorgung absehbar nicht ambulant.
- Formale Umsetzungshürden der Richtlinie müssen ausgeräumt werden (z. B. Festlegung von Doppeluntersuchungen und vollen Versorgungsaufträgen).
- Der Managementaufwand muss durch die GKV entsprechend vergütet werden.

Wir bemerken einen Wandel in der vertragsärztlichen ambulanten Versorgung. Die Einzelpraxis dominiert die Versorgungslandschaft immer weniger. Neben Berufsausübungsgemeinschaften bilden sich Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und viele junge Kolleginnen und Kollegen interessieren sich für die Tätigkeit in einem MVZ ohne wirtschaftliche Eigenverantwortung. Unabhängig davon streben zumeist im Kliniksetting Ausgebildete eine Tätigkeit an, die sich im Kontext mit anderen Berufsgruppen bedarfsgerecht für den Patienten nutzen lässt. Durch die KSVPsych-RL wird sowohl aus der Einzel- als auch aus der Gemeinschaftspraxis heraus vernetztes und multiprofessionelles Arbeiten möglich.

Die Vorstände der Berufsverbände setzen sich für die Verbesserung der Versorgung der Patienten und die Weiterentwicklung und Optimierung der Arbeitsbedingungen der ambulant-vertragsärztlich tätigen Psychiater, Neurologen und Nervenärzte ein. Wir stehen mit Konzepten bereit, und werden uns nicht unter Wert verkaufen!

Ihre

Sabine Köhler

Hier steht eine Anzeige.



3 Editorial

Bessere Versorgung nicht zum Nulltarif

Sabine Köhler

Gesundheitspolitik

8 Gesundheitspolitische Nachrichten

_ASV-Angebote jetzt auch bei Hirntumoren

_Lösung für störanfällige Kartenterminals

_Höhere Erstattungsbeträge für TI

Christa Roth-Sackenheim

Aus den Verbänden

10 Drei starke Berufsverbände in Neurologie und Psychiatrie

Zukunftsorientierte Interessenvertretung

Sabine Köhler

14 Wählen gehen und die Zukunft mitgestalten

Vertreterversammlungen der KVen

Sabine Köhler, Egbert Wienforth

17 Cannabis-Legalisierung: Prävention und Jugendschutz sind nicht verhandelbar

Positionspapier der DGPPN

Norbert Wodarz, Eva Hoch, Martin Driessen et al.

20 Droht ein Monopol in der ambulanten Versorgung?

Investorengetragene MVZ

Markus Weih

22 Wann hat das Tauziehen ein Ende?

GOÄ-Novelle

Christa Roth-Sackenheim

23 Versorgung in schwierigen Zeiten sicherstellen

BVDN-Landesverband Saarland

Nikolaus Rauber

Rund um den Beruf

26 Indikationsgerechter Einsatz monoklonaler Antikörper bei Migräne

Medizinische und juristische Sicht

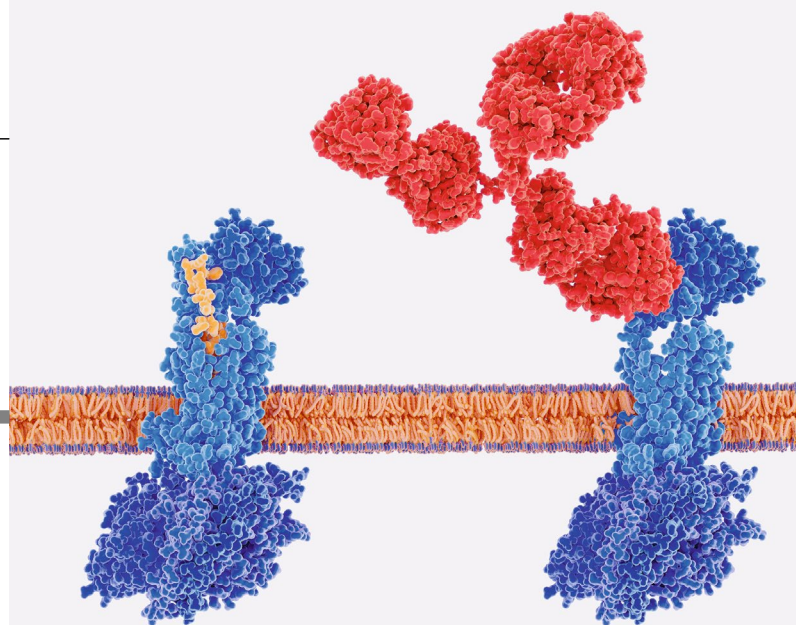
Jörg Hohmann

32 Fachärztliche Weiterbildung ist flexibel und ambulant

Neue Musterweiterbildungsordnung

Sabine Köhler

☐ = Dieser Beitrag ist ein Titelthema.



26 Monoklonale Antikörper bei Migräne

Die Migräne geht mit einem starken Leidensdruck einher, der den Alltag der Betroffenen zunehmend einschränkt. Dadurch kommt einer effektiven prophylaktischen Behandlung hohe Bedeutung zu. Das Spektrum konventioneller Migränephrophylaktika wurde durch monoklonale Antikörper gegen das „calcitonin gene-related peptide“ (CGRP) und dessen Rezeptor erweitert. Lesen Sie, welche juristischen und medizinischen Rahmenbedingungen beim Einsatz der Antikörper berücksichtigt werden müssen.

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. Sabine Köhler

sab.koehler@web.de

Aboservice:

Bei Fragen rund um Abonnement und Postbezug

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

leserservice@springer.com

Hier steht eine Anzeige.



- 36 **BDN-Führungsakademie steht in den Startlöchern**
Professionalisierung in Gesundheitspolitik und
Führungsmanagement

Klaus Gehring

Fortbildung

- 40 **Zwangsstörungen noch effektiver behandeln**
Videokonferenzbasiertes Home-Treatment

Simone Pfeuffer, Matthias Favreau, Ulrich Voderholzer

- 45 **„Mein Mann hat ein Anspannungsproblem“**
Psychiatrische Kasuistik

Samuel Wolfgang Trumm, Sara Mohamad, Verena van Ginneken et al.

- 50 **CME Entstehung und Behandlung der Glücksspielsucht**
Störungen durch süchtige Verhaltensweisen

Jörg Petry, Markus Weih

- 56 **CME Fragebogen**

Journal

- 62 **PSYCHOPATHOLOGIE IN KUNST & LITERATUR**
Von Todesstatistiken zur ICD-11

Markus Weih, Markus Jäger

- 66 **NEUROTRANSMITTER-GALERIE**
Starke Schwestern

Kristin Hjellegjerde Gallery

Angelika Otto

- 19 **Buchtipps**
38 **Leserbrief**
39 **Kleinanzeigen**
58 **Pharmaforum**
68 **Termine**
69 **Verbandsservice**
71 **Impressum/Vorschau**



50 Glücksspielsucht

Die Glücksspielsucht wird heute nicht mehr als Impulskontrollstörung, sondern als Sucht nosologisch eingeordnet. Glücksspielsüchtige weisen eine erhöhte Verschuldung, Suizid tendenz und Delinquenz auf. Die symptomatische Behandlung richtet sich auf die ambivalente Veränderungsmotivation, dysfunktionalen Kognitionen und Rückfallgefährdung. Differenzielle Behandlungsstrategien sind geschlechts- sowie altersspezifisch und berücksichtigen die ethnische Herkunft.



Titelbild (Ausschnitt): „Sønstegård XVI“ von Vibeke Slyngstad.
Lesen Sie mehr in der „Galerie“ ab Seite 66.

Gesundheitspolitik

G-BA BESCHLUSS

ASV-Angebote jetzt auch bei Hirntumoren

➡ Das Angebot einer ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) wird es zukünftig auch für Patienten mit Tumoren im Gehirn und an peripheren Nerven geben. Nach Inkrafttreten der Beschlüsse am 27. April 2022 können sich nun ASV-Teams bilden und den erweiterten Landesausschüssen ihre Teilnahme an der ASV anzeigen. In Deutschland erkranken pro Jahr rund 7.700 Menschen an einem Hirntumor, gleichzeitig gibt es in der Tumorthherapie einen rasanten medizinischen Fortschritt. Oftmals müssen mehrere Therapieansätze aufeinander abgestimmt werden: Operative, medikamentöse und strahlentherapeutische Optionen werden individuell passend für den Patienten kombiniert.

Im ASV-Kernteam zur Behandlung von Patienten mit Tumoren des Gehirns oder der peripheren Nerven müssen Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie, Neurologie, Neurochirurgie sowie Strahlentherapie vertreten sein. Die betreffenden Tumoren gehören zu den Erkrankungen, zu denen es bereits spezialfachärztliche Angebote als ambulante Behandlung im Krankenhaus gibt. Diese älteren Ansätze werden mit dem G-BA-Beschluss Schritt für Schritt durch ASV-Angebote ersetzt. Mit Inkrafttreten der neuen ASV-Regelungen beginnt die Übergangsfrist für die anbietenden Krankenhäuser: Sie haben dann drei Jahre Zeit, auf Basis der neuen Anforderungen – zu denen auch eine

Kooperation mit vertragsärztlichen Teilnehmern gehört – Teams zu bilden und ihre Teilnahme an der ASV zu melden. Die Bescheide für eine ambulante Behandlung im Krankenhaus enden spätestens nach drei Jahren.

Kommentar: Die ASV nach § 116b SGB V ist ein Instrument der sektorübergreifenden Kooperation bei Krankheitsbildern mit komplexer Therapieerfordernis. Wir begrüßen die Aufnahme in diese Struktur. Es gibt erfreulicherweise neue Therapieansätze, die die häufig infauste Prognose dieser Erkrankungen verändern werden. Interessierte finden weiterführende Information unter: <https://www.kbv.de/html/asv.php>

FINANZIERUNG GEKLÄRT

Lösung für störanfällige Kartenterminals

➡ Die Finanzierung der Aufsätze für stationäre Kartenterminals der Ingenico/Worldline Healthcare GmbH ist geklärt. Praxen, die mit diesen Geräten arbeiten, erhalten einen „Kartenterminal-Zuschlag“ von 35,46 €. Darauf haben sich Ende April KBV und GKV-Spitzenverband unter Vermittlung des Bundesschiedsamtes geeinigt. Anspruch haben alle Praxen, die stationäre eHealth-Kartenterminals von Ingenico nutzen und bis Ende September 2022 an die Telematikinfrastruktur (TI) angeschlossen sind.

Seit Anfang des Jahres traten Systemabstürze beim Einlesen der neuen Gesundheitskarten der Generation 2.1 vermehrt auf und führten zu teilweise gravierenden Störungen des Praxisablaufs. Als Grund für die Systemabstürze nannte die gematik, die diese Terminals zugelassen hatte, elektrostatische Entladungen, die offenbar entstehen, wenn eine neue Gesundheitskarte in das Kartenterminal „ORGA 6141 online“ gesteckt wird. Die Firma Ingenico stellt nun Kartenterminalaufsätze zum Einstecken der

Gesundheitskarten bereit, um das Problem zu beheben. Die Aufsätze für die Kartenterminals sind seit Mai verfügbar. Praxen, die einen solchen Aufsatz benötigen, wenden sich an ihren TI-Dienstleister oder direkt an Ingenico. Die Auszahlung der Pauschale erfolgt durch die KVen.

Kommentar: Es handelte sich hier um einen weiteren massiven Störfaktor bei der Implementierung der TI, die die Akzeptanz in den Praxen erneut auf eine harte Probe gestellt hat. Die verhandelte Finanzierung deckt natürlich nicht den Aufwand, der durch die fast lächerlich anmutende Banalität dieses Störfaktors in den Praxen zu leisten war. Dennoch brauchen die betroffenen Praxen diesen Aufsatz, wenn sie nicht weiter ihren MFA zumuten wollen, die elektrostatischen Entladungen mittels Radiergummi oder Rubbeln auf dem Oberschenkel abzuleiten. Letztlich musste das Bundesschiedsamt die Höhe der Pauschale festlegen.

Aufsatz für störanfällige Kartenterminals des Herstellers Ingenico

Praxisgröße	Pauschale für Aufsatz inklusive Versandkosten*
bis zu 3 Ärzte / Psychotherapeuten	35,46 €
4 bis 6 Ärzte / Psychotherapeuten	66,28 €
mehr als 6 Ärzte / Psychotherapeuten	97,10 €

*Die Auszahlung der Pauschale erfolgt durch die KVen.

BUNDESSCHIEDSAMT

Höhere Erstattungsbeträge für TI

Die Pauschalen für Kartenterminals, KIM-Dienste und weitere Anwendungen werden angehoben, außerdem werden neue Pauschalen eingeführt. Das hat das Bundesschiedsamt erklärt, nachdem der GKV-Spitzenverband die Forderung der KBV nach Anpassung der Finanzierungsvereinbarung zur Telematikinfrastruktur (TI) bezüglich marktgerechter Kostenerstattung abgelehnt hatte. Das Bundesschiedsamt hat weiterhin festgelegt, dass Praxen die Kosten

für mindestens ein weiteres stationäres Kartenterminal erstattet bekommen, um die Komfortsignatur nutzen zu können. Auch das hatten die Krankenkassen in den Verhandlungen mit der KBV abgelehnt. Bei der Komfortsignatur schaltet der Arzt mit der Eingabe seiner PIN bis zu 250 elektronische Signaturen für verschiedene Arbeitsplätze der Praxis frei. Dafür wird ein Kartenterminal benötigt, in dem der elektronische Heilberufsausweis (eHBA) den ganzen Tag



Gesundheitspolitische Nachrichten
kommentiert von

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

Anpassungen in der Finanzierungsvereinbarung zur Telematikinfrastruktur		
Pauschale	Bisherige Erstattung	Neue Erstattung
Pauschalen für Kartenterminals und Konnektoren		
Erstausstattungs pauschale (für Konnektor und stationäres Kartenterminal)		
Bis zu 3 Ärzte in der Praxis	1.549,00 €	1.661,50 €
4 bis 6 Ärzte in der Praxis	2.084,00 €	2.309,00 €
Mehr als 6 Ärzte in der Praxis	2.619,00 €	2.956,50 €
Stationäre Kartenterminals für Notfalldatenmanagement/eMedikationsplan	595,00 € pro Gerät	677,50 € pro Gerät
Zusätzliches Kartenterminal für Komfortsignatur (Anzahl der Terminals abhängig von der Praxisgröße)	keine	677,50 € pro Gerät
Austausch defekter Konnektoren	keine	wird bei Bedarf über KVen erstattet (bundesweites Budget von 4 Millionen € vereinbart)
Pauschalen für Anwendungen der TI		
Notfalldatenmanagement/eMedikationsplan: Pauschale für Konnektor-Update	380 €	530 €
Notfalldatenmanagement/eMedikationsplan: Integrationspauschale für PVS-Update	150 €	400 €
KIM/eArztbrief: Einrichtungspauschale	100 €	200 €
ePatientenakte: Integrationspauschale für PVS-Update	150 €	350 €
Neue Betriebskostenpauschalen für:		
_Notfalldatenmanagement	keine	5,25 € je Quartal
_eMedikationsplan		7,50 € je Quartal
_ePatientenakte		23,25 € je Quartal

steckt und das – um Missbrauch zu vermeiden – an einem gesicherten Platz steht. Die Zahl der Kartenterminals, die für die Komfortsignatur finanziert werden, ist dabei abhängig von der Praxisgröße, da ein Gerät über zwei Steckplätze für eHBA verfügt. Erhöhungen wird es zudem bei verschiedenen Pauschalen für Anwendungen der TI geben. So erhalten Praxen für die Einrichtung von KIM nun 200 € statt bislang 100 €. Der Dienst wird unter anderem für die elektronische Übermittlung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und Arztbriefen benötigt. Auch bei den Rückvergütungen der Betriebskosten konnte die KBV Anpassungen für den Notfalldatensatz, den elektronischen Medikationsplan und die elektronischen Patientenakte erreichen. Die Forderung nach einer Sonderpauschale für TI-Ausgaben, die den Praxen in der Vergangenheit nicht erstattet wurden, lehnte das Bundesschiedsamt ab. Zudem bleibt es dabei, dass die Fallzahl der Jahre 2016 und 2017 einer Betriebsstätte maßgeblich dafür ist, wie viele Kartenterminals eine Praxis für das Notfalldatenmanagement und den elektronischen Medikationsplan zusätzlich bezahlt bekommt. Die Forderung der KBV, aktuellere Fallzahlen heranzuziehen, wurde abgelehnt.

Kommentar: Die zum Teil deutliche Anhebung der Pauschalen zeigt, wie notwendig die Verhandlungen waren und welche Kosten die Praxen bisher (unfreiwillig) getragen haben.

Aus den Verbänden

Zukunftsorientierte Interessenvertretung

Drei starke Berufsverbände in Neurologie und Psychiatrie

BVDN, BDN und BVDP setzen sich für die medizinischen, gesellschaftlichen, unternehmerischen, juristischen und ökonomischen Interessen der neurologisch und psychiatrisch tätigen Ärzte ein. Eines der Hauptziele ist es, die flächendeckende ambulante und stationäre Versorgung der Patienten sowie die kontinuierliche Verbesserung einer patientenorientierten Berufsausübung in Neurologie und Psychiatrie zu stärken.

Für die Interessen der vertragsärztlich tätigen Neurologen, Psychiater und Nervenärzte treten drei Berufsverbände ein. Der Berufsverband der Deutschen Nervenärzte (BVDN) ist der derzeit größte dieser drei Verbände. Der Facharztdifferenzierung folgend, wurden vor mittlerweile 22 Jahren der

Berufsverband der Neurologen (BDN) und der Berufsverband der Deutschen Psychiater (BVDP) gegründet. Die Entscheidung zur Gründung weiterer Verbände war zukunftsweisend. Heute stellen wir im Gespräch mit jungen Kolleginnen und Kollegen fest, dass diese sich meist in einer „reinen“ Neurologie- oder

Psychiatrie-Umgebung bewegen und die bis in die 1990er-Jahre diesbezüglich gelebte Einheit im „Nervenarzt“ als ungewöhnlich empfinden. Ihre Anwerbung für eine Mitgliedschaft im BVDN wird mithin immer schwieriger, weil der Begriff „Nervenarzt“ kein Identifikationsfaktor mehr ist. Anders stellt sich das bei



Durch ihre Vernetzung können sich BVDN, BDN und BVDP optimal für die flächendeckende ambulante und stationäre Versorgung der Patienten sowie die Verbesserung der Berufsausübung in Neurologie und Psychiatrie einsetzen.

der Mitgliedergewinnung für den Neurologen- und den Psychiater-Verband dar. Schon in der Verbandsbezeichnung wird deutlich, wer vertreten wird und wir haben dann keine Mühe, die Zuordnung plausibel zu machen. So sank die Zahl der Mitglieder im BVDN im Zeitraum von 2011 bis 2021 auch um 22 %, während sich BDN und BVDP über einen Zuwachs von 36 % beziehungsweise 58 % freuen konnten (Abb. 1).

Neurologie und Psychiatrie in der vertragsärztlichen Versorgung

Die Bedarfsplanung für unsere Fachgebiete erfolgt noch unter der Überschrift „Nervenheilkunde“. Dazu gehören unter anderem die Fachärzte für Nervenheilkunde, jene für Neurologie und auch die für Psychiatrie und Psychotherapie. Gerade in den ländlichen Regionen spüren wir, wie wichtig die Versorgung aus beiden Fachgebieten gleichermaßen ist. Die große Nähe der beiden Fächer bildet sich nicht zuletzt im Erhalt des Komplementärjahres ab, das in beiden Facharztweiterbildungen weiterhin vorgesehen ist.

In den letzten Jahren hat sich bereits ein Generationswechsel in den Praxen abgezeichnet. Gelegentlich wird eine Praxis mit einem „Doppelfacharzt“ (Facharzt für Nervenheilkunde *oder* Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie *oder* Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, in letzterem Fall also mit zwei Facharztbezeichnungen) nachbesetzt.

Die „doppelfachärztliche“ Versorgung haben auch die Experten des G-BA bei der Überarbeitung der Bedarfsplanungsrichtlinie als bedeutsam erachtet und erstmals eine Quotenregelung zur Nachbesetzung eingeführt: 25 % der Vertragsarztsitze der Bedarfsplanungsgruppe der Nervenärzte in einer Region sollen durch Fachärzte für Nervenheilkunde oder Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie besetzt werden. Dabei gelten diejenigen, die beide Facharztprüfungen (für Neurologie und für Psychiatrie/Psychotherapie) abgelegt haben, als

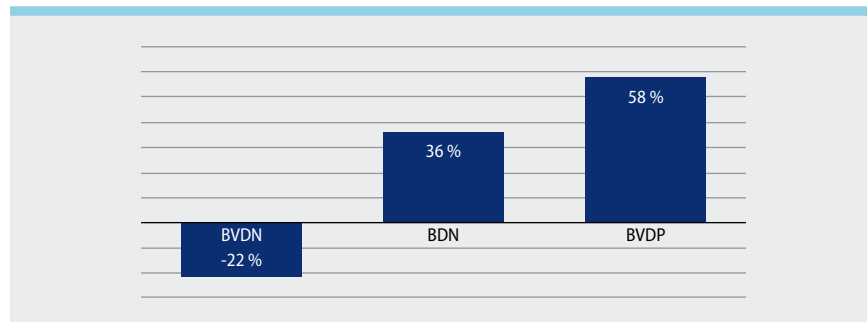


Abb. 1: Entwicklung der Mitgliederzahlen der Berufsverbände von 2011 bis 2021

„Doppelfachärzte“. Die verbleibenden Kassenarztsitze sollen hälftig durch Neurologen und Psychiater besetzt sein [1].

Wir haben in den vergangenen 20 Jahren einen Wandel in der Facharztlandschaft unserer Fächer erlebt, der sich in den kommenden Jahren beschleunigen wird. Ob in allen Regionen Deutschlands die Besetzung der Vertragsarztsitze langfristig wie in der Bedarfsplanungsrichtlinie festgelegt mit „Doppelfachärzten“ gelingen wird, muss bezweifelt werden, denn nur wenige muten sich zwei Facharztweiterbildungen mit entsprechenden Prüfungen zu. Wir lernen aber junge und motivierte Kolleginnen und Kollegen kennen, die sich mit Enthusiasmus und Neugier den Fachgebieten Neurologie und Psychiatrie nähern sowie eine fundierte Weiterbildung genießen. Teilweise sind sie in ihrer Weiterbildung bereits in Vertragsarztpraxen beschäftigt und entscheiden sich letztlich für die Tätigkeit in einer dieser Niederlassungen. Sie wollen durch einen Berufsverband vertreten werden, der die eigene Facharztbezeichnung bereits im Namen trägt. Bei Eintritt in den Berufsverband sind sie mit der Wahlmöglichkeit aus drei Verbänden und deren Kombinationen mitunter überfordert und setzen das Kreuz oft ausschließlich beim BDN oder BVDP. Wir erklären dann immer wieder geduldig die Historie der einzelnen Verbände und deren Arbeitsstrukturen.

BVDN – Berufsverband Deutscher Nervenärzte

Der BVDN ist in 17 Landesverbänden und im gemeinsamen Bundesverband organisiert. Der Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V. ist die berufspolitische Vertretung der niedergelassenen Nervenärzte, Neurologen und Psychiater/Psychotherapeuten in Deutschland. Der BVDN engagiert sich nachhaltig für die qualifizierte ambulante neuro-psychiatrische Patientenversorgung durch niedergelassene Fachärzte sowie für die Umsetzung wirtschaftlicher und politischer Interessen und die fachliche Fortbildung seiner Mitglieder.

In allen 16 Bundesländern haben sich eigene Landesverbände gegründet und entsprechend der Anzahl des LandeskVen gibt es 17 BVDN-Landesverbände. Der Facharzt-demografie folgend übernehmen mehr und mehr Fachärzte für Neurologie oder Fachärzte für Psychiatrie/Psychotherapie die Verantwortung in den Landesverbänden. Im BVDN-Bund wurde bereits vor einigen Jahren die Regelung getroffen, den Vorsitz mit zwei Personen so zu besetzen, dass beide Fachbereiche repräsentiert sind. Das macht mittlerweile Schule und wurde in einigen Landesverbänden analog umgesetzt. Damit bleibt die berufspolitische Vertretung in den Ländern insgesamt stark und die Bedürfnisse beider Fächer können folglich Berücksichtigung finden. Aus den Landesverbänden heraus werden die Aktivitäten der Selbstverwal-

tungsgremien, insbesondere der Kassenärztlichen Vereinigungen und Landesärztekammern, begleitet. So können sowohl Honorarthesen, Nachbesetzungsprobleme, spezifische Themen der intersektoralen Versorgung regional sowie die gute Qualität der Weiterbildung und vieles andere mehr mit breiter fachärztlicher Basis vertreten werden.

Delegierte der Landesverbände treffen sich jeweils im Frühjahr und Herbst zu Delegiertenversammlungen. Die Frühjahrsversammlung findet seit einigen Jahren während der ZNS-Tage in Köln statt. Im Herbst wird eine Zusammenkunft mit wechselnden Orten durch die gesamte Bundesrepublik organisiert – zuletzt trafen sich die Delegierten im November 2021 in Hannover.

Die Delegierten wählen aus ihrer Mitte den BVDN-Bundesvorstand und bestimmen die inhaltlichen und wirtschaftlichen Geschicke des Bundesverbandes. Der Austausch untereinander und Informationstransport aus den Bundesländern in den Bund und umgekehrt stehen dabei im Mittelpunkt. Der BVDN hat somit eine enorme Bedeutung für die Wirkung in jedem einzelnen Bundesland und damit direkt für unsere Praxen.

BDN – Berufsverband Deutscher Neurologen

Der Berufsverband Deutscher Neurologen ist eine freie und unabhängige Interessenvertretung der gesamten Neurologie in Deutschland. Er berät und unterstützt seine Mitglieder umfassend, kümmert sich um die bestmöglichen Arbeitsbedingungen in der Neurologie und setzt sich für eine Kooperation von Einrichtungen der ambulanten und stationären neurologischen Versorgung ein. Im BDN gibt es neben den Mitgliedern aus dem vertragsärztlichen Bereich Mitglieder, die in Kliniken tätig sind. Der BDN-Vorstand besteht hälftig aus Klinikern.

BVDP – Berufsverband Deutscher Psychiater

Der Berufsverband der Deutschen Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie ist die Interessenvertretung der Kolleginnen und Kollegen, die sich für die Gesamtheit psychischer und psychosoma-

tischer Störungen verantwortlich sieht. In der fachärztlichen Versorgung steht der psychisch kranke Mensch mit der Entstehungsgeschichte seiner Erkrankung und seinem sozialen Umfeld im Mittelpunkt: Die gleiche Fürsorge und Behandlungsauffassung wie bei somatisch Erkrankten wird dabei als selbstverständlich angesehen.

Zusammenarbeit aller Verbände

Der BDN und der BVDP haben keine eigenen Landesverbände gegründet. Die Vorstände der Verbände engagieren sich entsprechend ihrer fachlichen Ausbildung in der Berufspolitik des Bundes. Auch europaweit sind beide Berufsverbände durch Vertreter in EU-Gremien engagiert. Hier wird insbesondere die Entwicklung vergleichbarer Facharztqualifikationen diskutiert. Die besondere und fachlich hochwertige deutsche Facharztversorgung durch das Vertragsarztsystem ist in Europa eine Ausnahme. In der Gesamtheit der Deutschland- und EU-weit aktiven Verbände mit durchaus divergierenden Interessen müssen wir für den Erhalt dieser Versorgungsform zusammenstehen.

Die Wurzeln der berufspolitischen Arbeit sind aber zu einem nicht unerheblichen Teil in den Landesverbänden des BVDN zu finden. Hier werden Sorgen und Bedürfnisse der Neurologen und Psychiater gesammelt und diskutiert. Mehrfach im Jahr finden eigene Versammlungen der Landesvertreter dieser beiden Berufsverbände statt. In den vergangenen zwei Jahren gab es einen regen Austausch in Zoom-Konferenzen – das thematische Arbeiten an den Arbeitsaufträgen ist während der COVID-19-Pandemie nahezu ohne Unterbrechung fortgeführt worden.

Die drei Berufsverbände BVDN, BDN und BVDP arbeiten von jeher eng zusammen. In den Bundesvorständen sind die Nachbarverbände wechselseitig vertreten. Auf den BVDN-Delegiertenversammlungen werden Themen der Schwesterverbände besprochen. Dies ist bewährte Praxis der vergangenen Jahrzehnte. Nicht zuletzt die gemeinsame Geschäftsstelle in Berlin sowie eine gemeinsame Regelung des Mitgliedsbeitrags – der Beitrag gilt für die Mitgliedschaft in allen drei Berufsverbänden –

zeugen deutlich von der engen Verschränkung der Verbände.

Die bereits beschriebene veränderte Facharzt-demografie läutete einen Wandel ein. Begann dieser langsam, nimmt er nun wellenartig Fahrt auf. Der BVDN hat sich darauf gut vorbereitet, indem er die Gründung der Schwesterverbände aktiv unterstützt und gestaltet hat. Der BDN und der BVDP wachsen und müssen fachlich und berufspolitisch immer breiter Verantwortung übernehmen. Die Vernetzung der Berufsverbände durch jeweilige Vertreter in den Vorständen sichert die enge Zusammenarbeit und den regen Austausch über gemeinsame und verwandte Themen in der berufspolitischen Arbeit im Bund. In den Landesverbänden hat sich die Zusammenarbeit der Fachvertreter in einem Verband bereits vielerorts bewährt. Gelingt die Demonstration der gemeinsamen zielgerichteten Arbeit in den Fachbereichen Neurologie und Psychiatrie, können wir junge Kolleginnen und Kollegen auch plausibel für die Mitgliedschaft im BDN und BVDP sowie deren schrittweise Verantwortungsübernahme in den BVDN-(Landes)Vorständen gewinnen. Wenn der BDN und BVDP wachsen, kann der BVDN als gemeinsame Arbeitsorganisation in Form eines Dachverbandes überleben und erstarken.

Literatur

1. Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2622/BPL-RL_2021-07-15_iK-2021-09-30.pdf

AUTORIN

Dr. med. Sabine Köhler

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

sab.koehler@web.de



Hier steht eine Anzeige.



Vertreterversammlungen der KVen

Wählen gehen und die Zukunft mitgestalten

Voraussetzung für eine bestmögliche Interessenvertretung von Neurologen, Nervenärzten und Psychiatern ist eine hohe Präsenz unserer Fachgruppe in den „Parlamenten“ – also den Vertreterversammlungen der Landes-KVen. Deshalb ist eine hohe Wahlbeteiligung von großer Bedeutung. Nur so können wir Einfluss auf die KV-Arbeit nehmen und die Zukunft aktiv mitgestalten.

In vielen Bundesländern findet noch in diesem Jahr die Wahl zur Vertreterversammlung der KV statt. In einigen Ländern gibt es eigene Listen für unsere Fachgruppen, wie zum Beispiel in Nordrhein die Liste „ZNS-Bündnis“. Jeder Nervenarzt, Neurologe oder Psychiater sollte in seinem Bundesland genau hinsehen, wer die Interessen unserer Fächer vertritt und auf die Informationen der BVDN-Landesverbände achten. Außerdem stehen Wahlen zu den Kammerversammlungen der Landesärztekammern bevor. Insbesondere in den Fachgebieten Neurologie und Psychiatrie gibt es an-

haltende Versorgungs- und/oder Abgrenzungsdiskussionen. Diesem Umstand folgend müssen wir uns als Neurologen und Psychiater, die sowohl differenzierte und spezialisierte als auch breite Basisversorgung leisten, unbedingt aktiv in Entscheidungsprozesse der ärztlichen Selbstverwaltungsorgane einbringen.

Ambulante Versorgung auch in Pandemiezeiten sichergestellt

Die Vertreterversammlung (VV) ist das höchste Entscheidungsgremium der KVen. Hier werden Weichen für die wei-

tere Gestaltung der ambulanten Versorgung gestellt. In den vergangenen zwei Jahren haben wir Vertragsärzte sowohl im haus- als auch im fachärztlichen Versorgungsbereich bewiesen, dass die medizinische Versorgung im Lebensumfeld der Patienten unter Pandemiebedingungen sicher und zuverlässig funktioniert. Durch das Engagement aller Vertragsärzte konnten Patienten in vielen Regionen und Fachbereichen durch die begrenzte Bettenbelegung in Kliniken auch fast ausschließlich ambulant behandelt werden. Klinikaufnahmen konnten – wo immer möglich – vermie-



Gehen Sie bitte wählen, damit die Belange der ZNS-Fächer in den Gremien gut vertreten werden können.

den werden und damit wurden viele Patienten vor einer COVID-19-Infektion geschützt. Die vertragsärztliche Versorgung hat gerade in dieser Sonder- und Krisensituation Stärke bewiesen! Sehen wir in unsere Nachbarländer, findet vor allem fachärztliche Behandlung dort zu meist in Klinikambulanzen statt. Diese klinikzentrierte Versorgungsform mit dem Nebeneinandersitzen von Patienten mit COVID-19 und Nichtinfizierten sowie entsprechender Ansteckungsgefahr gehört in Deutschland nicht zum medizinischen Versorgungsalltag. Vielmehr besteht die Möglichkeit der individuellen Planung von Praxisabläufen durch dezentral organisierte vertragsärztliche Versorgung.

Patientenzentrierte ambulante Versorgung stärken

Wir wollen diese wichtige und zukunftsweisende Versorgung insbesondere in den Fachbereichen Neurologie und Psychiatrie aktiv weiterentwickeln. Dafür nehmen wir die im Koalitionsvertrag der Bundesregierung ausgelobte Zielsetzung der „Ambulantisierung“ der Medizin in Deutschland ernst und zeigen durch bereits in den vergangenen Jahren vorangebrachte Vernetzungsprojekte, dass wir teambasiert und multiprofessionell, patientenzentriert und in hoher Qualität Versorgung entwickeln können. Bei der Umsetzung speziell der KSV-Richtlinie des G-BA zur vernetzten Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen fordern wir eine auskömmliche Finanzierung der neuen Leistungen, um diesen im gesamten Versorgungssystem ressourcensparenden Fortschritt flächendeckend umsetzbar zu machen. Dafür müssen Mittel aus bisher stationärer in die vertragsärztliche Versorgung überführt werden. Nur so kann sich der ambulante Bereich mit diesem intensivierten Ansatz für eine leitliniengerechte Behandlung vieler Krankheitsbilder in kurzer Zeit zukunftsreicher aufstellen. Diese besondere Versorgungsform wurde für Patienten mit psychischen Erkrankungen geschaffen und wird Beispiel für viele Fachbereiche sein. Das allein ist ein Grund, warum sich Neurologen und Psychiater im Chor der Fachärzte der KV-VV federführend engagieren sollten.

Mehr Neurologen und Psychiater in die KV-Gremien

Geben in der Bundesberufspolitik die Spitzenverbände SpiFa und SpiZ den Ton an, kommt es in der Landes-KV eher auf die Zwischentöne an. Insbesondere bei der Umsetzung der Bundesvorgaben zur Honorierung unserer vertragsärztlichen Leistungen besteht im Land erheblicher Gestaltungsspielraum. Dieser wird nach Beschlüssen der KV-VV genutzt und deswegen ist die Demonstration unserer Versorgungsleistung durch aktive Mitarbeit in diesen Gremien der KVen von enormer Bedeutung:

- Vertreterversammlung, in einigen KVen auch Kammerversammlung genannt,

»Bilden Sie eigene Wahllisten oder engagieren Sie sich zusammen mit Kolleginnen und Kollegen verwandter Fachrichtungen für die Präsenz unserer Themen in der ärztlichen Selbstverwaltung!«

- beratende Fachausschüsse – diese gibt es in jeder KV für Fachärzte, für Hausärzte, für Psychotherapie und für Angestellte Ärzte,
- verschiedene Ausschüsse, zum Beispiel Satzungs- oder Haushaltsausschuss,
- Zulassungsausschüsse für Ärzte und für Psychotherapeuten.

Sowohl die Optimierung der Patientenversorgung als auch das Erreichen ausreichender Vergütung sind für uns zentrale Themen. Durch konsequente bundespolitische Präsenz konnten wir in den vergangenen Jahren eine Verbesserung der Vergütungssituation in unseren Fachgruppen erreichen. Insbesondere die höhere Honorierung der Gesprächsleistung ist hier zu nennen – davon haben nicht nur die Psychiater, sondern auch Neurologen und Nervenärzte profitiert. Wir sehen in allen Bundesländern einen Honorarzuwachs. Damit das auch so bleibt, müssen wir im Bund, aber auch in den Selbstverwaltungsorganen der Länder präsent sein und bleiben.

Präsenz in den Landesärztekammern erhöhen

Für die bevorstehenden Kammerwahlen gilt es sich zu engagieren. Denn es ist

wichtig, dass wir in den Landesärztekammern neben den Klinikvertretern präsent sind. Gleichzeitig bringen wir uns als starke Vertreter einer fachärztlichen Versorgung im Bereich Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie beziehungsweise Psychosomatische Medizin und Psychotherapie als kompetente Ansprechpartner auch für den Bereich Psychotherapie ein. Dieser ist ein Teilversorgungsbereich der Medizin, stehen wir doch nicht selten in Verteilungskämpfen mit den Psychotherapeutenkammern. Unsere fachärztliche Expertise ist erforderlich, um diesen wichtigen und aktuell wachsenden Versorgungsbedarf klug, integrierend und zusammen mit den Klinikversorgern

weiterzuentwickeln. Gremien der Landesärztekammern sind:

- Kammerversammlung,
- Ausschüsse, wie zum Beispiel der Weiterbildungsausschuss.

Zentrales Thema der Ärztekammern war in den vergangenen Jahren die Entwicklung und Umsetzung der neuen Weiterbildungsordnungen (WBO). Durch die neue WBO in allen Fachbereichen eröffnen sich vielfältige Möglichkeiten der Weiterbildung auch in unseren Vertragsarztpraxen. Erfahren junge Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung die erfüllende Tätigkeit in der Vertragsarztpraxis und eröffnen sich durch Ambulantisierungswillen intensivierte und moderne Versorgungsformen, sichern wir die Versorgung für unsere Patienten wohnortnah und im Lebensumfeld – und gleichzeitig unseren fachärztlichen Nachwuchs in den Praxen. Für die Präsentation und die Umsetzung der modular aufgebauten WBO müssen die Grundgedanken der Erneuerung der Muster-WBO – Ermöglichung breiter vertragsärztlicher Weiterbildung und Umsetzung der Weiterbildungsverbünde – konsequent angewendet werden.

Viele Krankheitsbilder auch in der Neurologie und Psychiatrie werden fast

ausschließlich im Vertragsarztsektor behandelt. Darauf muss die jung Generation vorbereitet werden und sollte diesen Versorgungsbereich deshalb unbedingt kennenlernen.

Für die Umsetzung der WBO sind die Weiterbildungsmöglichkeiten bedeutsam. In vielen Landesärztekammern gibt es eigene Weiterbildungsmöglichkeitenausschüsse, die aus den entsprechenden Fachkollegien bestehen. In diesen Gremien sollten Vertragsärzte in gleicher Anzahl wie Kliniker vertreten sein.

Ihre aktive Mitgestaltung ist gefragt

Ärztliche Selbstverwaltung braucht das Engagement des Einzelnen. Kolleginnen und Kollegen aus unseren Berufsgruppen sind aufgerufen, sich für die Zukunft ihrer Fachgruppe und ihres Faches einzusetzen. Deswegen: Bilden Sie eigene Wahllisten oder schließen Sie sich für die Präsenz unserer Themen in der ärzt-

lichen Selbstverwaltung mit Kollegen verwandter Fachrichtungen zusammen!

Dabei können verschiedene Szenarien zum Ziel führen:

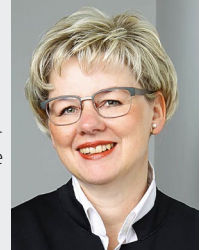
- eigene Facharztliste, beispielsweise der ZNS-Fächer,
- gemeinsame Facharztliste von Neurologen, Psychiatern, Nervenärzten, Psychosomatikern, Kinder- und Jugendpsychiatern,
- gemeinsame Facharztliste aller Fächer,
- Kandidatur auf Kreisstellen- oder Regionallisten,
- Formulierung von Wahlzielen und Präsentation für die potenziellen Wähler durch geeignete Instrumente,
- Wahlwerbung zentral in der KV-Presse und/oder Presseorganen der Landesärztekammern,
- Wahlwerbung über den BVDN-Landesverband per Mail, Fax, Brief und Flyer.
- Sprechen Sie mit möglichst vielen Kolleginnen und Kollegen – auch anderer Fachrichtungen.

Wir brauchen Neurologen und Psychiater für eine starke vertragsärztliche Versorgung in Deutschland!

AUTOREN

Dr. med. Sabine Köhler

Vorsitzende des BVDN
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
Dornburger Straße 17
07743 Jena
sab.koehler@web.de



Dr. med. Egbert Wienforth

Vorstandsvorsitzender des BVDN Nordrhein
Ständiges Mitglied des Beschwerdeausschusses der KV Nordrhein
Mitglied im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie der KV Nordrhein
Facharzt für Psychiatrie

Hier steht eine Anzeige.

Positionspapier der DGPPN

Cannabis-Legalisierung: Prävention und Jugendschutz sind nicht verhandelbar

Die neue Regierung hat im Koalitionsvertrag eine kontrollierte Abgabe von Cannabis (Cannabis-Legalisierung) geplant. Diese politische Entscheidung muss aus Sicht der DGPPN eng medizinisch-wissenschaftlich beraten und begleitet werden, um die Gesundheitsrisiken zu minimieren und einer Zunahme des Cannabiskonsums entgegenzuwirken. Hierbei sind die Prävention, die Sicherstellung des Jugendschutzes, die Ausweitung von Maßnahmen zur Früherkennung und Frühintervention bei psychischen Erkrankungen sowie eine wissenschaftliche Begleitforschung zwingend geboten.

Cannabis ist die am weitesten verbreitete illegale Droge in Deutschland. Vier von zehn jungen Erwachsenen (15–24 Jahre) haben bereits Cannabis konsumiert – Tendenz steigend. In den meisten europäischen Ländern hat der Cannabiskonsum in den letzten Jahren zugenommen. Diese Entwicklung hängt von verschiedenen Faktoren ab. Die Rolle einer regulierten Freigabe von Cannabis ist nicht klar; dennoch liefern aktuelle Forschungsergebnisse Hinweise darauf, dass eine Cannabis-Legalisierung die Zahl der regelmäßigen Konsumenten und in der Folge die Zahl der Menschen erhöhen kann, die cannabisbezogene Störungen und Folgeerkrankungen entwickeln. Vor diesem Hintergrund muss sichergestellt werden, dass die kontrollierte Abgabe von Cannabis nicht zu mehr konsumierenden, abhängigen und psychisch erkrankten Menschen führt und Kinder und Jugendliche effizient über die Risiken des Cannabiskonsums aufgeklärt und vor den negativen Folgen geschützt werden.

Aus suchtmmedizinisch-psychiatrischer Sicht sind die folgenden Ansprüche an eine kontrollierte Abgabe von Cannabis zu stellen:

1. Verhaltensprävention

Problematischem Cannabiskonsum soll durch strukturelle Maßnahmen, die sich in der Tabak- und Alkoholkontrolle als wirksam erwiesen haben, vorgebeugt wer-

den. Da die Umsetzung präventiver Strategien in Deutschland im internationalen Vergleich jedoch hinterherhinkt, sollen auch innovative Ansätze entwickelt, evaluiert und implementiert werden. Dies betrifft generelle und zielgruppenspezifische sowie kultursensible Präventionsangebote wie

- zielgruppenspezifische Angebote für junge Erwachsene, Menschen mit psychischen Erkrankungen, vorbestehenden Suchterkrankungen oder familiärem Risiko für psychische Störungen,
- spezifische Präventionsangebote zur Vermeidung einer Teilnahme am Stra-

ßenverkehr nach Konsum mit Aufklärungen über Art und Dauer der eingeschränkten Fahrtüchtigkeit,

- Entwicklung schulischer Präventionsprogramme.

2. Verhältnisprävention

Die Hirnreifung ist – mit großen individuellen Unterschieden – erst in der Mitte der dritten Lebensdekade abgeschlossen. körpereigene Cannabinoide (Endocannabinoide) und Cannabisrezeptoren sind essenziell in diesen Prozess involviert. Aufgrund übereinstimmender klinischer Befunde zu erhöhtem

Executive Summary

Aufgrund der hohen Gesundheitsrisiken darf eine kontrollierte Abgabe von Cannabis nicht zu mehr konsumierenden, abhängigen und psychisch erkrankten Menschen führen. Die wichtigsten Maßnahmen betreffen daher Prävention, Jugendschutz, spezifische Beratungs- und Behandlungsangebote, Begleitforschung und Finanzierung.

Prävention: Sowohl spezifische verhaltens- als auch verhältnispräventive Maßnahmen müssen zum Tragen kommen.

Jugendschutz: Um einen schädlichen Einfluss auf die Hirnreifung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu vermindern, soll die Altersgrenze des Zugangs nicht unter 21 Jahren liegen.

Beratung und Behandlung: Der Ausbau niedrigschwelliger und flächendeckender Beratungs- und Behandlungsangebote muss vorangetrieben werden.

Begleitforschung: Die Auswirkungen und Marktentwicklungen der kontrollierten Cannabisfreigabe müssen intensiv beforscht werden.

Finanzierung: Es ist sicherzustellen, dass die Einnahmen aus dem Cannabisverkauf vollständig zur Förderung von Prävention und Jugendschutz sowie zur Suchtversorgung und -forschung verwendet werden.

Hier steht eine Anzeige.



BVDP: Positionspapier in die Patientenberatung einbringen

Der Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP) empfiehlt seinen Mitgliedern das Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) ausdrücklich und regt an, die Inhalte in die Beratung der Patientinnen und Patienten einzubeziehen beziehungsweise diesen die Stellungnahme zugänglich zu machen. Von Substanzabhängigkeit, kognitiven Beeinträchtigungen und affektiven Störungen über Psychosen bis hin zu erhöhter Suizidalität – intensiver Cannabiskonsum birgt erwiesenermaßen schwerwiegende Gesundheitsrisiken.

Ein Blick in Länder, in denen eine Legalisierung von Cannabis erfolgt ist, zeigt, dass sich die Zahl der regelmäßigen Konsumenten und in der Folge die Zahl der Menschen erhöhen kann, die cannabisbezogene Störungen und Folgeerkrankungen entwickeln. Die größten gesundheitlichen Risiken bestehen vor allem bei einem intensiven und langjährigen Konsum sowie einem Konsumbeginn im Jugendalter. Etwa 10 % aller Cannabiskonsumanten entwickeln über die Lebenszeit eine Abhängigkeit. Aus unserer Sicht muss eine kontrollierte Abgabe daher eng medizinisch-wissenschaftlich begleitet werden. Jedoch wäre eine verbesserte Versorgung von Menschen mit chronischen Schmerzen durch medizinisches Cannabis ohne das restriktive Antragsverfahren, wie es derzeit erforderlich ist, ausdrücklich zu begrüßen.

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach

Psychoserisiko und veränderter Reifung der Neuronen und der Myelinisierung bei frühem Cannabiskonsum, zum Beispiel in der Adoleszenz und im jungen Erwachsenenalter in klinischen und experimentellen Studien, soll Cannabis vor dem Abschluss der Ausreifung des Gehirns nicht konsumiert werden.

Eine Altersgrenze über das 18. Lebensjahr hinaus erscheint auch sinnvoll, da in den letzten Jahren epigenetische Effekte von THC und anderen Cannabinoiden in der Adoleszenz fortdauernd bis in das Erwachsenenalter gefunden werden konnten. Epigenetische Effekte nach Konsum von THC in der Adoleszenz können zu einer Hirnreifungsstörung mit Auswirkungen auf kognitive Leistungen und zu einem erhöhten Risiko für die Entwicklung von psychischen Erkrankungen führen sowie auf das Immunsystem wirken.

Aus psychiatrischer und neurobiologischer Sicht und nach gegenwärtigem Stand des Wissens soll die Altersgrenze des Zugangs nicht unter 21 Jahren liegen. Eine derartige Altersbegrenzung schließt über Cannabisrezeptoren vermittelte Folgeschäden auf das ausgereifte Gehirn jedoch nicht vollständig aus.

Eine Weitergabe von THC-Produkten, auch wenn sie legal erworben wurden, besonders an Personen unterhalb der Mindestaltersgrenze ist unter Strafe zu stellen. Des Weiteren sollen neue und verbesserte Maßnahmen des Kinder-

und Jugendschutzes im Bereich von Cannabis, aber auch von Tabak und Alkohol entwickelt, angewendet und evaluiert werden.

Neben der direkten Zugangskontrolle über Altersbegrenzung sind weitere verhältnispräventive Maßnahmen erforderlich:

- Verbot des Verkaufs von nach gegenwärtigem Stand sicher gefährlichen Zubereitungen von Cannabisdarreichungen mit
 - a. hohem THC-Gehalt (z. B. > 10 %) und niedrigem CBD-Gehalt, da diese ein besonders hohes Psychose-Induktions-Risiko tragen (zu diesem Aspekt muss jedoch eine weitergehende Forschung sowohl zu den Wirkungen von verschiedenen Konzentrationen von THC erfolgen als auch bezüglich der Wirkungen der verschiedenen zusätzlichen, mehr als 140 Cannabinoiden in Cannabis),
 - b. schlecht abschätzbarer Resorption (z. B. in THC-haltigen Lebensmitteln);
- Begrenzung der Öffnungszeiten und der Anzahl der Verkaufsstellen mit Kontrolle des Alters der Einkaufenden bei der Abgabe und verbindlichem Hinweis auf Beratungsangebote;
- kontrollierbare Mengenbegrenzung beim Verkauf ausschließlich für den Eigenbedarf (passend zu einem nicht täglichen Konsum);

- direktes und indirektes Werbeverbot;
- werbefreie Verpackungen mit Hinweisen zu den Risiken und Angabe des THC- und CBD-Gehalts sowie mit Telefonnummer eines Beratungsangebots und Warnhinweisen (analog Tabakverpackungen);
- Gestaltung des Preisniveaus unter Beachtung der Auswirkungen auf Nachfrage und Wettbewerb mit illegalem Markt.

3. Begrenzung der Verfügbarkeit

Zur Vermeidung lokaler Häufungen von Abgabestellen müssen, bezogen auf Einwohnerzahl und Infrastruktur, Regularien definiert werden, nach denen Kommunen entscheiden können. Auch die Option keine Cannabisverkaufsstelle einzurichten, muss möglich sein.

4. Ausbau spezifischer Beratungs-/ Behandlungsangebote

Zum Ausbau und zur Etablierung, niedrighelligiger, kultursensibler und flächendeckender (u. a. online) Beratungsangebote wird eine umfassende finanzielle Unterstützung notwendig sein.

5. Begleitforschung zu den Auswirkungen der Legalisierung von Cannabis

Eine umfassende Begleitforschung und Marktbeobachtungen sind insbesondere zu folgenden Aspekten geboten:

- Zusammenhang zwischen Liberalisierung des Zugangs zu Cannabis und der möglichen Erhöhung der Konsum- und Missbrauchsprävalenz,
- Marktbeobachtung (Verfügbarkeit illegaler Quellen, Veränderung des illegalen Angebots),
- Veränderung des Konsumverhaltens in unterschiedlichen Gruppen,
- Entwicklung des quantitativen Gehalts von THC und Cannabidiol und gegebenenfalls anderer Cannabinoide der verkauften Produkte,
- Entwicklung der Behandlungszahlen im Suchthilfesystem, aber auch zum Beispiel in den Notaufnahmen wegen akuter Nebenwirkungen,
- Veränderung bei den (erst-)auffälligen Konsumenten im Straßenverkehr.

Vor dem Hintergrund der geplanten kontrollierten Freigabe von Cannabis fordert die DGPPN erneut die Etab-

lierung und ausreichende finanzielle Ausstattung systematischer Forschungsprogramme in den genannten Bereichen. Die Begleitforschung soll zeitnah starten, möglichst bereits vor der Verabschiedung des Gesetzes. Nur so können Veränderungen durch die neue Gesetzgebung zuverlässig erfasst werden.

An dieser Stelle wird darauf hingewiesen, dass bereits in der DGPPN-Stellungnahme von 2016 zur Legalisierung des nicht medizinischen Konsums mehr Forschung zu den Risikofaktoren für die verschiedenen psychopathologischen Wirkungen von Cannabis und zu deren Behandlung in Deutschland gefordert wurde; ferner wissenschaftliche Analysen besonders der kassenärztlichen sowie auch der rehabilitativen Versorgung bezüglich Prävalenz, Verlauf und Kosten cannabisbezogener Störungen in Deutschland sowie die Erforschung und Anwendung präventiver Maßnahmen. Hintergrund war, dass bereits damals die Konsum- und die Behandlungszahlen cannabisbezogener Störungen in Rehabilitationseinrichtungen angestiegen waren. Bisher gibt es aber keine spezifischen finanziellen Unterstützungsprogramme für derartige Forschungsvorhaben, sodass diese gar nicht oder nur rudimentär in Deutschland durchgeführt werden.

Finanzierung

Es ist sicherzustellen, dass die Einnahmen aus dem Cannabisverkauf vollständig zur Förderung von Prävention und Jugendschutz sowie zur Suchtversorgung und -forschung verwendet werden.

Literatur unter: <https://www.dgppn.de/schwerpunkte/aktuelle-positionen-1/aktuelle-positionen-2022/positionspapier-cannabislegalisierung.html>

Prof. Dr. med. Norbert Wodarz, Regensburg

PD Dr. rer. nat. Eva Hoch, München

Prof. Dr. med. Martin Driessen, Bielefeld

Prof. Dr. med. Euphrosyne

Gouzoulis-Mayfrank, Köln

Prof. Dr. med. Anil Batra, Tübingen

Prof. Dr. med. Falk Kiefer, Mannheim

Prof. Dr. med. Dr. phil. Andreas Heinz, Berlin

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Ursula

Havemann-Reinecke, Göttingen

Buch-Tipp!

Machtverfall



Robin Alexander
Machtverfall

Merkels Ende und das Drama der deutschen Politik: Ein Report

384 Seiten, Siedler Verlag, 4. Edition, 2021, ISBN-13: 978-3827501417, 22,00 €

Wer hätte sich im Jahr 2019 vorstellen können, dass Deutschland mit so vielen Umbrüchen und Krisen in die 2020er-Jahre starten würde. 16 Jahre „Merkel“ waren nicht nur eine Abfolge von Regierungsjahren, vielmehr hat die Bundeskanzlerin Angela Merkel eine ganz Generation bewusst oder unbewusst geprägt.

Das Buch „Machtverfall – Merkels Ende und das Drama der deutschen Politik: Ein Report“ von Robin Alexander beschreibt dezidiert das Ende der Ära Merkel, vom Beginn im Jahr 2018 (Rückzug von Angela Merkel vom CDU-Vorsitz) bis zur chaotischen Nominierung von Armin Laschet zum Kanzlerkandidaten von CDU/CSU im Jahr 2021.

Das Buch präsentiert korrekt und leicht verständlich die zeitlichen Abfolgen der vielen historischen Ereignisse dieser Zeit. Dem Leser wird dadurch klar, in welcher Gegenwart wir aktuell leben. Oft ist man fast irritiert, dass dieses Buch nur drei Jahre beschreibt und nicht zwei Jahrzehnte.

Doch allein diese Nacherzählung würde das Buch nicht so besonders machen. Der Autor, Robin Alexander, erweckt das Buch zum Leben. Der stellvertretende Chefredakteur DER WELT ist einer der am besten vernetzten Journalisten in der deutschen Politik. Der Leser erfährt in jedem Kapitel intime Details und Anekdoten aus der Politikszene. So berichtet Alexander, wie der damalige CDU-Generalsekretär Paul Ziemiak (gebürtiger Pole und gläubiger Katholik) den Vorsitzenden der polnischen PIS-Partei an einem Sonntag nach dem Besuch der Heiligen Messe überzeugen kann, Ursula von der Leyen bei der Wahl als EU-Kommissionspräsidentin zu unterstützen.

Das Buch ist voll mit solchen kleinen Anekdoten, die so noch nie in den Medien zu lesen waren. So wird aus einem politischen Sachbuch ein spannender Politik-Thriller zum Verschlingen. Das Buch ist uneingeschränkt zu empfehlen.

Bernhard Michatz, Rechtsanwalt,
Berlin

Investorengetragene MVZ

Droht ein Monopol in der ambulanten Versorgung?

Der Anteil von MVZ in der ambulanten Versorgung steigt seit Jahren stetig an. Droht hier irgendwann eine Monopolstruktur, zumal vielerorts investorengetragene MVZ aus dem Boden sprießen? Ein vom Berliner IGES-Institut erstelltes Gutachten gibt interessante Einblicke und entkräftet manches Pauschalurteil.

Seit Einführung des GKV-Modernisierungsgesetzes, das zum 1. Januar 2004 in Kraft getreten ist, sind Medizinische Versorgungszentren (MVZ) auf dem Vormarsch. Sie leisten einen stetig wachsenden Beitrag in der Versorgung und werden vielerorts durchaus kritisch beäugt. Seit dem Jahr 2015 sind mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz beziehungsweise dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz auch fachgleiche MVZ möglich. Viele Krankenhäuser haben seitdem MVZ gegründet – mit der Folge, dass im Jahr 2019 die Gründungsbeurteilung von Kliniken auf 10 % begrenzt wurde.

Im Jahr 2020 wurde in einem vom Bundesgesundheitsministerium veröf-

fentlichten Rechtsgutachten festgehalten, dass noch keine ausreichenden empirischen Belege zur Versorgungsqualität zwischen den verschiedenen Versorgungsträgern vorlägen.

In Bayern besteht eine sehr liberale Auslegung der Gesetze, die zur Folge hat, dass dort besonders viele und besonders große MVZ existieren. Der Vorstand der KV Bayern (KVB) weist deshalb immer wieder auf die Risiken und Gefahren investorbetriebener Zentren hin und präsentierte im April 2022 ein Gutachten zu diesem Thema [1].

Dieses 341 Seiten und 303 Tabellen umfassende Gutachten wurde von Thorsten Tisch und Hans-Dieter Nolting vom Berliner IGES-Institut erstellt. Ba-

sis des Gutachtens waren stolze 178 Millionen ambulante Abrechnungsfälle von knapp zwölf Millionen Patienten in den Jahren 2018 und 2019.

Private-Equity-MVZ im Fokus

Spezielles Augenmerk lag dabei auf MVZ im Eigentum von Finanzinvestoren, bezeichnet als „iMVZ“ oder Private-Equity-MVZ (PEG-MVZ), die bereits fast 10 % der bayerischen MVZ ausmachen. Die Mehrzahl befindet sich in vertragsärztlicher Trägerschaft oder gehört zu einem Krankenhaus.

Sieben Fachgruppen, unter anderem auch unser Fachgebiet (im Gutachten als „NNP“ – Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie – bezeichnet), sowie Innere Medizin, Orthopädie und Unfallchirurgie, Augenheilkunde, Gynäkologie und Urologie standen über die acht Quartale der Jahre 2018 und 2019 auf dem Prüfstand. Zentrale Fragestellung war dabei, inwiefern sich PEG-MVZ von BAG (mit und ohne MVZ) bezüglich Versorgungs- und Leistungsgeschehen unterscheiden.

Hauptergebnis war, dass MVZ im Jahr 2019 bereits 8,9 % der ambulanten Versorgung übernommen hatten, wohingegen der Versorgungsanteil von Einzelpraxen und BAG leicht gesunken ist; in unserem Fachgebiet haben jedoch BAG leicht und MVZ deutlicher zugelegt.

Die Gesamtzahl der Hauptbetriebsstätten und Arztpraxisstandorte hat abgenommen und beträgt nun 16.235 beziehungsweise 18.370. Mehr als die Hälfte der Standorte von MVZ befinden sich in Trägerschaft eines Vertragsarztes, zu 22 % sind es Krankenhäuser. Die Zahl der PEG-MVZ ist von 54 auf 93 gestie-

Tab. 1: Honorarvolumen im MVZ im Vergleich zur Einzelpraxis

Trägerschaft	Fachrichtung							Gesamt
	HA	IN	NNP	OC	AUG	GYN	UR	
VA	1,010	1,144	0,965	1,174	1,205	1,230	1,000	1,126
P-KH	1,034	1,159	0,954	0,741	0,906	1,112	0,836	0,916
KH	1,029	0,971	0,845	0,812	1,255	1,080	0,851	0,922
P-Sonstige	0,905	1,271	–	k. A.	1,066	k. A.	k. A.	1,062
Mischform	1,063	1,150	1,017	0,744	1,244	1,284	0,966	1,066
Sonstige	0,911	k. A.	k. A.	0,790	k. A.	0,918	–	0,869
Gesamt	1,004	1,105	0,933	0,992	1,158	1,166	0,909	1,057
Davon PEG	–	–	–	–	–	–	–	1,104

Mittelwert der O/E-Ratio des Honorarvolumens der Arztgruppenfälle von MVZ nach der Fachrichtung und der Trägerschaft des MVZ. Ein O/E Ratio < 1 bedeutet ein geringeres Honorar im MVZ als in der Einzelpraxis; O/E Ratio > 1 ein höheres Honorar.

VA = Vertragsarzt; P-KH = Privates Krankenhaus; KH = Öffentliches oder freigemeinnütziges Krankenhaus; P-Sonstige = Sonstige private Träger; PEG = Private Equity Gesellschaft.

HA = Hausarzt; IN = Innere Medizin; NNP = Neurologie, Nervenheilkunde und Psychiatrie; OC = Orthopädie und (Unfall-)Chirurgie; AUG = Augenheilkunde; GYN = Gynäkologie; UR = Urologie.

k. A. = Aufgrund zu geringer Fallzahlen (< 10.000 Arztgruppenfälle) keine Angabe möglich.

Quelle: Berechnungen des IGES auf Grundlage von Abrechnungsdaten der KV Bayern

gen. Die Mehrzahl der MVZ hat einen einzigen Leistungsort, umfasst dafür aber oft mehr als drei Fachgruppen. Verhältnismäßig viele Leistungsorte werden von BAG mit und auch ohne MVZ betrieben. Die Anzahl der Arztstellen und Behandlungsfälle in den MVZ nimmt zu, während sie in Einzelpraxen oder BAG eher leicht abnimmt. In unserem Fachgebiet hingegen steigt aber auch die Anzahl der Arztstellen in BAG an.

MVZ lassen sich bevorzugt in kreisfreien Städte nieder, während sich Einzelpraxen und BAG häufiger in Landkreisen ansiedeln. Dies trifft für unser Fachgebiet allerdings weniger zu, da sich die Mehrzahl der Praxen und MVZ in Großstädten befindet.

In unserer Fachgruppe betrug der MVZ-Anteil der Arztgruppenfälle im Jahr 2019 7,2 %. Zum Vergleich dazu Daten aus anderen Fachgebieten: Augenheilkunde 28,4 %; Internisten 20,2 %; Orthopädie und Unfallchirurgie 19,8 %, Hausarzt 4,2 %.

Für alle drei Versorgungsformen (Einzelpraxis, BAG und MVZ) nahm das Honorarvolumen im Zeitraum von 2018 bis 2019 zu (**Tab. 1**). In unserer Fachgruppe rechnen MVZ aber um 6,7 % niedrigere Honorarvolumina ab, verglichen mit Einzelpraxen, und das, obwohl ansonsten gleiche Bedingungen hinsichtlich der Patientenmerkmale vorlagen. Noch deutlich geringer als die Honorare sind die Behandlungskosten. Diese betragen in unserem Fachgebiet im MVZ nur 78,2 % der Kosten in der Einzelpraxis. In der Augenheilkunde und Gynäkologie ist das umgekehrt.

In unserem Fachgebiet werden in MVZ wohl weniger Behandlungsfälle bearbeitet, dadurch ist vermutlich auch das Honorarvolumen geringer (**Tab. 2**).

Fazit für die Praxis

Wie zu erwarten, zeigt das Gutachten, dass in Bayern – wie wahrscheinlich auch andernorts – die Bedeutung der MVZ in der medizinischen Versorgung wächst. Dabei steigt nicht nur ihre Anzahl, sondern auch der Organisationsgrad (z. B. als Bundesverband der MVZ-Betreiber, BBMV oder im BMVZ). Außerdem werden die Fachgruppen ebenso vielfältiger (fachgleich, fachübergreifend) wie die Lokalisation und die Trägerschaft. Weiterhin zeigt sich erneut, dass

Tab. 2: Anzahl der Arztpraxen und Ärzte in den Fachgebieten Neurologie, Nervenheilkunde und Psychiatrie

Kennzahl	Art der Betriebsstätte		
	EP	BAG	MVZ
Anzahl Arztpraxen je HBS	1,04	1,13	1,32
Anzahl Ärzte je HBS	1,10	2,68	2,23
Anzahl Arztstellen je HBS	0,99	2,21	1,20
Anzahl Ärzte je Arztpraxis	1,06	2,36	1,69
Anzahl Arztstellen je Arztpraxis	0,95	1,94	0,91
Arbeitszeitanteil	0,90	0,82	0,54
Anzahl Behandlungsfälle je Arztstelle	631	789	720
Honorarvolumen je Arztstelle	67.339 €	76.388 €	58.205 €
Honorarvolumen je Behandlungsfall	106,63 €	96,81 €	80,81 €

EP = Einzelpraxis; BAG = Berufsausübungsgemeinschaft; MVZ = Medizinisches Versorgungszentrum;
HBS = Hauptbetriebsstätte
Quelle: Berechnungen IGES auf Grundlage von Abrechnungsdaten der KV Bayern

eine Detailanalyse von Abrechnungsdaten interessante Ergebnisse erbringt und Pauschalurteile entkräftet. Unabhängig vom jeweiligen Betreiber ist ein MVZ aus Unternehmenssicht schließlich nur die größere Ausgabe einer Praxis, die ja auch wirtschaftlich sein soll.

In unserer Fachgruppe spielen MVZ noch keine große Rolle im Vergleich zur Entwicklung in den internistischen, orthopädisch-unfallchirurgischen und augenärztlichen Fachrichtungen.

Aktuell befindet sich noch die große Mehrzahl der bayerischen MVZ in Trägerschaft eines Vertragsarztes oder eines Krankenhauses und nicht im Besitz von Finanzinvestoren – die durchaus sowohl Klinik als auch MVZ besitzen können. Allerdings werden die genauen Finanzverhältnisse ungern transparent dargestellt, was das Gutachten auch kritisch erwähnt.

Während in anderen Fachgebieten in MVZ teils höhere Honorare erwirtschaftet werden, ist dies in „unseren“ MVZ noch nicht der Fall. Wahrscheinlich sind die ökonomischen Zwänge in unserem Fachgebiet anders gelagert oder spielen eine geringere Rolle. Auch fallen die Honorare in neurologisch-psychiatrischen MVZ geringer aus als in Einzelpraxen oder BAG. Vermutlich liegt das daran, dass Ärzte in MVZ meist in Festanstellung arbeiten, oft Teilzeitverträge haben und so weniger, vielleicht sogar weniger ökonomisch, arbeiten.

Das ausführliche Gutachten zeigt, wie differenziert und schwierig die Lage inzwischen ist. Dennoch sind sich alle Beteiligten in ei-

nem Aspekt einig: Medizin darf nicht der Ökonomie unterworfen werden, unabhängig davon, wer eine Praxis unter welchen Bedingungen betreibt. Letztlich ist aber auch der Arzt in Einzelpraxis Unternehmer und muss betriebswirtschaftlich denken. Nicht zu beneiden ist die Rolle der KVen: Einerseits müssen sie die Versorgung garantieren, andererseits finden sich vielerorts keine Praxisnachfolger. Der betreffende Sitz geht dann nicht selten in eines der umliegenden MVZ. Mitunter werden MVZ auch wegen Versorgungsengpässen genehmigt. Die von Investoren betriebenen Versorger oder die Klinikketten bieten zudem oft größere Summen, als es arztbetriebene MVZ bieten können.

Literatur

1. <https://www.kvb.de/ueber-uns/gesundheitspolitik/spekulationsobjekt-gesundheit/>, zuletzt aufgerufen am 24.5.2022

AUTOR

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

Vorsitzender der Fortbildungsakademie
Vorstand Förderverein
Allersberger Straße 89
90461 Nürnberg

markus.weih@gmx.de



GOÄ-Novelle

Wann hat das Tauziehen ein Ende?

Die Novellierung der GOÄ ist seit langer Zeit überfällig. Doch eines steht jetzt bereits fest: Die Reform bleibt wohl auch noch bis in die nächste Legislaturperiode auf der Zielgeraden.

Die Neuauflage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) genießt momentan keine Priorität auf der Agenda des Bundesgesundheitsministers. Er sei dazu gleichwohl im Gespräch mit der Bundesärztekammer, betonte Prof. Dr. Karl Lauterbach im Februar 2022 bei einer Pressekonferenz in Berlin.

Im Koalitionsvertrag seien die Ampel-Parteien übereingekommen, in dieser Legislaturperiode keine Reformen anzugehen, die das Zusammenspiel von gesetzlicher und privater Krankenversicherung betreffen. Das bedeute, dass die Koalition von „solchen Reformen“ Abstand nehmen werde. Für ihn sei daher noch nicht ganz klar, „ob wir die GOÄ überhaupt angehen, ja oder nein und wann“, sagte Lauterbach wörtlich. Deshalb habe eine neue GOÄ nur eine Chance, wenn sie die Balance zwischen den

beiden Versicherungssystemen nicht störe. Ob die Vorschläge für eine Novellierung diese Bedingungen erfüllen, „müssen wir prüfen“, legte Lauterbach im April nach.

Gründe für Reform evident

„Die Novelle der GOÄ gehört zwingend auf die Agenda des Bundesgesundheitsministeriums“, widersprach der Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), Dr. Klaus Reinhardt. Die derzeit geltende Gebührenordnung stamme im Wesentlichen aus dem Jahr 1982 und sei 1996 lediglich teilweise reformiert worden. Sie sei „völlig veraltet und bildet weder die Dynamik des ärztlichen Leistungsspektrums noch die aktuelle Kosten- und Preisentwicklung ab“, teilte Reinhardt mit. „In erster Linie brauchen wir eine neue GOÄ, um Intransparenzen und daraus resultierende Unsicherheiten zu beenden“, so Reinhardt weiter. Ärzte hätten zum Beispiel deshalb einen Anspruch darauf, um insbesondere die sprechende Medizin sauber abbilden zu können. „Die Bundesärztekammer erwartet, dass der Reformstau noch in dieser Legislaturperiode aufgelöst wird. Alles andere ist Patienten und Ärzten nicht mehr vermittelbar“, betonte Reinhardt.

Rahmenvereinbarung zwischen BÄK und PKV-Verband

Kürzlich haben BÄK, der Verband der Privaten Krankenkassen und der Deutsche Beamtenbund einen offenen Brief an die Abgeordneten des Deutschen Bundestags geschrieben und um Unterstützung bei der Umsetzung der GOÄ-Novelle gebeten.

In einem Interview mit der Ärztezeitung sprach sich PKV-Verbandschef Dr. Florian Reuther schon im April da-

für aus, dem Bundestag nun rasch ein zwischen BÄK und PKV-Verband geeintes Gesamtpaket der neuen GOÄ vorzulegen. Es seien nur noch kleine Arbeitspakete zu erledigen. Im Wesentlichen seien wichtige politische Forderungen in der GOÄ-Novelle umgesetzt worden, unter anderem die Stärkung der „Sprechenden Medizin“.

Kommentar

Die Verschleppung der GOÄ-Novelle ist ein Trauerspiel. Die Berufsverbände haben ihre Hausaufgaben seit vielen Jahren gemacht, Gebührenordnungspositionen beschrieben, Legenden formuliert, in unzähligen Sitzungen mit der BÄK und PKV das Leistungsgeschehen in unseren Gebieten beschrieben und bereits im Jahr 2015 mit allen relevanten Verbänden konsentiert.

Derzeit ist die Vergütung nach GOÄ insbesondere bei der Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen schlechter als bei gesetzlich Versicherten. Das ist eine unsägliche strukturelle Benachteiligung von privat Versicherten. Lauterbachs Argument, im Koalitionsvertrag sei man „übereingekommen, in dieser Legislaturperiode keine Reformen anzugehen, die das Zusammenspiel von gesetzlicher und privater Krankenversicherung betreffen“, greift hier nicht. Es kann nicht zur weiteren Verzögerung einer Entscheidung herangezogen werden. Vielmehr liegt die Annahme nahe, dass ideologische Gründe dahinter stecken, nämlich die geplante schrittweise Einführung einer Bürgerversicherung. Impliziert wird, dass der Stellenwert der privaten Krankenversicherung schon jetzt zu hoch sei.

Wir gehen davon aus, dass der Deutsche Ärztetag Ende Mai 2022 in Rostock hierzu auch Beschlüsse fassen wird.

**Dr. med. Christa Roth-Sackenheim,
Andernach**

Daten und Fakten zur GOÄ

Die GOÄ ist im Gegensatz zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) eine Bundesrechtsverordnung, die durch den Deutschen Bundestag beschlossen werden muss.

Für die Verhandlungen ist die Bundesärztekammer zuständig. Die KBV ist nur für den EBM, der Leistungen für gesetzlich Krankenversicherte auf Grundlage des Sozialgesetzbuchs V beschreibt, verantwortlich.

Ärzte dürfen laut Berufsordnung keine frei zu verhandelnden Honorare von ihren Patienten verlangen, sondern sind an die Gebührentaxe der GOÄ gebunden.

In Deutschland gab es laut der Plattform „statista“ im Jahr 2020 rund 73,4 Millionen gesetzlich Versicherte und 8,7 Millionen privat Vollversicherte.

BVDN-Landesverband Saarland

Versorgung in schwierigen Zeiten sicherstellen

Der Ausbruch der Pandemie im Frühjahr 2020 stellte Patienten und Fachpersonal gleichermaßen vor große Herausforderungen. Praxisbesuche waren zeitweise mit besonderen Hürden verbunden. Die hohe Fallzahl in den Nervenarztpraxen brachte entsprechende logistische Anforderungen mit sich. So mussten die Sprechstundenzeiten ausgeweitet und Gruppentherapien als Einzelbehandlung fortgeführt werden. Hinzu kam eine Vielzahl von Patienten, die im stationären Sektor keine Aufnahme fand, sei es in der Akutversorgung oder in den Rehabilitationseinrichtungen.

In der COVID-19-Pandemie ist es auch im Saarland zu einem deutlichen Anstieg von Angsterkrankungen und depressiven Verstimmungen gekommen. Die Begrenzung von Besuchen durch Familienangehörige während einer stationären Versorgung hat sowohl bei den Erkrankten als auch deren Angehörigen zu nachhaltigen seelischen Beeinträchtigungen geführt. Eine Rolle haben aber auch die vielen erschreckenden Meldungen über Virusvarianten, überlastete Kliniken und im Verlauf auch die Ängste vor Nebenwirkungen von Impfungen gespielt. In der Folge waren die Praxen mit der Versorgung einer stetig steigenden Anzahl von Neupatienten konfrontiert, während die Zahl der chronisch Kranken deutlich rückläufig war. Ebenso kam es bei den elektiven operativen Eingriffen zu einem massiven Einbruch der Leistungsfälle.

Rekord an Fehltagen durch psychische Erkrankungen

Entlastend war in dieser Situation der Ausbau der telematischen Versorgung, insbesondere die Videosprechstunden und die Sondergenehmigung zur telefonischen Krankschreibung.

Laut des im Jahr 2021 veröffentlichten DAK-Gesundheitsreports lagen die psychischen Erkrankungen mit einem Anteil von 17,6 % hinsichtlich ihrer Bedeutung für den Krankenstand an zweiter Stelle, bei einem stetigen Zuwachs der Arbeitsunfähigkeitstage in den letzten

Jahren. Fehltag aufgrund psychischer Erkrankungen haben im Zeitraum von 2010 bis 2020 um 56 % zugenommen. Im gleichen Zeitraum lässt sich beim Krankenstand aller Erkrankungsgruppen mit 11 % kein vergleichbarer Aufwärtstrend beobachten.

Die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage wegen psychischer Erkrankungen ist bei

Frauen stärker angestiegen als bei Männern. Die durchschnittliche Krankschreibungsdauer infolge psychischer Erkrankungen war im Jahr 2020 mit 39 Tagen so lang wie noch nie.

Besonders deutlich zugenommen haben die längerdauernden Krankschreibungen. Bei den Fehltagen dominieren neurotische, Belastungs- und somatoform-



© DLMcK / Getty Images / iStock

Mittlerweile sind die meisten Impfzentren geschlossen – die psychischen Folgen der COVID-19-Pandemie sind in den Praxen aber allgegenwärtig.

me Störungen, gefolgt von affektiven Störungen.

Auffallend waren im Jahr 2020 vor allem die Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen im Bereich des Gesundheitswesens, was sicherlich der starken Beanspruchung durch die Pandemie geschuldet war.

Das Saarland, ein Land, das nach dem Ausstieg aus dem Kohlebergbau und anhaltenden Krisen in der Stahl- und Autoindustrie mit einem enormen Strukturwandel konfrontiert ist, weist im Ländervergleich die höchsten Fehltage wegen psychischer Erkrankungen auf: So stehen 339,4 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherte nur 201,4 Tagen im wirtschaftlich starken Baden-Württemberg gegenüber.

Studie untersucht psychiatrische Versorgung im Saarland

Angesichts der schwierigen Versorgungssituation hat das saarländische

delt. Die Zuständigkeit des beauftragenden Ministeriums erstreckt sich jedoch ausschließlich auf den stationären, nicht auf den ambulanten Sektor. Insofern wurde der ambulante Versorgungsbereich nicht sehr umfassend abgehandelt. Auf diesen Missstand haben der BVDN und die saarländische KV in einer gemeinsamen Stellungnahme hingewiesen.

Das Gutachten machte noch einmal deutlich, dass die Schnittstelle der Sektoren, insbesondere die Klientel der psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA), zumindest im Saarland neu definiert werden muss.

Im Abschnitt zu den PIA fällt beispielsweise auf, dass der Anteil der ambulant versorgten Patienten mit den Diagnosen F10–F19 von 37,7 % im stationären auf 11,2 % im ambulanten Bereich abnimmt. Und: Während im stationären Bereich 19,9 % der affektiven und 9,7 % der neurotischen Störungen behandelt

saarländischen Nervenärzte ihre Praxis auch nach dem Erreichen der Regelarbeitsgrenze weiter, viele sogar über das 70. Lebensjahr hinaus, sodass der anstehende Altersabgang nicht abrupt, sondern sukzessive erfolgen wird. Die zwischenzeitlich gut funktionierende Weiterbildungsförderung unterstützt die Praxisinhaber, einen Nachfolger zu finden.

Gebietsweiterbildung im Saarland möglich

Im Gegensatz zu anderen Bundesländern erlaubt die saarländische Ärztekammer nicht nur die Weiterbildung in einem Fachgebiet – möglich sind zweijährige Weiterbildungen sowohl im Fach Psychiatrie als auch im Fach Neurologie. Zusätzlich besteht die Möglichkeit der Gebietsweiterbildung, zum Beispiel für Zusatztitel in der Schlafmedizin.

Nicht nur die psychischen Erkrankungen haben in den letzten Jahren zugenommen, sondern auch die Schlafstörungen, wenngleich sie bei den Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen selten als alleinige Erkrankung kodiert werden. Den Gesundheitsreporten der großen Ersatzkassen zur Schlafgesundheit ist zu entnehmen, dass seit dem Jahr 2010 Schlafprobleme bei Berufstätigen im Alter zwischen 35 und 60 Jahren um 66 % angestiegen sind. Bis zu 80 % der Arbeitnehmer fühlen sich betroffen.

Hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung leiden sieben Millionen Menschen in Deutschland an Schlafstörungen. Risiken hierfür sind insbesondere die Arbeitsbedingungen. Wer an der Grenze der Leistungsfähigkeit arbeitet, steigert sein Risiko, eine schwere Schlafstörung, insbesondere eine Insomnie, zu entwickeln. Auch starker Termin- und Leistungsdruck, Überstunden sowie Nachtschichten, auch ständige Erreichbarkeit nach Feierabend oder am Wochenende und während des Urlaubs sind die in diesem Zusammenhang wichtigsten Risikofaktoren.

Die Schlafmedizin ist im Saarland seit Jahren ganz durch niedergelassene Nerven- und Lungenärzte abgedeckt, was dazu geführt hat, dass die stationären Schlaflabore aufgrund der fehlenden Kostenübernahme für die schlafmedizinische Behandlung nach und nach ihren

»Das FOGS-Gutachten macht deutlich, dass die Schnittstelle der Sektoren, insbesondere die Klientel der psychiatrischen Institutsambulanzen, zumindest im Saarland neu definiert werden muss.«

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie eine Studie zur Untersuchung der psychiatrischen Versorgung von Erwachsenen mit psychischen Störungen und seelischer Behinderung im Saarland initiiert. Mit dem Gutachten beauftragt wurde die Kölner Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich (FOGS) und zwar für den Rechtsbereich des Sozialgesetzbuches mit den Teilen SGB V, SGB IX sowie SGB XI. Ziel war es, sowohl die Stärken als auch die Schwächen der Versorgung für Erwachsene mit psychischen Störungen und seelischen Behinderungen in unserem Bundesland darzustellen und Handlungsbedarfe für eine künftige Versorgung herauszuarbeiten.

Manko dieses zwischenzeitlich vorgestellten Gutachtens ist, dass der größte Teil der psychiatrischen Versorgung im ambulanten Bereich erfolgt. Die Rahmenbedingungen werden zwischen den Krankenkassen und der KV ausgehan-

werden, steigen diese Werte in der ambulanten Versorgung durch die PIA auf 33,9 % beziehungsweise 13,7 % an. Hierbei handelt es sich um eine klare Fehlallokation, denn diese Patienten müssten in der niedergelassenen Praxis, nicht in der Institutsambulanz behandelt werden. Der BVDN fordert insofern, dass die Einschlusskriterien gemäß § 118 Abs. 2 SGB V eingehalten werden müssen.

Eine große Sorge der Gutachter war, dass aufgrund des hohen Altersdurchschnittes der niedergelassenen Nervenärzte und ärztlichen sowie psychologischen Psychotherapeuten bis zum Jahr 2030 ein Versorgungsdefizit eintreten werde.

Hierzu haben wir seitens des BVDN-Landesverbandes stets angemerkt, dass bisher sämtliche frei gewordenen Arzt-sitze nachbesetzt werden konnten und wir davon ausgehen, dass dies auch in der Zukunft so sein wird, der Versorgungsauftrag also sichergestellt ist und bleibt. Außerdem führen die meisten

Betrieb eingestellt haben. Auch die suchtmedizinische Versorgung ist mittlerweile im Bereich der niedergelassenen Praxen etabliert.

Ein zusätzliches Versorgungsspektrum, das zur Gänze in den Nervenarztpraxen angesiedelt ist, sind sozialmedizinische Untersuchungen im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung, Begutachtungen nach SGB IX und dem Opferentschädigungsgesetz sowie die kompletten berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren bei psychischen Unfallfolgen beziehungsweise Fehlverarbeitung. In diesem Zusammenhang ist auch die im Rahmen der Pandemie anlaufende Welle von Begutachtungen zur Feststellung einer Berufskrankheit wegen neuropsychiatrischer Gesundheitsfolgen nach einer COVID-19-Erkrankung zu erwähnen.

Fehlende Wertschätzung der ambulanten Versorgung

Angesichts der über 150.000 gestellten Anträge auf Anerkennung einer Berufskrankheit oder des Vorliegens eines Arbeitsunfalles bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege und den Unfallkassen wird eine hohe Anzahl von Gutachten in den Praxen durchgeführt werden müssen, vor allem, da bei Long-COVID psychiatrische Symptome wie Fatigue, aber auch die neurologischen Symptome wie Geschmacks- und Geruchsstörungen sowie Kopfschmerzen hohe Prävalenzen aufweisen.

Insofern war es enttäuschend, dass während der Pandemie in Presse und Rundfunk stets über die Defizite der stationären Versorgung berichtet wurde, aber selten auf die unter großem Aufwand und erheblichem emotionalen Einsatz des Praxispersonals geleistete gute Versorgung der Mehrheit der an COVID-19 Erkrankten hingewiesen wurde. Frustrierend ist auch, dass diese Leistung kaum Anerkennung durch die Politik erfuhr und das Engagement weder seitens der Landes- noch der Bundespolitik wertgeschätzt wurde, da der „Corona-Bonus“ ab Sommer 2022 ausschließlich für Pflegekräfte in Kliniken und Pflegeheimen gewährt wird. Sämtliche saarländische Berufsverbände hatten eine gemeinsame Resolution ver-

fasst, um das Anliegen der medizinischen Fachangestellten auf Berücksichtigung beim Corona-Bonus solidarisch zu unterstützen.

Strukturelle Versorgungssengpässe sind im Saarland im ambulanten Bereich der Nervenheilkunde nicht zu beobachten. Die Nervenarztpraxen haben eine Vielzahl der COVID-19-Impfungen durchgeführt. Nach der Schließung der Impfzentren wurde ausschließlich in den Praxen geimpft.

Tagungen und Veranstaltungen in Zeiten der Pandemie

Aufgrund der COVID-19-Pandemie mussten in den letzten Jahren die Mitgliederversammlungen verschoben werden. Der Vorstand hat sich jedoch regelmäßig in Videokonferenzen getroffen und ist derzeit dabei, die Satzung dahingehend zu ändern, dass Mitgliederversammlungen auch als Webkonferenzen stattfinden und Beschlüsse gefasst werden können.

KV-Wahlen stehen an

Im Saarland stehen in den nächsten Monaten Veränderungen an, die bewältigt werden müssen. Sowohl der KV-Vorsitzende als auch der stellvertretende Vorsitzende kandidieren bei den diesjährigen Wahlen nicht mehr. Der saarländische Landesverband geht davon aus, dass wie bisher zwei Kandidaten des Berufsverbandes – ein Neurologe und ein ärztlicher Psychotherapeut – gute Chancen haben, in die Vertreterversammlung der KV gewählt zu werden.

Außerdem haben sich bei der saarländischen Landtagswahl am 27. März 2022 die politischen Mehrheitsverhältnisse geändert. Das langjährig von der CDU geführte Gesundheitsministerium ist neu zu besetzen, da die SPD die absolute Mehrheit bei der Landtagswahl erzielt hat. Insofern sind neue Kontakte, sowohl zur berufspolitischen als auch zur gesundheitspolitischen Führung aufzubauen.

Bei der Umsetzung der neuen Weiterbildungsordnung auf der Landesebene wurden die Interessen der jungen Assistenzärzte berücksichtigt, insbesondere eine größere Flexibilität der Weiterbildung durch kürzere Weiterbildungsabschnitte und Teilzeitweiterbildungen.

Trotz Intervention beim Gesundheitsausschuss des Landtags, der Kammer und der KV sowie im Gesundheitsministerium gelang es nicht, eine hinderliche Besonderheit des saarländischen Heilberufegesetzes zu ändern. Es ist im Saarland nämlich nicht möglich, dass sich ein niedergelassener Facharzt weiterqualifiziert und Zusatzbezeichnungen erwerben kann, auch wenn ein in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätiger Arzt über die Weiterbildungsbezugnis verfügt. Das saarländische Heilberufegesetz legt fest, dass zwischen kasernenärztlichen Tätigkeit und Weiterbildung eine Unvereinbarkeit besteht, somit ein niedergelassener Arzt nur dann eine Weiterbildung in Anspruch nehmen kann, wenn er zumindest die Hälfte seiner Zulassung zurückgibt.

Zudem stehen im Laufe dieses Jahres die Integration von therapeutischen Innovationen, insbesondere im Bereich der Antikörpertherapie bei der Demenzbehandlung, aber auch die Umsetzung der Komplexbehandlung schwer psychisch kranker Menschen an, die der BVDN mit Informations- und Fortbildungsveranstaltungen unterstützt.

AUTOR

Dr. med. Nikolaus Rauber

Rheinstraße 35
66113 Saarbrücken

zns.sb-rastpfehl@t-online.de



Rund um den Beruf

Medizinische und juristische Sicht

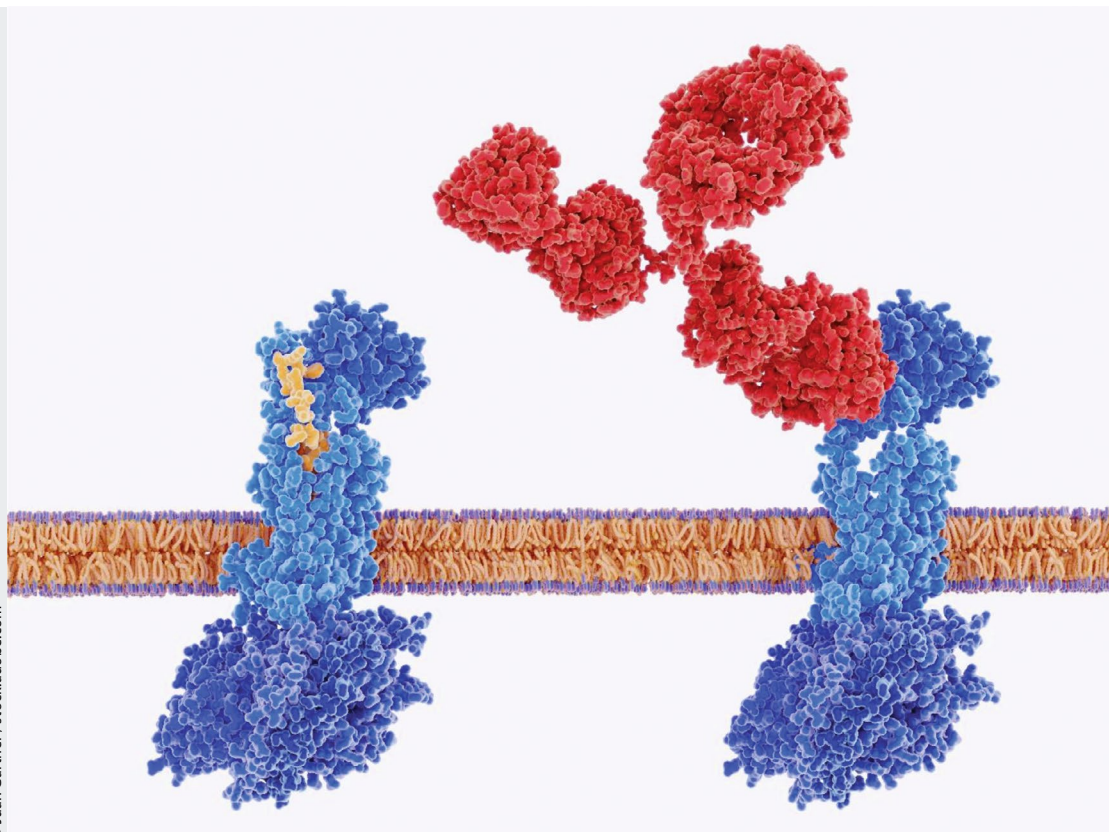
Indikationsgerechter Einsatz monoklonaler Antikörper bei Migräne

Migräne ist ein häufiges Leiden und beeinträchtigt das Leben der Betroffenen in vielen Bereichen. Gelingt die Behandlung einzelner Migräneattacken nur unzureichend, oder steigt die Krankheitslast im Verlauf an, kann eine medikamentöse Prophylaxe erfolgen. Seit 2018 wurden drei monoklonale Antikörper zur Prophylaxe von Migräne bei Erwachsenen mit mindestens vier Migränetagen im Monat in Deutschland eingeführt.

Migräne ist ein weit verbreitetes Krankheitsbild, in Deutschland sind zirka 20 % aller Frauen und 8 % aller Männer betroffen [1]. Eine Indikation für

eine nicht medikamentöse oder medikamentöse Migräneprophylaxe besteht, — wenn der Patient an drei oder mehr Migräneattacken pro Monat leidet,

die seine Lebensqualität beeinträchtigen, — wenn Migräneattacken länger als 48 bis 72 Stunden anhalten,



Das zunehmende Wissen über die Pathomechanismen der Migräne führte zur Entwicklung kausaler Therapien mit Substanzen, wie monoklonalen Antikörpern, die den CGRP-Rezeptor blockieren.

- wenn Attacken auf die empfohlene Akuttherapie nicht ansprechen,
- wenn Patienten die Nebenwirkungen der Akuttherapie nicht tolerieren können,
- wenn es zu einer Zunahme der monatlichen Migränetage und Einnahme von Schmerz- oder Migränemitteln an zehn Tagen oder mehr im Monat kommt,
- wenn komplizierte Migräneattacken mit beeinträchtigenden (z. B. auch hemiplegischen) und/oder langanhaltenden Auren auftreten, oder
- wenn es zu einem migränösen Hirninfarkt (mit Ausschluss anderer Infarktursachen) gekommen ist.

Ziel einer solchen Prophylaxe ist die Reduktion von Häufigkeit, Schwere und Dauer der Attacken. Dabei wird von einer wirksamen Behandlung eine Reduktion der Attacken um $\geq 50\%$ erwartet [2].

Migräneprophylaxe mit CGRP-Rezeptor-AK

Der Ausschüttung des endogenen Vasodilatators Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP) kommt eine entscheidende und universelle Rolle in der Entwicklung einer Migräneattacke zu. Seine Antagonisierung oder die Blockade seiner Rezeptoren ermöglichen eine wirksame und verträgliche Migräneprophylaxe. Als Erweiterung des therapeutischen Spektrums sind daher vor über drei Jahren monoklonale Antikörper (AK) mit Wirkung auf das CGRP zur prophylaktischen Behandlung bei episodischer oder chronischer Migräne in Deutschland auf dem Markt gekommen. Mit Eptinezumab folgt in Kürze ein weiterer, der im Februar 2022 seine europäische Zulassung erhalten hat.

Alle vier Migräne-AK sind zugelassen zur Migräneprophylaxe bei Erwachsenen mit mindestens vier Migränetagen pro Monat. Neben der Art der Verabreichung unterscheiden sich die vier AK zudem im Dosierungsintervall: Eptinezumab wird alle zwölf Wochen verabreicht, Erenumab alle vier Wochen, Fre-

Migräne- und Regressprophylaxe

Voraussetzung für den wirtschaftlichen Einsatz eines monoklonalen Antikörpers für die Migräneprophylaxe ist laut G-BA die Verordnung nur für erwachsene Patienten mit mindestens vier Migränetagen im Monat, die in Bezug auf eine Migräneprophylaxe auf keine der genannten medikamentösen Substanzen oder Wirkstoffklassen (Metoprolol, Propranolol, Flunarizin, Topiramat, Amitriptylin, Clostridium botulinum Toxin Typ A [nur bei chronischer Migräne]) angesprochen haben, für diese nicht geeignet sind oder diese nicht vertragen haben.

Werden diese Vorthapien nicht angemessen berücksichtigt, besteht die Gefahr einer Wirtschaftlichkeitsprüfung. Einzelne Krankenkassen analysieren ihre Abrechnungsdaten, um zu ermitteln, ob die Vorthapien auch verordnet wurden. Aufgrund möglicher Nebenwirkungen, Wechselwirkungen oder Kontraindikationen wird die patientenbezogene Anwendung aller vier, beziehungsweise bei Patienten mit chronischer Migräne bis zu fünf Vorthapien eher die Ausnahme bleiben. Ärzte müssen daher nicht alle Vorthapien im Einzelfall erproben. Angaben der Patienten in der Anamnese und die Therapieversuche mit einzelnen Vorthapien durch Ärzte müssen daher für eine Regressprophylaxe genau dokumentiert werden. Dokumentationsvorlagen der Hersteller geben dazu eine gute Vorlage.

manezumab monatlich oder vierteljährlich und Galcanezumab monatlich. Außerdem unterscheiden sich die AK im Angriffspunkt: Erenumab bindet an den CGRP-Rezeptor (CGRP-Inhibitor), während Eptinezumab, Fremanezumab und Galcanezumab das freie CGRP direkt neutralisieren (CGRP-Antagonisten) [3]. Im Hinblick auf unerwünschte Wirkungen oder Überempfindlichkeitsreaktionen haben die vier AK zwar ein unterschiedliches Profil, doch gibt es kaum Sicherheitsbedenken [4]. Laut einer aktuellen systematischen Übersichtsarbeit und Metaanalyse weisen sie das beste Nutzen-Risiko-Profil im Vergleich zu zwei anderen Therapieoptionen auf [5, 6].

Wirtschaftlicher Einsatz/Indikationen

Beim wirtschaftlichen Einsatz der monoklonalen AK für die Migräneprophylaxe ergeben sich für die behandelnden Neurologen drei Fragestellungen:

- Welche Voraussetzungen müssen für einen Therapiebeginn mit monoklonalen AK beachtet werden?
- Unter welchen Umständen kann eine Weiterbehandlung oder ein Switching nach drei Monaten erfolgen?
- Gibt es Vorgaben für eine Therapiepause?

Als Substanzen für die Migräneprophylaxe standen bislang nur die zugelassenen Beta-Rezeptorenblocker Propranolol und Metoprolol, der Kalziumantagonist Flunarizin, das Antikonvulsivum Topiramat sowie das trizyklische Antidepressivum Amitriptylin – und mit Einschränkung Valproinsäure – zur Verfügung. Bei Vorliegen einer chronischen Migräne (15 oder mehr Kopfschmerztagen pro Monat, von denen mindestens acht Tage die Kriterien einer Migräneattacke erfüllen müssen) besteht zusätzlich die Möglichkeit des Einsatzes von Botulinumtoxin A (BTXA). Diese bislang verfügbaren Therapieoptionen sind wirksam, allerdings teilweise durch eine Vielzahl von Nebenwirkungen und Kontraindikationen belastet, was sich wiederum negativ auf Akzeptanz und Persistenz auswirkt [7]. Über 80 % der Menschen mit Migräne stellten die prophylaktische Behandlung innerhalb eines Jahres (wieder) ein [8]. Gründe für ein Therapieversagen oder fehlende Eignung bestehen bei den zuvor genannten Wirkstoffen oder Substanzgruppen in unterschiedlicher Weise (Tab. 1).

Kontraindikationen/Nebenwirkungen

Die genauen Kontraindikationen und Nebenwirkungen ergeben sich aus den

Tab. 1: Mögliche Gründe für Therapieversagen oder fehlende Eignung laut Fachinformationen von konventionellen Migräneprophylaktika

Wirkstoff oder Substanzgruppe	Unverträglichkeiten/Wechselwirkungen (Auswahl)	Kontraindikationen (Auswahl)
Betablocker (Metoprolol oder Propranolol)	akute Pankreatitis / allergische Reaktionen / Appetitlosigkeit / Beeinflussung eines bestehenden Diabetes mellitus / Blutdruckabfall / Bradykardie / Bronchospasmus / depressive Verstimmungen / Halluzinationen / Verwirrtheit / Magen-Darm-Beschwerden / erektile Dysfunktion / Hyperurikämie, die bei prädisponierten Patienten zu Gichtanfällen führen können / Hypoglykämie / Kopfschmerzen / Müdigkeit / Mundtrockenheit / Parästhesien und Kältegefühl an den Extremitäten / Schlafstörungen / Schwitzen / Schwindel / Verschlechterung der Nierenfunktion	akute Glomerulonephritis / akuter Herzinfarkt / AV-Block zweiten oder dritten Grades / Azidose / Bradykardie / Asthma bronchiale / COPD / gleichzeitige Behandlung mit Kalziumantagonisten mit negativ inotroper Wirkung wie Verapamil und Diltiazem / gleichzeitige Gabe von MAO-Hemmstoffen / Gicht / Hypoglykämieeigung / Hypotonie (systolisch < 90 mmHg) / Herzinsuffizienz (NYHA III/IV) / pulmonale Hypertonie / Schwangerschaft und Stillzeit / schwere periphere Durchblutungsstörungen / sinuatrialer Block (SA-Block) / Sick sinus syndrome / Urämie
Flunarizin	Angst / Apathie / Depression / Gewichtszunahme / Schlafstörungen / Somnolenz / Lethargie / Müdigkeit / Muskelspasmen / Muskelzucken / Myalgie / Orientierungsstörung / Rhinitis	Depression / hereditäre Galaktoseintoleranz / Glukose-Galaktose-Malabsorption / Laktasemangel / Morbus Parkinson oder andere extrapyramidale Erkrankung / Schwangerschaft
Valproinsäure (entfällt)		
Topiramat	Alopezie / Anorexie / Aufmerksamkeitsstörung / Bradyphrenie / Depression / Diarrhö / Diplopie / Dysarthrie / Engwinkelglaukom / Geschmacksveränderung / Gewichtsabnahme / Hypästhesie / Insomnie / kognitive Störungen / Lethargie / Nierensteine / Nystagmus / Parästhesie / Psychosen / Schwindel / Somnolenz / Tremor / Übelkeit	Augenerkrankungen in der Anamnese / Glukose-Galaktose-Malabsorption / hereditäre Galaktoseintoleranz / Nierenerkrankungen / Nierensteine / Schwangerschaft oder Frauen im gebärfähigen Alter, die keine hochwirksame Verhütungsmethode anwenden / völliger Laktasemangel
Amitriptylin	Aggression / Agitiertheit / Akkommodationsstörung / Ataxie / atrioventrikulärer Block / Aufmerksamkeitsstörungen / Benommenheit / Dysarthrie / Erektionsstörungen / Geschmacksstörung / Gewichtszunahme / Harnretention / Hyperhidrosis / Hyponatriämie / Kopfschmerz / Libido vermindert / Müdigkeit / Mundtrockenheit / Obstipation / orthostatische Hypotonie / Parästhesie / Schwindel / Störungen der Harnblasenentleerung / Tachykardie / Tremor / Übelkeit / Urtikaria / Verwirrtheit	kürzlich zurückliegender Herzinfarkt / Herzblock / Herzrhythmusstörungen / gleichzeitige Behandlung mit MAO-Hemmern
Botulinum Toxin A (nur bei chronischer Migräne)	Dysphagie / Exanthem / Fazialisparese / Haut- und Kieferschmerzen / Kopfschmerzen, Migräne einschließlich kosmetisch unerwünschte Effekte / Verschlimmerung der Migräne / Muskelkrämpfe, -anspannung und -schwäche / Myalgie / Nackenschmerzen / Pruritus / Schmerzen am Bewegungsapparat / Schmerzen an der Injektionsstelle / Steifheit der Skelettmuskulatur	Antikoagulation / generalisierte Störungen der Muskel-tätigkeit (z. B. Myasthenia gravis, Lambert-Eaton-Syndrom)

jeweiligen Fachinformationen, eine unzureichende Wirksamkeit kann sich patientenbezogen bei jedem Wirkstoff zeigen. Auch für die zum Teil vielfältigen Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln sei auf die jeweiligen Fachinformationen verwiesen.

Patientengruppe mit therapeutisch bedeutsamem Zusatznutzen

Für die drei ab 2018 in Deutschland eingeführten Migräne-AK hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in getrennten Beschlüssen im Rahmen der frühen Nutzenbewertung nach § 35a SGB V einen Zusatznutzen für folgende Patientengruppe (Subpopulation) anerkannt: „Migräneprophylaxe bei Erwachsenen mit mindestens vier Migränetagen pro Monat, die auf keine der genannten

medikamentösen Therapien oder Wirkstoffklassen (Metoprolol, Propranolol, Flunarizin, Topiramat, Amitriptylin, Valproinsäure, Clostridium BTX A) ansprechen, für diese nicht geeignet sind oder diese nicht vertragen“ [9, 10, 11].

Valproinsäure ist nicht für die Migräneprophylaxe zugelassen, konnte zunächst wegen eines positiven Votums der Expertengruppe des G-BA und einer Haftungsübernahmeerklärung der Hersteller durch Aufnahme in die Anlage VI der Arzneimittelrichtlinie (Off-Label-Use) ausnahmsweise verordnet werden. Nach Rücknahme der Haftungsübernahmeerklärung ist die Verordnungsmöglichkeit entfallen (Addendum 2 mit Stand vom 19. Februar 2019) [12]. Der Einsatz von BTXA gilt dabei laut Zulassung nur für die chronische Migräne.

In der Folge wurde zwischen den Herstellern und dem GKV-Spitzenverband ein wirtschaftlicher Preis und für die Subpopulation mit anerkanntem Zusatznutzen auch jeweils eine bundesweit geltende Praxisbesonderheit nach § 130b SGB V vereinbart (Aimovig® seit 15. Februar 2019, Emgality® seit 1. April 2020, Ajovy® seit 15. Mai 2020) [13, 14, 15].

Therapiebeginn und Ausschluss der Vorthapien

Damit müssen im Geltungsbereich dieser Praxisbesonderheiten für eine wirtschaftliche Verordnungsweise von monoklonalen AK für die Migräneprophylaxe bei Erwachsenen mit episodischer oder chronischer Migräne zulasten der GKV die genannten Vorthapien berücksichtigt werden. Auch das Adden-

dum der S1-Leitlinie „Therapie der Migräneattacke und Prophylaxe der Migräne“ beinhaltet ein Flussdiagramm mit Berücksichtigung der Vortherapien (Abb. 1) [12, 16, 17].

Der Einsatz dieser AK ist neben den Vorgaben der Zulassungen (Erwachsene mit mindestens vier Migränetagen pro Monat) daran geknüpft, dass die Therapie mit den genannten Wirkstoffen

- nicht wirksam,
- aufgrund von Nebenwirkungen abgebrochen werden, oder
- wegen Kontraindikationen nicht angewendet werden konnte.

Aufgrund eines Beschlusses des G-BA ist der Off-Label-Einsatz von Valproat zur Migräneprophylaxe in 2020 weiter erheblich eingeschränkt worden [18]. Zudem hatten Hersteller der Valproinsäure ihre Zustimmung zum Off-Label-Use bei der Migräneprophylaxe zurückgezogen [12]. Da ein Off-Label-Einsatz nach der Rechtsprechung im Übrigen aber nur dann zulässig ist, wenn keine zugelassene Alternative zur Verfügung steht [19], muss Valproinsäure als mögliche Vortherapie nicht mehr berücksichtigt werden.

Der Zeitraum, in dem die anderen Vortherapien rückblickend hätten angewendet oder ausgeschlossen werden müssen, ist nicht vorgegeben. Die partizipative Einbeziehung der Patienten bei der Wahl der Arzneimitteltherapie umfasst auch die Beachtung ihrer Berichte im Rahmen der Anamnese: Werden Unverträglichkeiten, Kontraindikationen oder Nichtwirksamkeiten aus der Vergangenheit geschildert, sind Neurologen nicht mehr verpflichtet, die jeweiligen Wirkstoffe erneut zu verordnen. Gemäß geltendem Effektivitätsgebot müssen keinerlei derartige Therapieexperimente durchgeführt werden, ebenso müssen nicht alle preiswerteren, aber medizinisch ungeeigneten Alternativen probiert oder erneut eingesetzt werden (LSG Berlin-Brandenburg, 28. Oktober 2009 – L 7 KA 131/06). Eine Rückfrage beim behandelnden Hausarzt kann in Zweifelsfällen weitere Sicherheit bringen. In der ärztlichen Praxis werden daher vielfach nur noch ein bis zwei Behandlungsversuche mit Wirkstoffen nach den G-BA-Vorgaben zu unternehmen sein, bevor die Prophylaxe mit einem monoklonalen AK begonnen werden kann.

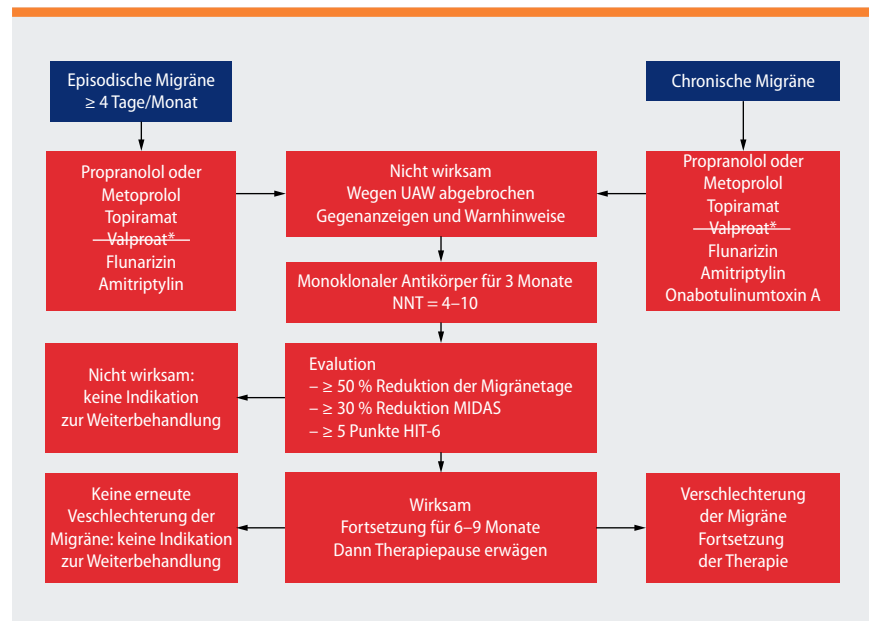


Abb. 1: Migräneprophylaxe mit monoklonalen Antikörpern. Addendum zur S1-Leitlinie. *modifiziert nach [16], um die später erfolgten G-BA Beschlüsse zu Valproinsäure aus den Jahren 2020 und 2022 hervorzuheben [12, 17]; UAW = Unerwünschte Arzneimittelwirkungen; MIDAS = Migraine Disability Assessment; HIT-6 = Headache-Impact-Test

Beratung vor Regress?

Ob eine oder mehrere Vortherapien nicht durchgeführt wurden (z. B. weil vom Arzt nicht als sinnvoll beurteilt), ist für den Fall einer Wirtschaftlichkeitsprüfung unerheblich. Theoretisch kann also ein Prüfantrag gestellt werden, wenn bereits eine von mehreren Vortherapien nicht geleistet wurde. Ob dann der Grundsatz „Beratung vor Regress“ greift, hängt von der jeweiligen regionalen Prüfvereinbarung ab. Bekanntlich existieren 17 verschiedene Prüfvereinbarungen (17 KVen), die sehr unterschiedlich regeln, auf welche Prüffarten sich dieser Grundsatz erstrecken soll. Teilweise sind nur statistische Haupt- und Richtgrößenprüfungen betroffen. Diese divergenten Ausgestaltungen sind nun nicht kurz darstellbar, sodass hier nicht genauer darauf eingegangen werden kann.

Die Verordnungs- und Erstattungs-fähigkeit zulasten der GKV bleibt für neu zugelassene Präparate stets erhalten, etwa für das demnächst auf den Markt kommende Eptinezumab. Das gilt unabhängig von einem bestätigten Zusatznutzen, einem noch laufenden Nutzenbewertungsverfahren oder von der Ver-

einbarung einer Praxisbesonderheit. Selbst wenn kein Zusatznutzen festgestellt wurde, stellt das keinen – auch nicht faktischen – Verordnungs-ausschluss dar [20], denn aus rechtlicher Sicht schränken G-BA-Beschlüsse die Therapiefreiheit des Arztes im Rahmen der Arzneimittelzulassung nicht ein.

Zur Vermeidung zukünftiger Rückforderungen seitens der Kostenträger sollten sich die Gründe für den Ausschluss jeder der vorgeschriebenen Vortherapien (Tab. 1) und damit die Voraussetzungen für den Einsatz eines monoklonalen AK klar und belegbar aus der Dokumentation in der Patientenakte entnehmen lassen. Das bedeutet eine kurze genaue Begründung für jede der vier beziehungsweise fünf in Betracht kommenden Vortherapien.

Sehr empfehlenswert ist zusätzlich die Dokumentation der monatlichen Kopfschmerz- und Migränetage und eine kurze Angabe zur Lebensqualität des Patienten vor der Erstverordnung eines monoklonalen AK. Das erleichtert später die Wirksamkeitsüberprüfung. Dokumentationsbögen der einzelnen Hersteller bieten entsprechende Hilfestellungen.

Weiterbehandlung oder Switching

Nach drei Monaten empfiehlt das Addendum der S1-Leitlinie Therapie der Migräneattacke und Prophylaxe der Migräne eine Überprüfung des Behandlungserfolges mit monoklonalen AK [16]. Die Entscheidung über eine Fortsetzung der Therapie kann dann mit dem Patienten individuell getroffen werden. Dabei sollte eine Prophylaxe, die unwirksam erscheint, nicht zu früh abgesetzt werden. Zwei bis drei Monate können das Minimum sein, um Wirksamkeit zu erreichen und zu beobachten [21].

Laut Addendum der S1-Leitlinie ist bei der episodischen und chronischen Migräne ein Therapieerfolg als eine Reduzierung der durchschnittlichen monatlichen Kopfschmerztag um 50 % oder mehr im Vergleich zur Vorbehandlung über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten definiert. Rechtlich ist im Falle einer dokumentierten geringeren Wirksamkeit oder eines Wiederanstiegs der Beschwerden vor dem oder durch das Absetzen eines monoklonalen AK die Weiterbehandlung möglich und geboten. Ärzte befinden sich in einem haftungsrechtlichen Konflikt: Einerseits sind sie zur wirtschaftlichen Verordnungsweise verpflichtet, was generell durch die Verordnung kostengünstiger Substanzen erreicht werden kann. Andererseits besteht die gesetzliche und einklagbare Verpflichtung zur konkreten ärztlichen Therapie und damit zwingend auch das substanzielle Recht der Therapiefreiheit. So schulden Ärzte im Rahmen ihrer Behandlungspflicht eine dem anerkannten Stand der Medizin entsprechende Behandlung. Verordnen sie ihren Patienten eine für notwendig erachtete und nach ihrer Einschätzung medizinisch indizierte Substanz aus Sorge vor einer Wirtschaftlichkeitsprüfung oder einem Regress nicht, oder greifen sie auf eine ihnen per Vereinbarung (auf die sie selbst keinen Einfluss haben) auferlegte kostengünstigere Behandlung zurück und erleiden Patienten deshalb einen Gesundheitsschaden, stehen Ärzte zivil- und möglicherweise auch strafrechtlich in der Haftung. Die S1-Leitlinie lässt dieses individualisierte Vorgehen ausdrücklich zu. Sie fasst hier nicht nur den aktuellen medizini-

schen Standard auf der Grundlage eines Expertenkonsenses zusammen, sondern hat darüber hinaus das Ziel, Hilfestellungen bei medizinischen Entscheidungen zu geben und die Versorgung auf diese Weise zu verbessern (BGH, 15. April 2014 – VI ZR 382/12). Empfohlen wird, anschließend regelmäßig zu überprüfen, ob eine Weiterbehandlung notwendig ist. Diese Empfehlung stammt konzeptionell aus der Zeit der bisherigen konventionellen Prophylaktika, als ein wesentliches Augenmerk darin bestand, den Effekt zwischenzeitlich ein- und umgesetzter Verhaltensmodifikationen und Lifestyle-Veränderungen einzuschätzen.

Informationen von Kostenträgern

Die klinischen Erfolge unter AK-Therapie führen bei Patienten zu einer deutlichen Verbesserung ihres Gesundheitszustandes und steigenden Verordnungszahlen, auch wenn im Jahr 2019 nur 13 % aller mit Migräne diagnostizierten Patienten eine medikamentöse Prophylaxe erhielten [22]. Den Zuwachs bei den Verordnungen nehmen jedoch Kostenträger und KVen zum Anlass, mit gezielten Kampagnen oder direkten Anschreiben über die Verordnungsmöglichkeiten der Migräneprophylaxe in der vertragsärztlichen Versorgung zu informieren. Deren Qualität und Quantität schüren bei niedergelassenen Schmerztherapeuten und Neurologen Verunsicherungen. Aus rechtlicher Sicht kann darauf hingewiesen werden, dass Informationsschreiben von Krankenkassen die Verordnungsfreiheit von Vertragsärzten nicht einschränken. Die Therapie ergibt sich aus patientenindividuellen Umständen und therapielevanten Unterschieden von Behandlungsalternativen. Informationen von Kostenträgern sind nur rechtlich zutreffend, wenn sie die Entscheidungsfreiheit des Arztes berücksichtigen. „Beratungsangebote“ einzelner Krankenkassen per E-Mail oder Telefon haben daher keine rechtlich bindende Wirkung.

Kein Behandlungserfolg

Tritt ein Behandlungserfolg nach drei Monaten nicht oder nur unzureichend ein, können Dosiserhöhung (bei Erenumab oder Eptinezumab) oder Swit-

ching zwei Optionen sein. Erste Studien deuten auf eine bessere Wirksamkeit nach einem Wechsel von einem monoklonalen AK zu einem anderen hin [23, 24], und das Addendum zur S1-Leitlinie sieht einen Versuch einer Therapieumstellung als gerechtfertigt an [16]. Die Form der Applikation oder mangelnde Persistenz können ebenfalls eine Umstellung rechtfertigen, auch wenn das neu gewählte Präparat im Einzelfall kein Rabattkennzeichen aufweisen kann. Ärzte können nach therapeutischer Abwägung das Präparat einsetzen, dass nach ihrer Überzeugung die beste Wirkung für die Patienten erwarten lässt (BSG, 8. September 1973 – E 73, 76 = SGB 1994, S. 527). Die Verordnung muss sich an medizinischen Kriterien ausrichten, sodass dem Arzt eine Pluralität in der medizinischen Praxis garantiert ist (LSG Rheinland-Pfalz, 26. September 1990 – NJW 1991, S. 2992; BSG, 20.3.1996 – NZS 1997, S. 44; BVerfG, 18. März 1997 – NJW 1997, S. 3086). Eine Verpflichtung zur „Billigmedizin“ ist dem SGB V fremd. Das Minimalprinzip gilt nur bei therapeutischer Gleichwertigkeit (BSG, 13. Mai 2015 – B 6 KA 18/14 R). Deutliche Nutzenvorteile einer Therapie rechtfertigen höhere Kosten (BSG, 31. Mai 2006 – B 6 KA 13/05 R). Die Rahmenbedingungen der Therapie müssen immer so bemessen sein, dass Ärzte aus medizinischen Gründen etwas anderes als das preisgünstigste Arzneimittel verordnen können (BSG, 28. September 2016 – B 6 KA 45/15 R). Aus den §§27 Abs. 1 Nr. 3; 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V ist das Effektivitätsgebot herzuleiten: Ist ein Präparat einer Klasse therapeutisch effektiver, besteht darauf ein Rechtsanspruch. Deshalb müssen auch keine Therapieexperimente durchgeführt werden, es müssen nicht alle preiswerteren, aber medizinisch ungeeigneten Alternativen zuvor probiert werden (LSG Berlin-Brandenburg, 28. Oktober 2009 – L 7 KA 131/06).

Wenn die Vortherapien bei einem monoklonalen AK nicht wirksam waren oder zu Nebenwirkungen führten, muss bei einem Wechsel auf einen anderen monoklonalen AK zur Migräneprophylaxe dieses nicht erneut durchprobiert werden. Die Vortherapien sind ja bereits erbracht worden, unabhängig von der Wahl des jeweiligen monoklonalen AK.

Dokumentation

Die Entscheidung über eine Fortsetzung der Therapie einschließlich der aktuellen Beweggründe ist in der Patientenakte zu dokumentieren. Als Dokumentation des Behandlungserfolgs dienen auch in diesem Fall Veränderungen der monatlichen Kopfschmerz- und Migränetage im Kopfschmerzkalender sowie eine kurze Angabe zur Abwandlung der Lebensqualität des Patienten im Vergleich zum Zeitpunkt vor der Erstverordnung eines monoklonalen AK. Auch die Begründung für eine erforderliche Dosiserhöhung ist in der Dokumentation einzubeziehen. Dokumentationsvorlagen der Hersteller bieten dazu eine gute Orientierung.

Therapiepause

Laut Leitlinie sollte bei Wirksamkeit der Therapie nach sechs bis neun Monaten ein Auslassversuch erfolgen, um die Notwendigkeit der Therapie zu überprüfen [16]. Doch wird diese Therapiepause für eine wirtschaftliche Versorgung weder von G-BA oder den Zulassungsvorgaben gefordert. Erste Studien deuten auf eine Zunahme der monatlichen Migränetage nach Absetzen von monoklonalen AK zur Migräneprophylaxe hin [25, 26, 27]. Sollte der eingesetzte monoklonale AK bei der Reduktion der monatlichen Migränetage weiter wirksam und gut verträglich sein, spricht medizinisch und rechtlich nichts gegen die Fortführung der Therapie nach sechs bis neun Monaten. Es ist zum Augenblick jedoch ratsam, die Entscheidung über eine Fortsetzung der Therapie einschließlich der aktuellen Beweggründe wiederum in der Patientenakte zu erfassen.

Für Verordner von monoklonalen AK zur Migräneprophylaxe bedeutet das: Ohne Dokumentation geht es nicht. Die Grundvoraussetzung zur erfolgreichen Regressabwehr ist eine gute Dokumentation der Indikationsvoraussetzungen für die monoklonalen AK mit Bewertung jeder Vortherapie. Kurze Stichworte reichen hierfür in der Regel aus. Die Dokumentation sollte zeitnah erfolgen, damit die Ordnungsgründe nicht in Vergessenheit geraten. Da im Prüffall den Arzt die Entlastungspflicht trifft, kann ohne eine solche Dokumentation der entsprechende Wirtschaftlichkeitsnachweis nicht gelingen [28].

Literatur

- Diener H-C, Gaul C, Kropp P et al. Therapie der Migräneattacke und Prophylaxe der Migräne, S1-Leitlinie, 2018, in: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. <https://go.sn.pub/JhTea>
- Tassorelli C et al. Guidelines of the International Headache Society for controlled trials of preventive treatment of chronic migraine in adults. *Cephalalgia*. 2018 Apr;38(5):815–32
- De Vries T et al. Pharmacological treatment of migraine: CGRP and 5-HT beyond the triptans. *Pharmacol Ther*. 2020;211:107528
- Boldig K, Butala N. Migraines and CGRP Monoclonal Antibodies: A Review of Cardiovascular Side Effects and Safety Profile. *Int J Neurol Neurother*. 2020;7:101
- Frank F et al. CGRP-antibodies, topiramate and botulinum toxin type A in episodic and chronic migraine: A systematic review and meta-analysis. *Cephalalgia*. 2021;41(11–12):1222–39
- DGN-Pressemitteilung vom 28.3.2022. <https://go.sn.pub/TD264u>
- Berger A et al. Adherence with migraine prophylaxis in clinical practice. *Pain Pract*. 2012;12(7):541–9
- Hepp Z et al. Persistence and switching patterns of oral migraine prophylactic medications among patients with chronic migraine: A retrospective claims analysis. *Cephalalgia*. 2017;37(5):470–85
- G-BA-Beschluss zur Nutzenbewertung nach § 35a SGB V zu Erenumab vom 2.5.2019 https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3770/2019-05-02_AM-RL-XII_Erenumab_D-407_BAnz.pdf Aufruf: 20.8.2021
- G-BA-Beschluss zur Nutzenbewertung nach § 35a SGB V zu Galcanezumab vom 19. September 2019 <https://go.sn.pub/ZgK2XJ>. Aufruf: 20.8.2021
- Beschluss zur Nutzenbewertung nach § 35a SGB V zu Fremanezumab vom 7. November 2019 <https://go.sn.pub/hhbK9l>. Aufruf: 20.8.2021
- G-BA: Anlage VI zum Abschnitt K der Arzneimittelrichtlinie Verordnungsbarkeit von zugelassenen Arzneimitteln in nicht zugelassenen Anwendungsgebieten (sog. Off-Label-Use) vom 18.8.2021. <https://www.g-ba.de/downloads/83-691-694/AM-RL-VI-Off-label-2021-08-18.pdf>
- Anlage zur Vereinbarung nach § 130b Abs. 1 Satz 1 SGB V zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Novartis Pharma GmbH zum Fertigarzneimittel Aimovig® (Wirkstoff: Erenumab). <https://go.sn.pub/3WG6XA>. Aufruf: 20.8.2021
- Anlage zur Vereinbarung nach § 130b Abs. 1 Satz 1 SGB V zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Lilly Deutschland GmbH zum Arzneimittel Emgality® (Wirkstoff: Galcanezumab). <https://go.sn.pub/vn3lJS>. Aufruf: 20.8.2021
- Anlage zur Vereinbarung nach § 130b Abs. 1 Satz 1 SGB V zwischen dem GKV-Spitzenverband und der TEVA GmbH zum Arzneimittel Ajovy® (Wirkstoff: Fremanezumab). <https://go.sn.pub/SYODcl>. Aufruf: 20.8.2021
- Diener H-C, May A et al. Prophylaxe der Migräne mit monoklonalen Antikörpern gegen CGRP oder den CGRP-Rezeptor, Ergänzung der S1-Leitlinie Therapie der Migräneattacke und Prophylaxe der Migräne, 2019, in: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. <https://go.sn.pub/wm44MH>
- Beschluss des G-BA zur Änderung der Arzneimittels-Richtlinie (AM-RL): Anlage VI (Off-Label-Use) – Teil A Ziffer V: Valproinsäure bei der Migräneprophylaxe im Erwachsenenalter, Aktualisierung vom 20. März 2020 https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3911/2019-08-06_AM-RL-VI-SN_Valproinsaeure-Migraeneprophylaxe.pdf
- BSG vom 13.10.2010 – B 6 KA 47/09 R
- BT-Drs. 17/2413, S. 22; BSGE 9594 Rdnr. 6 = SozR 4-2500 § 95c Nr. 1 Rdnr. 11
- Steiner TJ, Jensen R, Katsarava Z et al. Aids to management of headache disorders in primary care (2nd edition). *J Headache Pain*. 2019 May 21;20(1):57
- Rx-Trendbericht des ZI „Migränetherapie und Prophylaxe“ vom 9.11.2020
- Overeem L H et al. Effect of antibody switch in non-responders to a CGRP receptor antibody treatment in migraine: A multi-center retrospective cohort study. *Cephalalgia*. 2022 Apr;42(4-5):291–301
- Robbins L. CGRP monoclonal antibodies for chronic migraine: year 1 of clinical use. *Practical Pain Management*. 2019;19(6):58–62
- Terhart M et al. Deterioration of headache impact and health-related quality of life in migraine patients after cessation of preventive treatment with CGRP(-receptor) antibodies. *J Headache Pain*. 2021;31;22(1):158
- Vernieri F et al. Discontinuing monoclonal antibodies targeting CGRP pathway after one-year treatment: an observational longitudinal cohort study. *J Headache Pain*. 2021 Dec 18;22(1):154
- Guerzon S et al. Chronic migraine evolution after 3 months from erenumab suspension: real-world-evidence-life data. *Neurol Sci*. 2022;43(6):3823–30
- Nach: Hohmann J: Tipps vom Fachanwalt: Ist die Angst vor Regressen noch begründet? <https://www.antithrombose.de/service/news/Tipps-vom-Fachanwalt-Angst-vor-Regressen>

AUTOR

Jörg Hohmann

Rechtsanwalt
Kanzlei für Medizinrecht, Prof. Schlegel
Hohmann & Partner
Mittelweg 185
20148 Hamburg
jh@gesundheitsrecht.com



Neue Musterweiterbildungsordnung

Fachärztliche Weiterbildung ist flexibel und ambulant

Die Verabschiedung der Novellierung der Musterweiterbildungsordnung für Ärzte durch den Vorstand der Bundesärztekammer ist von großer Bedeutung für die Identität der Neurologie und Psychiatrie. Grundgedanke ist es, eine kompetenzbasierte Weiterbildungsordnung zu schaffen, die die wissenschaftliche und klinische Fortbildung unserer neuropsychiatrischen Fächer widerspiegelt, die Kompetenzbereiche definiert und die Qualität klinischen Handelns bestimmt. Darüber hinaus muss sie dennoch praktikabel und von allen Weiterbildungsstätten umsetzbar sein.

Die im Mai 2018 auf dem 121. Deutschen Ärztetag in Erfurt beschlossene neue Musterweiterbildungsordnung (MWBO) stellt eine Reform der Weiterbildungspraxis in allen medizinischen Fachgebieten dar. Die neu entwickelte Struktur der MWBO wurde einstimmig beschlossen. Eine Novellierung für alle Fachgebiete der Medizin ist durch den Vorstand der Bundesärztekammer noch im selben Jahr verabschiedet worden. Diese hat für die Landesärztekammern der Bundesländer empfehlenden Charakter und

stellt die Basis für die durch die jeweiligen Kammerversammlungen nach kammerinterner Beratung entwickelten Weiterbildungsordnungen (WBO) dar. Die WBO gilt rechtsverbindlich für die gesamte Ärzteschaft der jeweiligen Kammer und regelt die Vorgaben für die Weiterbildung in allen Fachbereichen. Um die Weiterbildungsmöglichkeiten der jungen Kolleginnen und Kollegen flexibel anpassen zu können, wurde vereinbart, die verbindlichen WBO der Länder möglichst dicht an der MWBO zu orientieren.

Ambulante Weiterbildung in Neurologie und Psychiatrie

Als Berufsverbände vertreten wir die Interessen der Neurologen, Psychiater und Nervenärzte. In diesem Sinne engagieren wir uns für eine qualitativ hochwertige und praxisnahe Weiterbildung, damit die nächste Generation am Ende ihrer Weiterbildungszeit so gut ausgebildet ist, dass sie sich die erfüllende, abwechslungsreiche und spannende Tätigkeit in einer Vertragsarztpraxis zutraut.

Da wir nicht erwarten dürfen, dass die bisher meist im Klinikbereich tätigen Weiterbilder alleine alle Aspekte der vertragsärztlichen Versorgung hinreichend abbilden, müssen und wollen wir selbst aktiv werden. Die neue WBO bietet Niedergelassenen die Möglichkeit, eine umfassende Weiterbildungsermächtigung zu beantragen. Außerdem gewinnt die Gründung von Weiterbildungsverbänden immer mehr an Relevanz und die darin liegenden Chancen werden deutlich aufgezeigt. Damit kann die Weiterbildung von mehreren Institutionen abgestimmt und nach festen Regeln angeboten werden. Darüber hinaus gibt es die Option, für Weiterbildungsinhalte Kooperations- und Delegationsvereinbarungen zu treffen. Kurzum: Die WBO kann ein Zusammenwachsen der beiden Sektoren Klinik und KV-Bereich befördern. Dieser gemeinsame Fokus auf eine umfassende, praxisorientierte Weiterbildung befruchtet unsere Fachgebiete.



Für eine vollständige Weiterbildung muss die junge Generation auch die Welt außerhalb des Krankenhauses kennenlernen.

Neue Struktur der WBO

War die bisher und aktuell auch noch auslaufend geltende WBO in Zeiteinheiten gegliedert, wurde mit der Novellierung eine neue Struktur initiiert, die mehr Flexibilität im Erwerb von Wissen und Fähigkeiten ermöglichen soll. Bei den Lerninhalten werden „kognitive und Methodenkompetenzen“ sowie „Handlungskompetenzen“ unterschieden. Dabei sollen folgende Kategorien vom Weiterzubildenden erlernt und eigenständig durchgeführt werden:

- Inhalte beschreiben,
- Inhalte systematisch einordnen und erklären,
- Fertigkeiten unter Anleitung erfüllen,
- Fertigkeiten selbstverantwortlich durchführen.

Ambulante Versorgung rückt in den Fokus

Die Versorgungslandschaft verändert sich. In den vergangenen Jahren war zu beobachten, dass sich in allen Fachgebieten Diagnose- und Behandlungselemente immer mehr in Richtung des ambulanten Sektors entwickeln. Viele Interventionen können nicht in einer ausschließlich stationär ausgerichteten Weiterbildungszeit erlernt werden. Des Weiteren können häufig nicht alle Kompetenzbereiche an einer einzigen Weiterbildungsstelle vermittelt werden. Das liegt daran, dass die Liegezeiten in den Kliniken fortwährend verkürzt worden sind. Auch Nachsorge und Rehabilitation erfolgen oft nicht mehr am Ort der Akutversorgung, müssen aber dennoch von allen Ärzten beherrscht werden. In dieser neuen Struktur können die Weiterbildungsinhalte in Kompetenzblöcken gebündelt und flexibler als bisher in der jeweiligen Abteilung einer Klinik oder Praxis erlernt werden.

Für die Dokumentation des Weiterbildungsfortschritts wurde das eLogbuch eingeführt. Darin lassen sich die erworbenen kognitiven, Methoden- und Handlungskompetenzen der Weiterbildungsassistenten kleinteilig belegen. Die Nutzung des eLogbuchs unterstützt überdies die Prüftätigkeit der Kammern vor Beantragung der Facharztprüfung – und zwar bereits im Verlauf der gesamten Weiterbildungszeit und nicht erst an deren Ende.

Fünf Gründe, als Vertragsarzt eine Weiterbildungsbefugnis zu beantragen

Den Standpunkt der Verbände zur Umsetzung der neuen Weiterbildungsordnung erläutert Dr. Sabine Köhler in nebenstehendem Artikel.

Wir sind der Überzeugung, dass es in Zukunft nicht ohne ambulante Weiterbildung gehen wird. Dabei ist der politische Masterplan zur Ambulantisierung der Krankenhäuser nur ein Teilaspekt. Schon längst hat der Strukturwandel der Krankenhäuser dazu geführt, dass in kaum einem medizinischen Gebiet die volle Weiterbildung an einer einzigen klinischen Weiterbildungsstätte abgebildet werden kann. Weiterbündelungen stellen den Königsweg dar.

Bereits im letzten Jahr haben wir damit begonnen, eine Veranstaltungsreihe zum Thema „Wie beantrage ich eine Weiterbildungsbefugnis?“ anzubieten. Zwei Workshops haben bereits erfolgreich stattgefunden und weitere werden folgen.

Es ist uns ein Herzensanliegen, die ambulante Weiterbildung in unseren Praxen zu fördern und wir bitten auch Sie, diesen Schritt zu prüfen. Fünf gute Gründe sprechen dafür:

- Die Beantragung einer Weiterbildungsbefugnis bei der Landes- oder Bezirksärztekammer ist kein Buch mit sieben Siegeln. Bei Bedarf helfen wir Ihnen gerne dabei!
- Bereits ein Jahr Weiterbildungsbefugnis einer Inhaberin oder eines Inhabers einer Praxis ist attraktiv für junge angehende Fachärztinnen- und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie oder Neurologie. Häufig ist eine Weiterbildungsbefugnis auch für zwei Jahre erhältlich, je nach Größe und Ausrichtung der Praxis.
- Die Praxistätigkeit ist sowohl für die angehende Fachärzteschaft, die bisher in der Klinik gearbeitet hat, als auch für den Wiedereinstieg, etwa nach Elternzeit, eine willkommene Alternative zur Klinikpraxis, da die Arbeitszeiten in der Regel angenehmer sind und Nachtdienste entfallen.
- In den meisten KVen wird die ambulante Weiterbildung finanziell gefördert. Der Betrag liegt meist zwischen 4.500 und 5.000 € pro Monat und Weiterbildungskandidierende.
- Die Weiterbildungstätigkeit ist für die Inhaberinnen und Inhaber eine gute Chance, frühzeitig eine Nachfolge für die Praxis zu interessieren und zu binden. Außerdem ist es eine sehr erfüllende Aufgabe, was alle bestätigen, die es schon gemacht haben.

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach

Alle sollten den vertragsärztlichen Bereich durchlaufen

In den vergangenen Jahren wuchs die Anzahl der ambulant versorgten Patienten deutlich, die Morbidität in der Bevölkerung hingegen stieg nur unwesentlich an. Im Zeitraum von 2004 bis 2019 war eine Zunahme der ambulanten Behandlungsfälle von 536 auf 718 Millionen zu verzeichnen (Abb. 1). Die Gründe dafür sind vielfältig. Patienten wünschen sich eine Versorgung in ihrem Lebensumfeld und möchten eine Klinikaufnahme, wenn möglich, vermeiden. Eingriffe und Behandlungen, die vor einigen Jahren noch ausschließlich von Experten in Kliniken durchgeführt wurden, sind zur Routine geworden und können in spezialisierten Praxen gegebenenfalls unter Hinzuziehung anderer Fachkolleginnen und -kollegen erfolgen. Die Kostenträger möchten Ausgaben sparen und empfehlen die günstigere ambulante Erbringung von Leistungen. Mittlerweile existieren auch hybride Vergütungssysteme,

bei denen die hohen Kosten einer stationären Behandlung mit den deutlich niedrigeren ambulanten Kosten für denselben Eingriff gemittelt werden. Durch den resultierenden Preis (z. B. für eine Leistenhernienoperation) steht dieser Eingriff eher für die ambulanten Operateure auf dem Arbeitsplan. Beispiele für diese intersektoral erfolgenden oder hin zur ambulanten Erbringung verschobenen Versorgungselemente finden sich in allen Fachgebieten.

Ohne Basis steht keine Pyramide

Die junge Ärzteschaft ist nach Beendigung ihres Studiums mit der wissenschaftlichen Entwicklung in der Medizin vertraut. Sie hat erste Patientenkontakte gehabt und nicht selten sogar wissenschaftliches Interesse im Rahmen einer Promotion entwickelt. Sie hat Praktika absolviert und erste Untersuchungen durchgeführt. Sie lernt an den Universitäts- und Lehrkrankenhäusern spezialisierte und maximale Versorgung

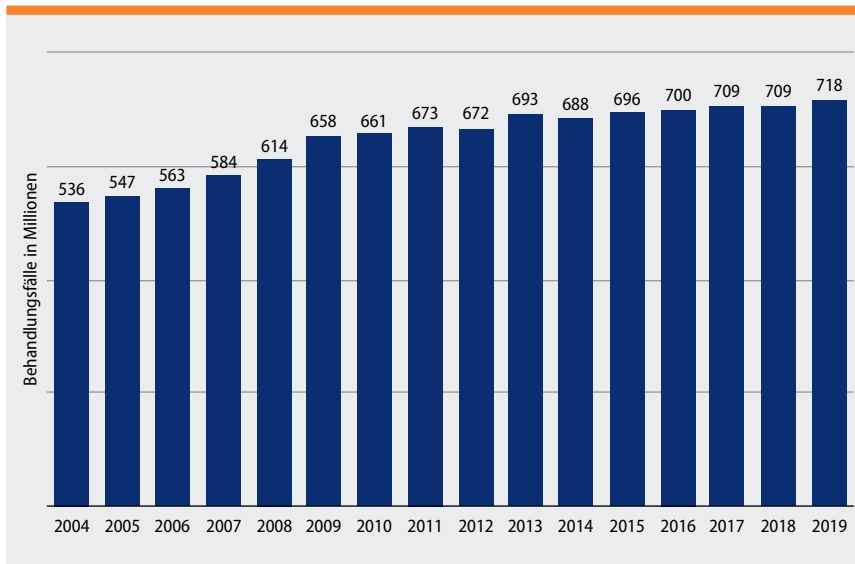


Abb. 1: Entwicklung der ambulanten Behandlungsfälle von 2004 bis 2019 (Quelle: Statista)

kennen. Darüber hinaus muss sie aber auch mit der Breite der Versorgung vertraut sein. Bei der beschriebenen Entwicklung hin zur ambulanten Medizin kann das nur direkt am Ort des Geschehens – im ambulanten Versorgungsbe- reich – erlernt werden.

Neben Tageskliniken und Klinikam- bulanzen stellen die Vertragsarztpraxen einen wichtigen Ausbildungsort dar. Die vertragsärztliche Versorgung ist die Basis der Medizin in Deutschland. Durch das flächendeckende haus- und fachärztliche Versorgungsnetz gelingen gestufte und differenzierte Diagnostik und Behandlung. Die Vertragsarztpra- xen sind die Lotsen für die spezialisierte Behandlung in Kliniken. Die Absolvierung eines Weiterbildungsabschnit- tes in einer Vertragsarztpraxis bereitet auf das Berufsleben optimal vor – egal ob sich nach bestandener Facharztprü- fung für die vertragsärztliche Versor- gung oder die stationäre Tätigkeit ent- schieden wird. In der Praxis erfährt die junge ärztliche Generation die Vielfalt von Krankheit und Leben, Genesung und Endlichkeit des Seins. Die Beglei- tung von Patienten über Krankheits- phasen und Lebensspannen, das Arbei- ten im Spannungsfeld zwischen Bagatel- lerkrankung und Identifizierung von Gefahrensituationen bei gut gefüllten Wartezimmern, die interdisziplinäre Betreuung von Patienten sowohl im Me-

dizinsystem als auch sozialmedizinisch – all das kann nur erfahren werden, wenn zur Weiterbildung die Klinikmau- ern verlassen werden.

Volle Weiterbildungsermächtigung – Ausnahme für Chefarzte

In der bisher geltenden WBO war für viele Abteilungsleiter und Chefarzte die Weiterbildungsermächtigung über den gesamten Zeitraum der Weiterbildung in einem Fachbereich eine Selbstverständ- lichkeit. Die neue WBO bildet in den meisten Fachgebieten Kompetenzberei- che ab, die sich in Kliniken heute nicht mehr finden. In diesen Fällen bietet sich nun die Möglichkeit einer ambulanten Weiterbildung.

Um jungen Kolleginnen und Kollegen die Möglichkeit einer strukturierten Weiterbildung zu offerieren, hat die WBO Formen der Zusammenarbeit zwi- schen unterschiedlichen Institutionen eröffnet. Ausdrücklich gefördert werden sollen die „Weiterbildungsverbünde“. Diese Netzwerke können sowohl zwi- schen Kliniken als auch zwischen Klinik und Vertragsarztpraxis geschlossen werden. In einem solchen Verbund kann die Ver- mittlung unterschiedlicher Kompetenz- bereiche abgebildet und festgeschrieben werden – die gemeinsame Beantragung der Weiterbildungsermächtigung wird auf diese Weise möglich.

Eine niedrighschwellige Form der ge- meinsamen Gestaltung zwischen den verschiedenen „Weiterbildern“ stellt die Beschreibung einer Delegation des Arz- tes in Weiterbildung für das Erlernen bestimmter Kompetenzen in eine be- nachbarte Einrichtung (Klinik oder Praxis) mit entsprechender Inselleis- tung dar. Das muss vertraglich fixiert sein und im Antrag auf Weiterbildungs- ermächtigung überprüfbar nachgewie- sen werden.

Es besteht – anders als in den 1990er- Jahren – hierzulande kein Überangebot an Ärzten. Viele Kliniken sorgen sich um die Versorgung ihrer Patienten und haben freie Weiterbildungsstellen. Ein „Abwandern“ in den Vertragsarztbe- reich stellt zunächst eine gefühlte Gefahr für die Klinik dar. Allerdings muss es nicht zwangsläufig zum Ausdünnen der Assistenzarztdecke kommen. Die Er- möglichen der ambulanten fachärztlichen Weiterbildung durch entsprechen- de Vergütungsregelungen der KVen würde eher die Zahl der im jeweiligen Fachbereich Tätigen vergrößern. Klug und gut abgestimmte Weiterbildungs- verbünde schaffen einen großen Anreiz für die junge Generation, eine umfassen- de und breit gefächerte Ausbildung zu erhalten.

Ambulante Weiterbildung zunehmend besser finanziert

Für die ambulante fachärztliche Weiter- bildung sind die Hausärzte ein großes Vorbild. Ihnen ist es gelungen, die Wei- terbildung sowohl modular abzubilden als auch auskömmlich zu finanzieren. Die beschriebene Entwicklung zur Ver- schiebung der Erbringung medizinischer Versorgung aus dem stationären in den ambulanten Bereich und die damit verbundene Notwendigkeit des Kompe- tenzerwerbs auch im vertragsärztlichen Sektor hat den Gesetzgeber bewogen, Vergütungsregelungen zu treffen, die analog den Hausärzten die Weiterbil- dung der jungen Ärzte im fachärztlichen Vertragsarztbereich ermöglichen. Im Versorgungsstärkungsgesetz aus dem Jahr 2015 wurde die Förderung ambu- lanter Weiterbildung im Facharztbereich zunächst für 1.000, einige Jahre später für 2.000 Stellen geschaffen. Anfänglich war diese Förderung nur für wenige

Arztgruppen KV-übergreifend festgelegt. Regionale Verhandlungen mit den GKV-Verbänden führten in vielen KV-Bereichen zu einer Öffnung dieser Vergütungsmöglichkeit insbesondere für Fachgruppen, in denen bereits jetzt oder in naher Zukunft ein Versorgungsdefizit im ambulanten Bereich droht.

Fazit für die Neurologie und Psychiatrie

In beiden Fachbereichen haben sich die Weiterbildungsinhalte in den vergangenen Jahrzehnten erheblich verändert. Neben einer traditionellen Untersuchungsroutine müssen neue Diagnostik- und Behandlungsmethoden erlernt und beherrscht werden. Die Beibehaltung des Komplementärjahres im benachbarten Fachgebiet bildet die Nähe der Fachgebiete Neurologie und Psychiatrie zueinander ab. Für den Erwerb des neurologischen Wissens eines Psychiaters und des psychiatrischen Wissens für einen Neurologen wird zunächst ein Lernort festgelegt, der außerhalb des angestrebten Facharztgebietes liegt. Die zeitliche Festlegung von zwölf Monaten ist ein Rudiment vorangegangener WBO. Der Systematik der neuen WBO folgend, wäre die ausschließliche Beschreibung von Inhalten, die im Nachbarggebiet erlernt werden sollen, nur konsequent. Soll allerdings sichergestellt werden, dass Psychiatrie vom Psychiater und Neurologie vom Neurologen weitergebildet wird, scheint eine zeitliche Festlegung des Komplementärjahres aktuell unumgänglich zu sein. An dieser Stelle gilt es, Weiterentwicklung zuzulassen und Diskussionen zu befördern, insbesondere zwischen der jungen und erfahrenen Generation aus Klinik und Praxis. Auf diese Weise können miteinander tragfähige Konzepte ausgearbeitet werden.

Der Erteilung von Weiterbildungsermächtigungen gilt in den Landesärztekammern im Moment besondere Aufmerksamkeit. In Fächern, in denen in den empfohlenen Weiterbildungsplänen zu erlernende Fertigkeiten in Zahlen ausgedrückt werden und die Tätigkeit mit zeitlich eng begrenzten Einheiten abgebildet werden können, lässt sich die Weiterbildungsermächtigung recht konfliktarm festlegen. Im Fachgebiet Psychiatrie jedoch ergeben sich Schwierigkei-

ten in der Abbildung der oft langwierigen Therapiezeiten. Das trifft sowohl auf die psychotherapeutischen Inhalte zu als auch auf wesentliche Elemente der Suchtbehandlung und der Komplexität der Versorgung von Demenzpatienten sowie Erwachsenen mit Behinderung, die beispielsweise für einen kurzen Kontakt in einer Diagnosestatistik einer Klinik auftauchen, deren Behandlung aber im Lebensumfeld und damit zumeist im vertragsärztlichen Versorgungsbereich stattfindet.

Mit der Etablierung von Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) in nahezu allen Kliniken in Deutschland sowie der Einführung der Möglichkeit, stationsäquivalente Behandlung (StäB) anzubieten, konnte der Eindruck entstehen, dass hier die ambulante Versorgung stattdessen und entsprechend auch weitergebildet werden könne. Das trifft aber in der Praxis nicht zu. In den PIA werden Klinikressourcen und -strukturen verwendet. Die Einbettung in das vertragsärztliche Versorgungssystem mit Haus- und anderen Fachärzten ist durch die Bindung der PIA und der StäB an eine Klinik nicht möglich. Zudem gelten nur die Weiterbildungszeiten, die in einer vollstationären Einrichtung erbracht werden, als Klinikweiterbildung. Die in der WBO für Psychiatrie und Psychotherapie festgelegte 24-monatige stationäre Weiterbildungszeit muss also zwingend dort erworben werden. Tätigkeiten im ambulanten Sektor oder in einer Tagesklinik entsprechen einer ambulanten Weiterbildung, wenngleich sie mit ambulanter vertragsärztlicher Tätigkeit nichts gemein haben.

Die Zukunft ist ambulant

Verantwortliche der Bundesärztekammer, der Landesärztekammern, der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und der Berufsverbände haben mehr als zehn Jahre intensiv an der Erstellung der MWBO und ihrer neuen Struktur gearbeitet, um unsere jungen Kolleginnen und Kollegen optimal auf die sich verändernden Anforderungen in jedem Fachgebiet vorbereiten zu können. Dabei ist es gelungen, den rechtlichen Rahmen der Weiterbildung so zu verändern, dass mehr Flexibilität von Zeiten und Ausbildungsorten möglich wird.

Der Impuls der Kliniken, die Assistenzärzteschaft dort zu binden ist nachvollziehbar, aber nicht sehr weitsichtig und überhaupt nicht ehrenhaft, denn sie muss die Welt außerhalb des Krankenhauses kennenlernen. Die Zeit der Weiterbildung in einem Fachgebiet ist hervorragend dazu geeignet, die verschiedenen Arbeitswelten zu erkunden und den Platz für das eigene Berufsleben zu finden. Gleichzeitig wird die Erfahrung der ambulanten Versorgung das Handeln in einer Klinik prägen und schließlich beeinflussen, denn damit wird unter anderem der Papiertiger „Entlassmanagement“ lebendig und fassbar.

Wir bewegen uns in einer Zeit zunehmender Versorgungsansprüche der Patienten und Kostenträger bei gleichzeitig schwindender Zahl an Leistungserbringern und drohenden Übernahmeszenarien von Komplementärversorgern. Fehlen Wahrnehmung und Wertschätzung der ambulanten vertragsärztlichen Tätigkeit, entsteht ein blinder Fleck in der medizinischen Versorgungslandschaft.

Gelingt es, Weiterbildung gemeinsam durch Kliniken und Vertragsarztpraxen zu gestalten, stellen wir uns zukunfts-fähig auf. Kurzfristig wird sich der Schulterchluss auf die Weiterbildung junger Kolleginnen und Kollegen auswirken, die einen „Fahrplan“ durch die verschiedenen Versorgungsbereiche bekommen. Langfristig sichern wir damit die Patientenversorgung – qualitativ und auch quantitativ.

Dr. med. Sabine Köhler, Jena

Bei diesem Beitrag handelt es sich um eine überarbeitete Fassung eines Artikels aus: Ärzteblatt Thüringen 4/2022, S. 20–22

Professionalisierung in Gesundheitspolitik und Führungsmanagement

BDN-Führungsakademie steht in den Startlöchern

Immer mehr Ärzte entscheiden sich dazu, Führungs- oder Leitungsaufgaben zu übernehmen. Damit verbunden ist eine große Anzahl gesundheitspolitischer, ökonomischer, rechtlicher, strategischer, kommunikativer und nicht zuletzt organisatorischer Herausforderungen, die alle Bereiche der ärztlichen Tätigkeit tangieren. Deshalb hat der BDN eine Führungsakademie mit umfangreichen Fortbildungsangeboten ins Leben gerufen, die noch in diesem Jahr starten soll.

Infolge stetig wachsender Herausforderungen im Gesundheitswesen sind die Aufgaben deutlich komplexer, die Zahl der beteiligten Leistungserbringer immer größer und die Führung deutlich anspruchsvoller geworden. Als Führungskraft reicht es heutzutage nicht, eine gute Ärztin oder ein guter Arzt zu sein. Wir brauchen spezielles Wissen und Fertigkeiten, um Organisationen weiterentwickeln zu können, und um in Verhandlungen Positionen durchzusetzen. Auf vielfachen Wunsch hat der

BDN daher eine Fortbildungsplattform zur Unterstützung und Fortbildung von Führungskräften aus dem ambulanten und stationären Bereich vorangebracht, die noch im Laufe dieses Jahres an den Start gehen soll. Die Themen der Akademie sind modular aufgebaut und erstrecken sich von Pressetraining, über gesundheitspolitische Fragestellungen bis hin zur Führungsthemen.

Mit der Etablierung einer qualitativ hochwertigen BDN-Führungsakademie möchten wir nicht nur für die Mitglieder

von BDN und DGN, sondern für sämtliche Neurologen, Praxisinhaber, Ärzte und MFA einen Mehrwert schaffen. Das Angebot richtet sich sowohl an Teilnehmer, die eine Führungsrolle anstreben, als auch an bereits aktive Führungskräfte. Das Spektrum der Fortbildungen vermittelt dabei das notwendige Wissen und praktische Knowhow, Entscheidungen zu treffen und dabei auch Sicherheit für die jeweilige Institution zu erzeugen. So wird die BDN-Führungsakademie mithilfe hochwertiger Fort- und Weiterbildungen Führungskräfte kompetent auf die Herausforderungen von heute und morgen vorbereiten. Unterstützt wird das Projekt durch unseren Kooperationspartner DeltaMed Süd.

Struktur des deutschen Gesundheitssystems im Fokus

Eines der wichtigsten Module beschäftigt sich mit der Struktur des deutschen Gesundheitssystems. Wer hier auf Entwicklungen und Trends Einfluss nehmen möchte, muss wissen, wie das Gesundheitssystem und die Dynamik von Entscheidungsfindungen darin funktionieren. Ärzte sind in diesem System oft mehr Spielball als Entscheidungsträger mit hochprofessionellem Hintergrund. Um die Versorgungsbereiche mitgestalten zu können, ist solides Wissen über die medizinische Expertise hinaus vonnöten. In diesem Seminar lernen die Teilnehmer die Strukturen und Funktionen des Gesundheitssystems, die gesetzlichen und politischen Rahmenbe-

Will Kompass sein für Neurologinnen und Neurologen mit Führungsaufgaben: die BDN-Führungsakademie.



© pakorn sungkapukdee / Getty Images / iStock

dingungen mit den entsprechenden Zuständigkeiten sowie Handlungsoptionen und Grenzen der Systempartner kennen. Darüber hinaus gehen wir auf aktuelle Entwicklungen und die Herausforderungen der Zukunft ein.

Welche Unternehmensstruktur bei Niederlassung?

Hilfe und Orientierung in der Entscheidungsfindung, welche Unternehmensstruktur bei einer Niederlassung die richtige ist, bietet ein weiteres Modul. Es ist konzipiert für Fachärzte in Leitungsposition, die sich über die verschiedenen Strukturen und Organisationsformen der ambulanten Versorgung informieren möchten. Neben der selbstständigen Tätigkeit in einer Einzelpraxis werden alle gängigen Versorgungsformen vorgestellt, die von innerörtlichen oder ortsübergreifenden Gemeinschaftspraxen, (fachübergreifenden) MVZ bis hin zu zukünftigen komplexen Versorgungszentren reichen. Auch Möglichkeiten der Schwerpunktbildung werden anhand von konkreten Beispielen erörtert. Welche Praxisstruktur ist die für mich passende? Welche Fachgebiete eignen sich zur Kooperation im MVZ? Welches Praxispersonal benötige ich und wie finde ich es? Wir werden gemeinsam mit Ihnen in der Gruppe und individuell anhand von Entscheidungspfaden und Checklisten passende Lösungen finden.

Gute Personalführung erlernen

Speziell an die Inhaber von Praxen und MVZ richtet sich ein Modul zur Personalführung. Diese ist dann erfolgreich, wenn alle Mitarbeiter ihren Platz an der für sie geeigneten Stelle finden. Dabei bringt jedes Teammitglied besondere Fähigkeiten und Talente mit, die es einzigartig machen. Diese Fähigkeiten zu erkennen, situativ zu führen und den nötigen Raum für Entwicklung zu geben, sind wichtige Elemente einer guten Personalführung.

Im Seminar zur Personalführung bekommen alle Teilnehmer die Möglichkeit, ihr Führungsleitbild nicht nur zu reflektieren und kritisch zu hinterfragen, sondern auch Methoden für die konkrete Umsetzung an die Hand. Schwerpunkte werden unter anderem die Bedeutung von Motivation und Füh-

rung, das Kennenlernen von Möglichkeiten der Weiterqualifikationen, die effektive Umsetzung von Anweisungen und Delegation, die Durchführung von Jahres- und Kritikgesprächen, der Umgang mit Konfliktsituationen sowie Teamentwicklung sein.

Praxismanagement ist gefragt

Vermehrter Wettbewerb und daraus resultierende Veränderungen im Gesundheitswesen haben das Anforderungsprofil an Arztpraxen und MVZ stark gewandelt. Mit diesem Wandel geht auch eine Veränderung des Berufsbildes der

» Wer auf Entwicklungen und Trends im Gesundheitssystem Einfluss nehmen will, muss wissen, wie das System und die Dynamik der Entscheidungsfindungen darin funktionieren. «

MFA einher. Mehr und mehr werden von ihr neben medizinischem und verwaltungsorganisatorischem Fachwissen auch Führungskompetenzen verlangt. Weiterqualifikationen zur Übernahme delegationsfähiger Leistungen spielen immer öfter eine Rolle. In unserem fünf-tägigen Intensivkurs bilden wir die Teilnehmer zum Praxismanager aus. Ziel des Kurses ist es, die Teilnehmer in den wichtigsten Funktionen und Aufgabenbereichen des Praxis- und Selbstmanagements zu stärken. Das gibt ihnen die Möglichkeit, Führungsaufgaben eigenverantwortlich zu übernehmen und den Praxisinhaber wirkungsvoll zu entlasten. Sie lernen, Konflikte im Team und mit Kollegen zu erkennen und effektiv zu lösen. Des Weiteren erhalten sie wertvolle Tipps zur Terminorganisation und üben anhand von Beispielen die zielgerichtete Kommunikation in der Praxis.

Gefahren- und Risikovermeidung

Der Bewältigung außergewöhnlicher Gefahren- und Schadenslagen in medizinischen Einrichtungen ist ein weiteres Modul gewidmet. Hier sollen im Sinne eines Risikomanagements Maßnahmen entwickelt werden – und zwar bevor ein Schaden eintritt. Der Zweck des Krisenmanagements besteht darin, für solche

Situationen gewappnet zu sein. Hierfür sind neben festgelegten organisatorischen auch klar definierte Kommunikationsprozesse wichtig. Welche Kommunikationsform bewährt sich vor welchen Adressaten? Wie gelingt es, die angestrebten Kernbotschaften zu senden? Klare Sprache und bestimmtes Auftreten sind erlernbar. Durch praktische Übungsinhalte haben die Teilnehmer Gelegenheit, ihre Fähigkeiten zu trainieren.

Abgerundet wird dieser Workshop durch ein Pressetraining, bei dem unter Anleitung ausgiebig Gelegenheit gebo-

ten wird, Erfahrungen darin zu sammeln, ein Interview zu geben oder in die Kamera zu sprechen.

Start noch in 2022 erwartet

Die Planungen befinden sich bereits in einem fortgeschrittenen Stadium, sodass mit dem Start der BDN-Führungsakademie bereits ab September 2022 zu rechnen ist. Wir werden Sie im NeuroTransmitter über den Fortgang des Akademieaufbaus fortlaufend informieren und freuen uns auf viele großartige Fortbildungen in der BDN-Führungsakademie.

AUTOR

Dr. med. Klaus Gehring

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

gehring@neurologie-itzehoe.de



Leserbrief

Droh-Informationsschreiben der Krankenkassen



Zum medizinrechtlichen Beitrag „Die Grenze zwischen Behandler und Kostenträger darf nicht schwimmen“ schreibt uns Leser Prof. Dr. Wolfgang Freund aus Biberach.



„Im Artikel über Droh-Infoschreiben der Krankenkassen im NeuroTransmitter 33(1-2), S. 28 ff., sind einige Punkte, die ich kommentieren möchte.

In Baden-Württemberg haben wir einen guten Draht zur Gemeinsamen Prüfeinrichtung und dort dem Beschwerdeausschuss, bei welchem die Regressverfahren landen. Nachdem ich viele Regressverfahren beratend begleitet habe, hat sich doch ein gewisses Verständnis für die Logik der Regresse entwickelt. Und hier steht die praktische Erfahrung in den Regressverfahren teilweise diametral entgegen zu den juristischen Ausführungen im obengenannten Artikel.

1. Der Autor bricht eine Lanze für die pharmakologische Überlegenheit von Safinamid. Das ist meines Erachtens sinnlos, weil der pharmazeutische Unternehmer an anderer Stelle genug Gelegenheit hatte, die tragenden Gründe auszuführen, mit seinen Argumenten aber im G-BA nicht bestehen konnte. Ein Zusatznutzen ist nicht anerkannt, sodass die Verordnung prinzipiell unwirtschaftlich ist. Im Falle eines Regresses zu versuchen, mit der pharmakologischen Überlegenheit zu argumentieren, führt ins Aus, denn das Urteil des G-BA ist rechtssicher. Punkt. Nachdem wir aber keine Juristen oder Pharmakologen, sondern Ärzte sind, die individuelle Patienten behandeln, können wir sehr wohl patientenindividuell argu-

mentieren: Es mag gute Gründe geben, warum gerade für diesen speziellen Fall das Medikament X, was für die Gruppe keinen Zusatznutzen hat, gerade für den speziellen Patienten sehr wohl nützlich und überlegen ist. Und damit können wir im Einzelfall sicher argumentieren.

2. Generikaverordnungen und rabattierte Arzneimittel: Hier ist bekannt, dass Rabatte von bis zu 90 % herausgehandelt werden. Und für mich gut nachvollziehbar, wird in Regressverfahren nicht akzeptiert, warum bei nachgewiesener Gleichwertigkeit Hersteller A so viel besser als Hersteller B sein soll. Auch hier gilt: Man sollte keineswegs versuchen, mit Worten wie „Billigmedizin“ Stimmung zu machen, oder sich in pharmakologische Finesse verrennen. Es gilt der Grundsatz, dass Präparate prinzipiell in Bezug auf den untersuchten gewünschten Effekt beziehungsweise das Ausbleiben von Nebenwirkungen oder Interaktionen gleichwertig sind. Aber, wie oben ausgeführt, behandeln wir individuelle Konstellationen. Und da kann es schon einmal vorkommen, dass aus patientenindividuellem Grund das teure Präparat zu bevorzugen ist.

3. Der letzte Absatz „Keine Regressangst“ ist leider irreführend. Im Gegenteil, es besteht hohe Regressgefahr, wenn die Anwender denken, sie wären schlauer als der G-BA. Es gilt nur die Begründung im Einzelfall (patientenindividuelle Fakten, nicht Befürchtungen allgemeiner Art). Die nachlassende Zahl der systematischen Arzneimittelprüfungen (statistische Überschreitung der Kosten) hat dazu geführt, dass ganze Abteilungen in den Verwaltungen der Krankenkassen Mühe bekommen haben, sich verstärkt Einzelfallprüfungen zuzuwenden. In Baden-Württemberg sind die Zahlen dieser Prüfungen regelrecht explodiert. Und die Verschwiegenheitsverpflichtung der Krankenkassen bezüglich der Rabatte stellt kein Hindernis dar. Sie geben einen etwas geringeren Rabatt an (z. B. 80 % statt der geheimen 84 %), was aber der Regresssumme nur geringen Abbruch tut. Und in den angesprochenen Einzelfallprüfungen gilt eben nicht der Grundsatz „Beratung vor Regress“ – dies

galt für die guten alten statistischen Prüfungen.

Im Artikel richtete sich die Entrüstung gegen den unliebsamen Besuch der Krankenkassen. Meines Erachtens ist dieser Besuch zwar nervig und gegebenenfalls auch deplatziert, aber durchaus als ernstzunehmende Warnung zu verstehen. Die Verordner sollten mitnehmen: Achtung, es gibt keine allgemeine Rechtfertigung für dieses Medikament, wir sollten in jedem Fall patientenindividuelle Gründe haben und auch dokumentieren. Dann tun wir uns, im Fall eines bereits freundlich angekündigten Regress', leichter.“

Stellungnahme des Autors

Ziel einer jeden Therapie – und darin ist dem Leserbrief zuzustimmen – sollte eine patientenindividuelle risikoadaptierte Therapie sein, die sich an Studien, Leitlinien, Standards und gegebenenfalls Richtlinien orientiert. Der Einsatz der kostengünstigsten Alternative greift bei mehreren Therapieoptionen aber erst, wenn diese sämtlich gleichwertig sind. Die Möglichkeit der Beurteilung, was im Einzelfall geboten ist, eröffnet dem Arzt einen gerichtlich anerkannten Handlungsspielraum (BSG vom 13. Mai 2004 – B 3 KR 18/03 R). Diesen Spielraum dürfen sich Ärzte nicht aus der Hand nehmen lassen, da sie für die adäquate individuelle Therapie einzustehen haben. Allerdings sollten sich Ärzte nicht von „Getöse“ in Informationsschreiben der Krankenkassen verunsichern lassen. Vor allem die Auswirkungen der komplexen Nutzenbewertung wird darin häufig unzutreffend dargestellt. Deshalb zu Klarstellung:

Die Nutzenbewertung durch den G-BA ist ein Instrument der Preisfindung. Die meisten medizinischen Entscheidungen sind sehr komplex. Der Begriff eines individuellen medizinischen Zusatznutzens einer unter Umständen teureren Maßnahme kann nicht rein von der Preisdifferenz abhängig gemacht werden, beziehungsweise es ergibt sich die medizinische Entscheidung nicht aus einer Abwägung eines individuellen Patientennutzens gegenüber dem kollektiven wirtschaftlichen Schaden. Für die Arzneimitteltherapie

wird versucht, dieses Problem partiell durch die an den G-BA adressierte Nutzenbewertung im Rahmen des AMNOG-Verfahrens zu lösen. Hieraus entsteht ein Deutungsproblem, weil der Zusatznutzen eines Präparates ausschließlich anhand der Vergleiche kollektiver Daten erfolgt. Dieses Verfahren mag ein methodisch transparentes Verfahren für die Preisverhandlungen und damit ein legitimes politisches Instrument für die Kontrolle der Arzneimittelausgaben sein. Für die Entscheidungsfindung realer Versorgungssituationen sind die G-BA-Beschlüsse nur von begrenztem methodischem Wert, weil die Bestimmung eines individuellen Zusatznutzens grundsätzlich die Berücksichtigung patientenindividueller Faktoren vor dem Hintergrund externer und interner Evidenzen erforderlich macht.

Auch wenn ein Präparat in der frühen Nutzenbewertung kein „nachgewiesener Zusatznutzen“ gegenüber einer Vergleichstherapie nachweisen konnte, kann es einen wesentlichen Beitrag zum therapeutischen Sortiment darstellen.

Bei einem Drittel der bewerteten Präparate wurde im AMNOG-Verfahren kein „nachgewiesener Zusatznutzen“ in Bezug auf die Vergleichstherapie gefunden (https://www.g-ba.de/downloads/17-98-5090/G-BA_10-Jahre-AMNOG_Vortragsfolien_VA-19-03-2021.pdf). Viele dieser Medikamente finden sich in den aktuellen Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften. Sie werden in den Behandlungsleitlinien als wertvolle Alternative oder sogar als Therapeutikum ohne Behandlungsalternative empfohlen.

Es ist von allen beteiligten Behörden zu beachten, dass neue Arzneimittel ab Markteinführung sofort für alle Patienten zur Verfügung stehen, und dass dadurch der freie Marktzugang der Arzneimittel erhalten bleibt (Begründung BT-Drs 17/2413 A. Allgemeiner Teil, S. 15). Dabei hat der Gesetzgeber klargestellt, dass die Beschlüsse im Rahmen der Nutzenbewertung (z. B. Verordnungsbeschränkungen wegen Unzweckmäßigkeit) die Zulassung des Arzneimittels unberührt lassen. Soweit kein Zusatznutzen festgestellt

wurde, stellt der Beschluss keinen, auch nicht faktischen Verordnungs Ausschluss dar. Auch umgekehrt gilt, dass die Bewertung mit einem Zusatznutzen nicht zwingend die Wirtschaftlichkeit des Einsatzes eines Arzneimittels belegt. Nach den Entscheidungen des BSG vom 4. Juli 2018 – B 3 KR 20/17 R und B 3 KR 21/17 R (Mischpreis-Urteile) – hängt die Wirtschaftlichkeit stets von den individuellen Umständen des Behandlungsfalls ab. Auch teure Medikamente können wirtschaftlich eingesetzt werden, wenn dies medizinisch geboten ist.

Im Ergebnis ist dem Leserbrief auch darin zuzustimmen, dass jede Verordnung sorgsam bedacht und gegebenenfalls zu dokumentieren ist, damit die Gründe (z. B. für den Einsatz einer kostenintensiven Medikation) im Einzelfall ohne große Aufwand dargelegt und auch von Prüfungsgremien nachvollzogen werden können.

**Jörg Hohmann, Rechtsanwalt, Justiziar
BVDN/BDN/BVDP, Hamburg**

Kleinanzeigen aus der Praxis

Praxisbörse

Ertragsstarke, neurologisch orientierte Neuro- arztpraxis in idyllischer oberfränkischer Kleinstadt abzugeben. Qualifizierte, langjährig zusammenarbeitende Mitarbeiterinnen, zentrale Lage, Parkmöglichkeiten, gute Verkehrsanbindung. Übergabe variabel. **Kontakt:** dr-reichwein@web.de oder Telefon 09261 1405

Kooperationspartner gesucht. 1/2 KV-Sitz abzugeben für Praxis für Psychiatrie/Psychotherapie in Kiel. **Kontakt:** cbaisch@online.de

Kaufen | Verkaufen | Sonstiges

EMG und/oder EEG-Gerät gesucht. Auch sonstige Einrichtungsgegenstände zum Aufbau einer Praxis

rechtsrheinisch bei Köln. **Kontakt:** maelgerrm@hotmail.de

Funktionsfähiger Nadeldrucker OKI microline 390FB inklusive Anschlusskabel und zwei neuen Farbbändern (für BTM-Rezepte geeignet) in Paderborn abzugeben. Treiber bis Win7 online verfügbar. 50 € für Selbstabholer, bei Postversand zzgl. 25 €. **Kontakt:** praxis-floehl@t-online.de

Suche digitales EEG-Gerät von Neurowerk. **Kontakt:** elke.wollenhaupt@web.de

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

Exklusiv für Mitglieder: kostenlos inserieren!

Mitglieder von BVDN, BDN und BVDP können ihre Such-, An- oder Verkaufsanzeige kostenlos im NeuroTransmitter inserieren. Und so geht's: Senden Sie Ihre Anzeige (maximal 300 Zeichen mit Leerzeichen bitte ausschließlich per E-Mail (Fax/telefonische Anzeigenaufgabe/Chiffre sind nicht möglich) an: info@bvdn.de oder geben Sie sie online im Mitgliederbereich in das Kleinanzeigenformular ein: <https://www.berufsverband-nervenaerzte.de/project/kleinanzeigen/>



Einsendeschluss: 27. Juli 2022

Fortbildung

A woman with long dark hair, seen from the back, is reaching her arms up towards a cloudy sky. She is wearing a dark long-sleeved shirt. Her wrists are bound by heavy metal chains, which she is pulling apart, and the chains are breaking into several pieces that are floating in the air above her hands. In the upper right corner of the sky, there are several small, dark silhouettes of birds flying.

Um Zwänge noch effektiver zu durchbrechen, sind therapeutisch begleitete Konfrontationsübungen im häuslichen Umfeld von entscheidender Bedeutung.

© Kevin Carden / stock.adobe.com (Symbolbild mit Fotomodell!)

Videokonferenzbasiertes Home-Treatment

Zwangsstörungen noch effektiver behandeln

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, deren Akzeptanz und Durchführbarkeit im Folgenden diskutiert wird.

SIMONE PFEUFFER, MATTHIAS FAVREAU, ULRICH VODERHOLZER

Zwangsstörungen zählen zu den häufigsten psychischen Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter mit meist ersten Symptomen schon in der Kindheit und Jugend. Das Manifestationsalter liegt vorwiegend etwa zwischen dem 18. und 25. Lebensjahr. Zwangsstörungen werden oft verheimlicht, die Behandlungslatenzen sind länger und die Behandlungsraten niedriger als bei den meisten anderen psychischen Erkrankungen. Sie bestehen oft lebenslang mit einer hohen Rate psychiatrischer Komorbiditäten (oft sekundär) und starken Auswirkungen auf den Alltag, auf schulische sowie berufliche Leistungsfähigkeit und soziale Beziehungen [1, 2, 3].

Eine skandinavische Registerstudie belegte im Jahr 2018 erstmals bedeutsam eingeschränkte Bildungschancen bei Zwangserkrankungen [2]. Vor allem bei einem frühen Beginn und einem chronischen Verlauf ergeben sich für Betroffenen Risiken für baldige Einschränkungen der schulischen und beruflichen Entwicklung. Die Registerstudie weist darauf hin, dass bei Zwangserkrankungen eine möglichst frühzeitige Erkennung und leitliniengerechte Behandlung zur Vorbeugung von Krankheitsfolgen sowie zur Förderung der Teilhabe am ge-

sellschaftlichen Leben von besonderer Bedeutung sind.

Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) mit Exposition und Reaktionsmanagement ist bei Zwangsstörungen die Therapie erster Wahl. Expositionen sollen dabei größtmöglichen Realitätscharakter aufweisen. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist die therapeutische Allianz, ohne die sich die Patienten nicht auf begleitete Expositionen einlassen können. In der S3-Leitlinie Zwangsstörungen wird zudem empfohlen, therapeutisch begleitete Expositionen auch im häuslichen Umfeld durchzuführen. Aufgrund organisatorischer Schwierigkeiten und einer zu großen Distanz zum Wohnort wird Patienten diese Option oft vorenthalten. Die Nutzung neuer Medien stellt hierbei eine vielversprechende Alternative dar [1, 3, 4, 5].

Behandlungskonzept mit drei Phasen

In unserer Klinik werden Betroffene mit einer Zwangserkrankung ab dem zwölften Lebensjahr störungsspezifisch nach der S3-Leitlinie behandelt. Die stationäre Therapie der Zwänge (T) beinhaltet drei Phasen und ist in ein multimodales, integratives psychotherapeutisches Behandlungskonzept eingebettet:

Phase 1 dient dem Motivationsaufbau und der Psychoedukation. Hier werden die Voraussetzungen für das Kernstück der Behandlung geschaffen und die Expositionsübungen mit Reaktionsmanagement vorbereitet. Für die Dauer dieser Phase werden circa drei Wochen eingeplant.

Daran schließt sich Phase 2 an, die Phase der hochfrequenten Expositionen. Im Vordergrund steht die Durchführung therapeutisch begleiteter und im Verlauf unbegleiteter Zwangsexpositionen. Die Expositionsbegleitung dient der emotionalen Unterstützung der Patienten dabei, die Übungen durchzuführen und sich ihrer Angst zu stellen, die Expositionsbegleitung dient nicht der Kontrolle, ob die Patienten zum Beispiel den Herd ausgeschaltet haben. Für diese Phase wird ein Zeitraum von mindestens vier Wochen vorgesehen.

In der Phase 3, die eine Dauer von rund zwei Wochen hat, steht die Rückfallprophylaxe sowie der Transfer des im klinischen Setting Erlernten in den Alltag im Fokus. Dazu gehören unter anderem die Vorbereitung des privaten, schulischen und/oder beruflichen Wiedereinstiegs, die Kontaktaufnahme zum ambulanten Therapeuten und – wenn ein ambulanter Therapeut nicht zur Ver-

Tab. 1: Drei Phasen der stationären Behandlung von Zwängen

Phase 1 Motivationsaufbau Psychoedukation (1–3 Wochen)	Phase 2 Hochfrequente Expositionen (4–6 Wochen)	Phase 3 Rückfallprophylaxe/Tansfer (1–2 Wochen)
Einzelpsychotherapie	Einzelpsychotherapie	Einzelpsychotherapie
Zwangsbewältigungsgruppe	Zwangsbewältigungsgruppe	Zwangsbewältigungsgruppe
Zwangsprotokollgruppe	Zwangsprotokollgruppe	Zwangsprotokollgruppe
themenoffene Gruppe	themenoffene Gruppe	themenoffene Gruppe
Angehörigengespräch	Angehörigengespräch	Angehörigengespräch
	begleitete Einzelexposition	Einzelexposition
	Gruppenexposition	Gruppenexposition
	Peer-Therapie Zwang	
	Angehörigenseminar	videobegleitete Heimexposition

fügung steht – die Anbahnung einer Online-Therapie (z. B. MindDoc). Ein wesentlicher Bestandteil dieser Phase ist das Home Treatment, das, wenn es nicht live therapeutenbegleitet stattfinden kann, unbedingt videogestützt durchgeführt werden soll (Tab. 1), wie auch folgendes Fallbeispiel verdeutlicht.

Fallbericht Ordnungszwänge

Julia, 15 Jahre, leidet unter anderem an Ordnungszwängen. Ihr Zimmer und mittlerweile auch nahezu das gesamte Haus ihrer Familie hält sie penibel in Ordnung. In ihrem Kleiderschrank ist alles akkurat zusammengefaltet, millimetergenau zusammengeschichtet und nach Farben sortiert. Im Haus hat jedes Teil seinen Platz, nichts liegt herum, alles wird sofort aufgeräumt. Wenn ein Familienmitglied sich nicht an die von ihr vorgegebene Ordnung hält, muss Julia über Stunden alles wieder „in Ordnung“ bringen.

Nachdem Julia die Phase 1 und 2 der stationären Behandlung ihrer Zwangssymptomatik durchlaufen und im klinischen Setting bereits sehr gute Behandlungserfolge erzielt hat, steht nun der Transfer des Erlernten ins heimische Umfeld an. Julia wird eine videobasierte, therapeutisch begleitete Exposition zu Hause durchführen. Dort bringt sie nach Anweisung des Therapeuten ihren Kleiderschrank selbst durcheinander, indem sie beispielsweise Kleidung her-

ausnimmt und ungefaltet wieder zurücklegt, die farbliche Sortierung durcheinanderbringt oder T-Shirts und Pull-over mischt. Im restlichen Haus stellt sie Gegenstände an ungewohnte Orte und verteilt Dinge aus Schränken und Regalen wahllos im Haus. Um Vermeidungsstrategien zu verhindern, entschließt sich Julia, mit sich selbst einen Vertrag („Stichtagsvertrag“) abzuschließen, um bestimmte übertriebene Ordnungsstrategien wie farbliche Sortierung oder exakte Positionierung dauerhaft aufzugeben. Sie wird weiterhin für einige Zeit absichtlich Dinge überall herumliegen lassen. Ihre Eltern weilt sie in ihren Vertrag ein und auch diese dürfen und sollen Gegenstände ohne vorherige Absprache mit ihrer Tochter im Haus verändern.

Videokonferenzbasierte Exposition als Home-Treatment

Aktuell werden in unserer Klinik videokonferenzbasierte Expositionen im heimischen Umfeld erprobt, bei denen die Patienten via Smartphone-App mit dem Therapeuten in der Klinik verbunden sind (Abb. 1). Erstmals werden dabei videobasierte Heimexpositionen sowohl mit therapeutenbegleiteten Expositionen in der Klinik als auch mit den bisher üblichen selbstständigen Heimexpositionen (Kontrollgruppe) verglichen, und zwar hinsichtlich Behandlungserwartung [6], Einfluss auf die therapeutische

Allianz [7] und Bewertung der Therapie-stunde [8]. Zudem bewerten die Patienten die Benutzerfreundlichkeit [9] und Natürlichkeit [10] des technischen Equipments. Bislang haben 100 Patienten mit der Hauptdiagnose einer Zwangsstörung an der laufenden Studie teilgenommen.

Technisches Equipment

Für videobasierte Expositionen im heimischen Umfeld ist für den Therapeuten ein PC oder Laptop mit Internetzugang, Kamera und Mikrofon sowie die Installation einer datengesicherten App (z. B. Vido) notwendig. Die Patienten benötigen ein Smartphone, auf dem das gleiche Videokonferenzsystem mit gesicherter Datenübertragung installiert ist. Je nach geplanter Exposition ist zur Befestigung des Smartphones ein Stativ oder Brustgurt für den Patienten sinnvoll (Abb. 1).

Limitationen

Einschränkungen bezüglich der Ausführung von videobegleiteten Expositionen könnten technische Probleme wie eine mangelhafte WLAN-Verbindung sein. In diesem Fall sollte die Exposition telefonbegleitet weitergeführt werden. Auch sollte vor Beginn der Exposition sichergestellt sein, dass das Handy ausreichend geladen ist.

Der Umgang mit einer möglicherweise auftretenden Krise der Patienten zu Hause sollte vor Beginn der videobegleiteten Exposition in Form eines Krisenplans vorbesprochen sein, in dem das individuelle Vorgehen festgehalten ist. Bei jugendlichen Patienten sollten auch die Eltern über den Krisenplan informiert sein.

Videobasierte Exposition als Erfolg versprechende Methode

Das Videokonferenzsetting wird von den Patienten als natürlich und das technische Equipment als benutzerfreundlich bewertet (Abb. 2). Zwischen videobasierten Heimexpositionen und Expositionen in der Klinik zeigt sich kein signifikanter Unterschied hinsichtlich Behandlungserwartung, therapeutischer Allianz und Sitzungsbewertung. Videobasierte Expositionen werden als äquivalente Behandlungsmethode bewertet.

Verglichen mit selbstständigen Heimexpositionen erzielten videobasierte Expositionen signifikant höhere Werte in der therapeutischen Allianz und der allgemeinen Sitzungsbewertung. Deskriptiv gehen videobasierte Expositionen zudem mit einer höheren Behandlungserwartung einher (**Abb. 3**).

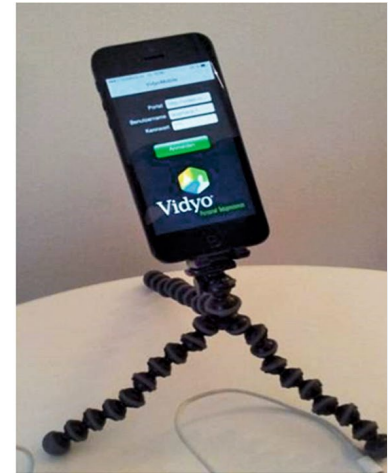
Pandemiebedingter Aufschwung digitaler Medien

Insgesamt hat die Entwicklung der Videokonferenztherapie durch die COVID-19-Pandemie einen enormen zusätzlichen Schub erfahren. In dem neuesten Review wird der derzeitige Stand der empirischen Literatur zur Nutzung von Videokonferenztherapien für die Psychotherapie bei erwachsenen Patienten mit psychischen Störungen zusammengefasst [11]. Auch bei anderen Indikationen wie Essstörungen und Angststörungen ist die Nutzung dieser Technologie möglich und sehr sinnvoll. So wird auch in der aktuellen Studie von Simpson und Mitarbeitern [12] aufgezeigt, dass eine Videokonferenztherapie ein sehr gutes Mittel ist, Patienten mit einer Zwangserkrankung aufgrund vielseitiger, überwindbarer Hürden überhaupt einen Zugang zu einer Therapie zu ermöglichen.

Erste noch unveröffentlichte Analysen eines Vergleichs der Patienten, die während des stationären Aufenthaltes begleitete Heimexpositionen erhielten, mit den Patienten, die Exposition nur als Hausaufgabe zu Hause durchführten, zeigten Hinweise für eine höhere Symptomreduktion bei den Patienten, die per Videokonferenz eine Expositionsbegleitung als Home-Treatment erhalten hatten.

Weitere Erfahrungen belegen Wirksamkeit

Daten zum Home-Treatment gibt es auch aus dem kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich von einer Tübinger Arbeitsgruppe, die kürzlich ihre positiven Erfahrungen in einer ersten Veröffentlichung dokumentiert hat [13]. Im Rahmen dieses Therapiekonzeptes wurden Kinder mit Zwangsstörungen nur einmal persönlich gesehen, alle weiteren Sitzungen mit KVT wurden über Videokonferenz bei den Betroffenen zu Hause durchgeführt. 89 % akzeptierten diese



© U. Voderholzer

Abb. 1: Technisches Equipment zur Durchführung der videobasierten Expositionen

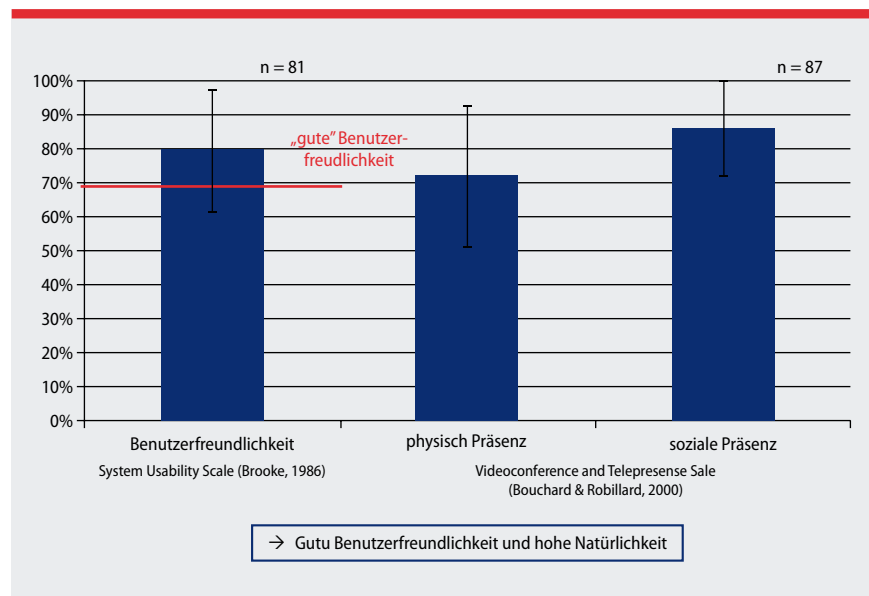


Abb. 2: Bewertung des Videokonferenzsettings hinsichtlich Natürlichkeit (soziale und physische Präsenz) und Benutzerfreundlichkeit anhand subjektiver Angaben auf der Videoconferencing Telepresence Scale (VTS) und der System Usability Scale (SUS). Werte über 70% bilden eine gute Benutzerfreundlichkeit und hohe Natürlichkeit ab.

Form der Therapie und zwei Drittel hätten die persönliche Therapie im Face-to-face-Kontakt nicht vorgezogen. Die Teilnehmer betonten, dass die Expositionen mit Reaktionsverhinderung in den Triggersituationen im häuslichen Umfeld sehr nützlich waren. Bei allen Patienten kam es zu einer nachweislichen Verbesserung der Zwangssymptomatik. Auch unsere eigenen Analysen (noch unveröffentlichte Daten) zeigen, dass die Be-

handlungserfolge mit zusätzlicher videokonferenzbasierter Exposition im häuslichen Umfeld gegenüber einer üblichen Therapie gesteigert werden können. Videokonferenzbasierte Therapie mit Exposition in den häuslichen Triggersituationen ist daher eine hervorragende Ergänzung in der stationären Therapie von Zwangsstörungen und könnte eine sehr gute Option für die Erweiterung der ambulanten Therapie darstel-

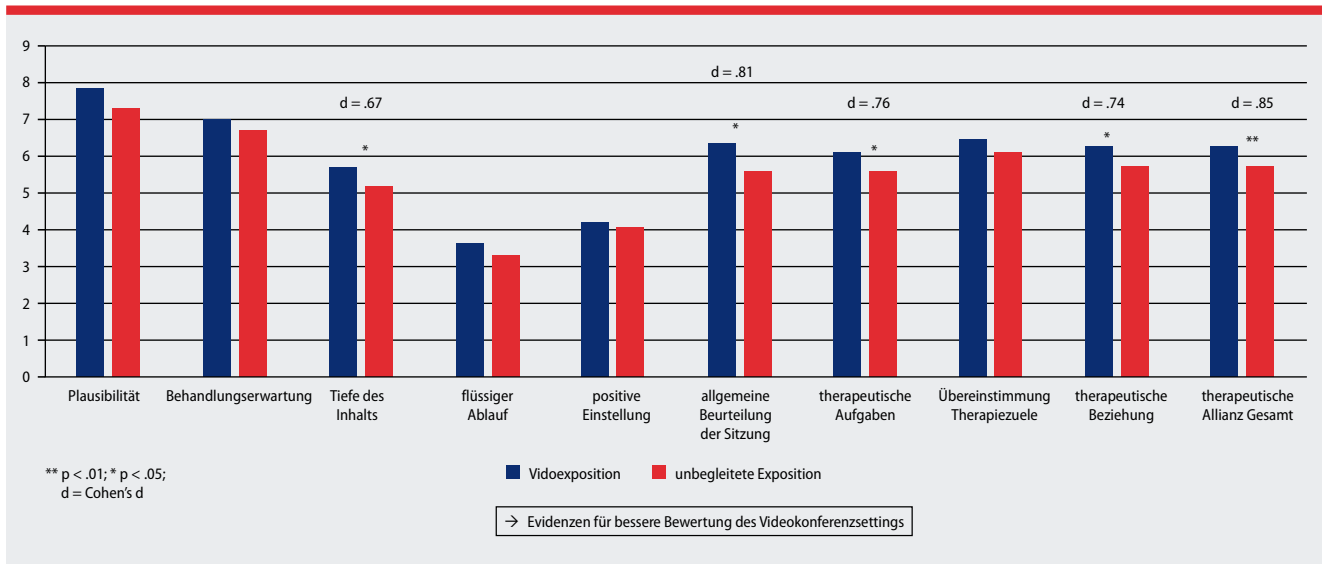


Abb. 3: Vergleich von Video-Heimexposition und unbegleiteter Heimexposition hinsichtlich Bewertung der therapeutischen Beziehung, Behandlungserwartung und Sitzungszufriedenheit durch die Patienten anhand der Fragebögen CEQ [6], SEQ [8] und WAI-SR [7].

len, um auch in diesem Setting die häusliche Begleitung zu bereichern.

Fazit für die Praxis

Die vorliegende Untersuchung liefert Hinweise, dass videokonferenzbasierte Expositionen eine innovative und Erfolg versprechende Methode zur häuslichen Behandlung von Zwangsstörungen sind und eine nützliche Ergänzung zur evidenzbasierten Face-to-face-Therapie darstellen können. Videobasierte Expositionen bieten die Möglichkeit, therapeutische Maßnahmen direkt in den Alltag und die Umgebung der Patienten einzubetten.

Schlussendlich ermöglicht diese Technik eine bessere Umsetzung der Leitlinienempfehlungen in der Behandlung von Zwängen.

Literatur

- Stein DJ, Costa DL, Lochner C, Miguel EC, Reddy YJ, Shavitt RG, Simpson HB. Obsessive-compulsive disorder. *Nature Reviews Disease Primers*. 2019;5(1):1–21
- Pérez-Vigil A, de la Cruz LF, Brander G, Isomura K, Jangmo A, Feldman I, Mataix-Cols D. Association of obsessive-compulsive disorder with objective indicators of educational attainment: a nationwide register-based sibling control study. *JAMA psychiatry*. 2018;75(1):47–55
- American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®) 2013
- World Health Organization. The 11th Revision of the International Classification of Diseases. ICD-11 for Mortality and Morbidity

Statistics. 2020; <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Accessed 1 Feb 2020

- Külz AK, Hassenpflug K, Riemann D, Linster HW, Dornberg M, Voderholzer U. Ambulante psychotherapeutische Versorgung bei Zwangserkrankungen. *PPmP-Psychotherapie- Psychosomatik- Medizinische Psychologie*. 2010;60(06):194–201
- Devilley, GJ, Borkovec TD. Psychometric properties of the credibility/expectancy questionnaire. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2000;31(2):73–86
- Wilmers F, Dinger U, Strack M, Leichenring F, Schauenburg H. Therapist effects on outcome and alliance in inpatient psychotherapy. *Journal of clinical psychology*. 2008;64(3):344–54
- Stiles WB, Snow JS. Counseling session impact as viewed by novice counselors and their clients. *Journal of Counseling Psychology*. 1984;31(1), 3. Stiles, Snow
- Bangor A, Kortum PT, Miller JT. An empirical evaluation of the system usability scale. *Intl. Journal of Human-Computer Interaction*, 2008;24(6):574–94
- Bouchard S, Robillard G. Validation del'échelle de te-le-pre-sence en videoconferenc. [Validation of the scale of telepresence in videoconference]. Unpublished manuscript, University of Quebec at Hull. VTS; Bouchard & Robillard, 2000
- Thomas N, McDonald C, de Boer K, Brand RM, Nedeljkovic M, Seabrook L. Review of the current empirical literature on using videoconferencing to deliver individual psychotherapies to adults with mental health problems. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2021
- Simpson S, Richardson L, Pietrabissa G, Castelnovo G, Reid C. Videotherapy and therapeutic alliance in the age of COVID-19. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2021;28(2):409–21

- Hollmann K, Allgaier K, Hohnacker CS, Lautenbacher H, Bizu V, Nickola M, Conzelmann A. Internet-based cognitive behavioral therapy in children and adolescents with obsessive compulsive disorder: a feasibility study. *Journal of Neural Transmission*. 2021;1–15

AUTORIN/AUTOREN

Dr. med. Simone Pfeuffer

Schön Klinik Roseneck
Am Roseneck 6
83209 Priem am
Chiemsee
SPfeuffer@schoen-
klinik.de



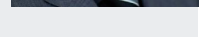
Matthias Favreau M.Sc.

Schön Klinik Roseneck
Am Roseneck 6, 83209
Priem am Chiemsee
Klinik für Psychiatrie
und Psychotherapie
der LMU München



Prof. Dr. med. Ulrich Voderholzer

Schön Klinik Roseneck
Am Roseneck 6
83209 Priem am
Chiemsee



„Mein Mann hat ein Anspannungsproblem“

Aktuelle Anamnese

Die stationäre Aufnahme des 83-jährigen Patienten erfolgte nach telefonischer Kontaktaufnahme durch den Patienten selbst. Er berichtete über ein seit etwa drei Monaten bestehendes und seit etwa zwei Monaten stark progredientes depressives Syndrom mit Antriebsminderung, gedrückter Stimmung, Anhedonie, ausgeprägter Erschöpfbarkeit, Hoffnungslosigkeit, Sorgen wegen seiner körperlichen Gesundheit, Grübelschleifen, Lebensüberdrußgedanken, Ein- und Durchschlafstörungen sowie über eine ausgeprägte Appetitminderung mit Gewichtsabnahme von 10 kg Körpergewicht innerhalb dieser Zeit. Er habe Schuldgefühle und habe sein Leiden aufgrund seiner früheren Alkoholabhängigkeit selbst verursacht. Auch sei er überzeugt, sich eine Geschlechtskrankheit zugezogen zu haben, da er seine Frau betrogen habe. Wegen dieser Erkrankung würde er außerdem unangenehm riechen. Er besitze keine Kleidung und sähe „heruntergekommen“ aus. Er sei sich sicher, zum Pflegefall zu werden und damit seine Familie in den finanziellen Ruin zu treiben.

Die Ehefrau schilderte, der Patient sei seit etwa zwei Monaten durchgehend ängstlich und habe gehäuft Panikattacken, insbesondere nachts, hierbei würden die Hände zittern und der Patient „Verkrampfungen“ zeigen. Die Ehefrau meinte, ihr Mann habe insgesamt ein deutliches „Anspannungsproblem“. Er liege nur noch im Bett und sei nicht mehr in der Lage, sich selbst zu versorgen. Weiterhin esse er nur noch Haferbrei. Darüber hinaus bestünde seit dem gleichen Zeitraum ein „Parkinson-Syndrom“, das der ambulante Neurologe diagnostiziert und wofür er ihm vor wenigen Wochen Madopar® in einer Dosierung von 3×125 mg pro Tag verschrieben habe. Hierunter sei bisher keine Besserung eingetreten, höhere Dosierungen seien infolge von

Einschlafattacken tagsüber nicht toleriert worden. Zuvor sei sein Funktionsniveau altersentsprechend gewesen, er habe sich eigenständig versorgt und sich ebenfalls um den Haushalt gekümmert sowie häufige familiäre Besuche unternommen. Die Ehefrau berichtete weiter, ihr Mann nehme seit vielen Jahren Benzodiazepine ein und habe die Dosis wegen der insbesondere nachts auftretenden Panikattacken, der Anspannung und Unruhe im Laufe der letzten Monate gesteigert.

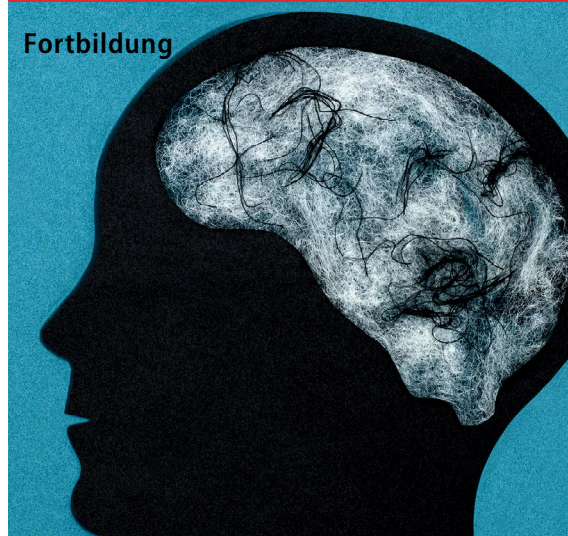
Als psychosozialen Belastungsfaktor nannte der Patient einen geplanten Umzug zur erweiterten Familie.

Aktuelle Medikation

Der Patient nahm zum Zeitpunkt der Aufnahme folgende Medikamente ein: Lorazepam 2,5 mg/Tag, L-Dopa/Benserazid in einer Dosierung von $3 \times 100/25$ mg/Tag, Pantoprazol 40 mg/Tag, Amlodipin 2,5 mg/Tag, Nebivolol 2,5 mg/Tag.

Psychiatrische Vorgeschichte

Seit dem Jahr 1985 befand sich der Patient in ambulanter Behandlung aufgrund von Ängsten sowie Ein- und Durchschlafstörungen und bekam von seiner Hausärztin seither durchgehend Benzodiazepine (Lorazepam, Bromazepam) rezeptiert. Er nahm bis zur stationären Aufnahme 1,5 mg/Tag Lorazepam ein mit Dosissteigerung in den letzten Wochen angesichts zunehmender Ängste und „Verkrampfungen“. Darüber hinaus bestand seit der gleichen Zeit eine Alkoholabhängigkeit mit circa 160 g/Tag Alkohol. Seit einem stationären qualifizierten Entzug sei er seit 2013 abstinent. 2014 kam es zu einer stationären psychiatrischen Behandlung bei einem depressiven Syndrom. Zusätzlich zum depressiven Syndrom vorliegende überwertige Ängste und Schuldgefühle sowie ein nihilistischer Wahn führten zur Diagnose einer schweren depressiven Episode mit psychoti-



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 5/2022

Hautveränderungen unter Glatirameracetat bei MS

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!

Das Online-Archiv unter

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



schen Symptomen. Daneben zeigte sich ein akinetisches Bild mit Hypomimie, Mikrophonie sowie posturaler Instabilität. Unter der Verdachtsdiagnose eines zusätzlich vorliegenden Parkinson-Syndroms erfolgte daraufhin die Gabe von L-Dopa (in unklarer Dosierung), was keine Besserung der Symptomatik erbrachte und daher im Verlauf wieder abgesetzt wurde. Letztlich kam es zu einer Remission der affektiven sowie auch psychotischen und motorischen Symptomatik unter Venlafaxin 150 mg/Tag, Olanzapin 5 mg/Tag, Lorazepam 2,5 mg/Tag sowie Lormetazepam 2 mg/Tag. Des Weiteren sei ein Versuch, Lorazepam schrittweise abzusetzen, gescheitert, sodass die dauerhafte Einnahme von Lorazepam beschlossen worden sei. Venlafaxin und Olanzapin habe der Patient nach der Entlassung aus der stationären Behandlung nur kurze Zeit weiter eingenommen, bis zur aktuellen Episode habe keine ambulante psychiatrische oder neurologische Behandlung stattgefunden.

Somatische Vorerkrankungen

An somatischen Vorerkrankungen bestanden eine distal symmetrische Polyneuropathie, eine koronare Herzerkrankung mit Stenteinlage im Jahr 2006, Zustand nach Prostatakarzinom (Erstdiagnose 2001), Zustand nach Sigmaresektion bei Divertikulitis sowie Zustand nach Cholezystektomie und Appendektomie.

Soziobiografische Anamnese

Der Patient sei in Berlin aufgewachsen und habe dort die Schule besucht. Er sei als Schriftsetzer sowie Handelsvertreter bei mehreren Berliner Zeitungen tätig gewesen. Zuletzt habe er eine eigene Werbeagentur gegründet und sei selbstständig gewesen. Nach Rentenbeginn 1998 habe er gemeinsam mit seiner Ehefrau in einer Mietwohnung in Berlin gelebt und häufig Besuch von seiner Tochter und seinen Enkelkindern erhalten.

Suchtmittelanamnese

Es bestand ein Konsum von Lorazepam seit 1985 mit 1,5 mg/Tag. Eigenanamnestisch berichtete der Patient ein Alkoholabhängigkeitssyndrom mit 160 g Alkohol pro Tag zwischen den Jahren 1985 und 2013, seither sei er abstinent. Außerdem bestand ein Nikotinkonsum bis 1983, hier sei er ebenfalls abstinent.

Familienanamnese

Die Familienanamnese war leer bezüglich relevanter psychiatrischer sowie neurologischer Erkrankungen.

Internistische Untersuchung

Der Patient präsentierte sich in einem reduzierten Allgemeinzustand bei normosomem Ernährungszustand, war weiterhin ohne pathologischen Befund.

Neurologische Untersuchung

Hier imponierte ein hypokinetisches Bewegungsbild mit Hypomimie, Hypophonie, Brady(dys)diadochkinese der oberen Extremität und kleinschrittigem Gangbild mit vermindertem Mitschwingen der Arme sowie nach vorn gebeugter Körperhaltung. Die Wendeschritzhöhe betrug vier Schritte, der Pull-Test führte zu einer mit kurzem zeitlichen Versatz auftretenden Retropulsion ohne Ausgleichsmanöver bei allseits hypotonem Muskeltonus. Zusätzlich fiel ein leicht ausgeprägter, mittelschlägiger Ruhetremor der oberen Extremitäten ohne klare Seitenbetonung auf, der Muskeltonus war wächsern gesteigert, wobei es bei der Ausführung von Willkürbewegungen des kontralateralen Arms und kognitiver Ablenkung zu einer auffälligen Reduktion des Muskeltonus kam.

Psychopathologischer Befund

Der Patient war wach und allseits orientiert, jedoch im Kontakt zunehmend stuporös und mutistisch. Die Stimme war leise, die Sprachmodulation monoton, und das Sprechtempo reduziert. In der Mnestic zeigten sich keine Defizite, dafür aber deutliche Einschränkungen der Konzentration und der Aufmerksamkeit. Formalgedanklich bestanden eine ausgeprägte Grübelneigung und Einnengung auf negative Kognitionen mit katastrophisierenden Gedanken, insgesamt war die Denkgeschwindigkeit verlangsamt. Festzustellen waren überwertige Ideen in Form von hypochondrischen Überzeugungen sowie ein nihilistischer Wahn und ein Schuldwahn. Berichtet wurden olfaktorische Halluzinationen mit Riechen des eigenen, als unangenehm empfundenen Körpergeruchs. Es fanden sich keine Ich-Störungen, kein Fremdbeeinflussungserleben und keine Zwänge. Im Affekt zeigte sich der Pati-

ent niedergeschlagen bei verminderter Schwingungsfähigkeit. Ersichtlich waren eine Antriebsminderung sowie psychomotorisch das Vorliegen von wiederkehrenden Stereotypen, im Verlauf darüber hinaus Echopraxien, Echolalien, Flexibilitas cerea sowie Katalepsie. Der Patient klagte über Lebensüberdrußgedanken ohne Suizidgedanken bei klarer Distanzierung von akuter Suizidalität.

Weitere Befunde

Die kraniale MRT-Aufnahme zeigte eine generalisierte Hirnatrophie mit Marklagergliosen bei Verdacht auf Vasosklerose. Es lagen keine Aneurysmata vor.

Therapie und Verlauf

Zu Beginn zeigte sich in der Labordiagnostik eine schwere hypovolämische Hyponatriämie, die wir nach Ausschluss anderer Ursachen als alimentär bedingt bei in den letzten Wochen ausschließlichen Verzehr von Haferbrei werteten. Wir behandelten diese mit NaCl intravenös, worunter sukzessiv konstant normwertige Natriumwerte erreicht werden konnten. Depressive und neurologische Symptome sind unter Hyponatriämien bekannt und mehrfach beschrieben worden; in diesem Fall blieb eine Besserung unter Ausgleich der Natriumwerte jedoch aus. Aufgrund der raschen Progredienz des Syndroms innerhalb von zwei Monaten, der ausbleibenden Besserung unter L-Dopa aktuell sowie während einer früheren Episode und des klinisch uneindeutigen Befundes sahen wir von der Diagnose eines Parkinson-Syndroms ab und beendeten die Gabe von Madopar®. Wir stellten die Arbeitsdiagnose einer Katatonie in einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen und erhöhten die Dosis der bei langjähriger Benzodiazepinabhängigkeit vorbestehenden Medikation mit Lorazepam. Zusätzlich begannen wir eine Behandlung mit Mirtazapin und Olanzapin. Auf der Northoff Skala zur Einschätzung des Schweregrads der Katatonie [3] wies der Patient insgesamt 50 Punkte auf, bei 14 Punkten in der affektiven, 16 Punkten in der motorischen sowie 20 Punkten in der verhaltensassoziierten Domäne bei einem allgemeinen Cut-Off-Wert von 7 Punkten pro Domäne. Der Patient entwickelte trotz der medikamentösen Behandlung

zunehmend katatone Merkmale mit Katalapsie, Echolalie und Mutismus. Darüber hinaus zeigte er einen progredienten nihilistischen sowie Verarmungs- und Schuldwahn mit zunehmender Wahndynamik. Er verweigerte die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme und es kam bei autonomer Dysregulationen zu Sturzgefährdung, sodass wir die dringende Indikation für eine Elektrokonvulsionstherapie (EKT) sahen. Zusätzlich begannen wir im Rahmen der Immobilität eine Behandlung mit subkutan verabreichtem Heparin. Die Ehefrau des Patienten zeigte sich zuerst ablehnend gegenüber einer EKT. Sie gab an, „man könne eine solche Behandlung einem so alten Mann doch nicht zumuten“. Im Laufe der nächsten Tage konnte sie nach mehreren aufklärenden Gesprächen von deren Sinnhaftigkeit überzeugt werden, vor allem wegen der aktuellen Schwere der Erkrankung sowie vitalen Gefährdung des Patienten, sodass wir 14 Tage nach stationärer Aufnahme eine EKT begannen. Bereits

nach vier Sitzungen zeigte sich eine deutliche Besserung der motorischen Symptomatik, die sich im Verlauf festigte, sodass nach insgesamt sechs EKT-Sitzungen die Katatonie vollständig remittierte. Auch das psychotische Erleben stellte sich ein. Zukunftssorgen und ein Gefühl der Überforderung angesichts des anstehenden Umzugs bestanden weiterhin, darüber hinaus aber keine Beschwerden mehr. Der Patient versorgte sich nun wieder selbst und konnte eigenständig gehen.

Diskussion

„Mein Mann hat ein Anspannungsproblem“. Diese Aussage der Ehefrau zeigt eine auffällende Ähnlichkeit zum Begriff des „Spannungsirreseins“ von Kahlbaum, mit dem er im Jahr 1874 die Katatonie beschrieb, und veranschaulicht die in diesem Fall vorliegenden Symptomatik [4]. Zuvor war, wie bereits während einer vorigen Episode, ein Morbus Parkinson diagnostiziert und mit L-Dopa therapiert worden. Dies verdeutlicht die teils große

Schwierigkeit, anhand des vorliegenden klinischen Bildes das richtige therapeutische Prozedere zu wählen. Eine Reihe verschiedener Parameter ermöglicht jedoch in ihrer Zusammenschau eine recht gute Abgrenzung: So ist der zeitliche Verlauf der Erkrankung im vorliegenden Fall eher schlecht mit einem Morbus Parkinson zu vereinbaren, hier imponiert die Progression der Erkrankung mit Beginn der Symptomatik bis zur akinetischen Krise innerhalb zweier Monate. Mit einer Katatonie wäre eine rasche Progredienz zu vereinbaren. Bei einem Morbus Parkinson vom akinetisch-rigiden Typ wäre das klinische Bild einer Akinese in Kombination mit hypertonen Muskeltonus, im Sinne eines durchgängig bestehenden Rigors, gegebenenfalls mit Zahnradphänomen und Zunahme unter kontralateraler Aktivierung zu erwarten. Im Rahmen einer Katatonie zeigen sich vielmehr Wechsel des Tonus mit phasenweiser Hypotonie und das Bild einer *flexibilitas cerea*. Die teils bizarren Körperhaltungen

Hier steht eine Anzeige.

und -bewegungen wie Katalepsie und Stupor sind dem Bewusstsein nur bei Morbus Parkinson zugänglich, wohingegen Patienten bei einer Katatonie in der Regel eine Motoranosognosie aufweisen. Abgesehen von der motorischen Komponente unterscheidet sich auch das affektive Erleben. Bei Morbus Parkinson kommt es oft zu einem begleitenden depressiven Syndrom, Patienten mit Katatonie berichten vorwiegend über ausgeprägte und unkontrollierbar erlebte Ängste mit teils überwertigem Charakter, die in engem zeitlichen Zusammenhang mit der motorischen Symptomatik auftreten.

Im DSM-5 wird die Katatonie im Kapitel „Schizophrenie-Spektrum und andere psychotische Störungen“ gelistet [1] und unterteilt in „Katatonie in Zusammenhang mit anderen psychischen Erkrankungen“ (als Zusatzkodierung „catatonia specifier“), „Katatonie aufgrund eines anderen medizinischen Krankheitsfaktors“ und die „nicht näher bezeichnete Katatonie“. In der ICD-11 wird die Katatonie ebenfalls als eigenständige Diagnose aufgeführt, wobei hier die

„Katatonie in Zusammenhang mit anderen psychischen Erkrankungen“, die „substanz- oder medikamentenassoziierte Katatonie“ sowie die „nicht näher bezeichnete Katatonie“ unterschieden werden. In beiden Klassifikationssystemen wird damit der Erkenntnis Rechnung getragen, dass eine Katatonie sowohl im Rahmen unterschiedlicher psychiatrischer Erkrankungen, anderer körperlicher Erkrankungen, medikamenten- beziehungsweise substanzassoziiert sowie bei unklarer Genese auftreten kann [2]. Nach DSM-5 müssen zur Diagnosestellung drei oder mehr der folgenden zwölf Symptome vorliegen: Stupor, Katalepsie, flexibilitas cerea, Mutismus, Negativismus, Haltungsverharren, Manierismen, Stereotypien, Agitation, Grimassieren, Echolalie, Echopraxie. In der ICD-11 werden ebenso drei oder mehr der folgenden Symptome gefordert: Starren (starrer Blick, vermindertes Blinzeln, weit geöffnete Augen), Ambitendenz („Feststecken“ in zögernden oder unentschlossenen Bewegungen), Negativismus, Stupor, Mutismus, psychomo-

torische Erregung (Hyperaktivität oder Agitation, unkontrollierbare extreme emotionale Reaktionen, Impulsivität, ungerichtete Aggressivität), Grimassieren, Manierismen, Haltungsverharren, Stereotypien, Rigidität/erhöhter Muskeltonus, Echophänomene, Verbigerationen, flexibilitas cerea und Katalepsie. Zur Erfassung der Symptome der Katatonie kann die deutsche Version der Northoff Catatonia Rating Scale (NCRS-dv) dienen [3]. Hier werden 40 Items gelistet, aufgetrennt nach motorischer (13 Items), affektiver (12 Items) und verhaltensassoziierte Komponente (15 Items). Eine Therapie sollte rasch mit unter Umständen hochdosierter Gabe von Benzodiazepinen begonnen werden. Bei fehlendem Ansprechen und bei vitaler Indikation wie im vorliegenden Fall sollte möglichst eine EKT erfolgen. Als Prädiktoren für deren Effektivität im Allgemeinen gelten Alter und psychotische Symptome; eine besondere Indikation für EKT besteht neben katatonen Merkmalen beim Vorliegen von Suizidalität sowie depressiven Stupor.

Fragen und Lösungen

Frage 1

Welches Symptom findet sich typischerweise nicht bei einer Katatonie?

- a. Grimassieren
- b. Zahnradphänomen
- c. Negativismus
- d. Motoranosognosie
- e. Agitation

Lösung

Antwort b ist die gesuchte Antwort. Das Zahnradphänomen ist ein Anzeichen für eine Störung des extrapyramidalmotorischen Systems und tritt vor allem bei einem Parkinson-Syndrom auf [1].

Frage 2

Wie hoch ist die initiale Ansprechrate einer Katatonie auf Benzodiazepine einzuschätzen?

- a. 60–80 %
- b. stets 100 %
- c. unter 10 %
- d. 50 %
- e. 30 %

Lösung

Antwort a ist die richtige Antwort. Je nach Studienlage liegt die Ansprechrate auf Benzodiazepine bei 60–80 % [1].

Literatur

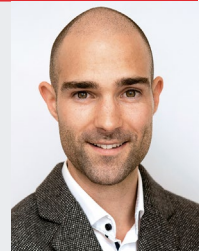
1. Northoff G. What catatonia can tell us about „top-down modulation“: a neuropsychiatric hypothesis. *Behavioural Brain Sciences*. 2002;25(5):555–6
2. Reed GM et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*. 2019;18(1):3–19
3. Hirjak D et al. Deutsche Version der Northoff Catatonia Rating Scale (NCRS-dv). Ein validiertes Messinstrument zur Erfassung katatoner Symptome. *Der Nervenarzt* 2017;88(7):787–96
4. Taylor MA, Fink M. Catatonia in Psychiatric Classification: A Home of Its Own. *American Journal of Psychiatry*. 2003;160:1233–41
5. Leroy A et al. Is electroconvulsive therapy an evidence-based treatment for catatonia? A systematic review and meta-analysis. *European Archives of Psychiatry Clinical Neurosciences*. 2017;268:675–87
6. Pelzer A et al. Systematic review of catatonia treatment. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2018;14:317–26

AUTOREN

Dr. med. Samuel Wolfgang Trumm

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

samuel-wolfgang.trumm@charite.de



Sara Mohamad

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Dr. med. Verena van Ginneken

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Dr. med. Francesca Regen

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Hier steht eine Anzeige.



In Deutschland bestimmen
nach wie vor Glücksspieler
an Geldspielautomaten die
Behandlungsnachfrage.

Störungen durch süchtige Verhaltensweisen

Entstehung und Behandlung der Glücksspielsucht

Die Glücksspielsucht wird heute als Sucht nosologisch eingeordnet. Das tiefenpsychologische Verständnis betrachtet süchtiges Glücksspielen als Selbstheilungsversuch, um Ich-Defizite und frustrierte Wünsche nach Anerkennung zu kompensieren. Der suchttheoretische Ansatz zieht Parallelen zum progressiv, phasenhaften Verlauf des Alkoholismus. Das Konzept zur psychischen Vulnerabilität betrachtet die Wechselwirkung zwischen spezifischer Bedürfnisstruktur und dazu passenden Glücksspielanreizen. Die symptomatische Behandlung richtet sich auf die ambivalente Veränderungsmotivation, dysfunktionale Kognitionen und Rückfallgefährdung

JÖRG PETRY, MARKUS WEIH

Die Einordnung der Glücksspielsucht als Impulskontrollstörung durch Kraepelin im Jahr 1899 hatte über ein Jahrhundert Bestand. Heute ist vergessen, dass bereits von anderen Psychiatern, zum Beispiel von H. Fischer, zur gleichen Zeit eine Beziehung zur „Trunk- und Morphinsucht“ hergestellt wurde. Die aktuelle nosologische Klassifikation der Glücksspielstörung (gambling disorder) erfolgte im Jahr 2013 im DSM-5 unter „nicht substanzbezogene Störungen“, in der ICD-10 als F63.0 als „pathologisches Spielen“ und in der ICD-11 als 6C50 „Störung durch süchtige Verhaltensweisen“ [1].

Epidemiologie und Soziodemografie

Die 12-Monatsprävalenz der Glücksspielsucht beträgt 0,34 % (0,6 % für Männer und 0,1 % für Frauen) und ist stark altersabhängig. Die Hauptrisikogruppe sind die 14- bis 30-Jährigen, wobei die besonders Betroffenen 14- bis 17-Jährigen eigentlich gar nicht an Glücksspielen teilnehmen dürfen. Neben dem Geschlecht und Alter besteht ein Zusammenhang mit weiteren soziodemografischen Merkmalen: geringe Schulbildung, Arbeitslosigkeit, Scheidung, Alleinleben und Migration [2].

Besonders an der Glücksspielsucht ist, dass sie die einzige nicht stoffgebundene Sucht ist, die einer staatlichen Regulierung unterliegt. So wurde zuletzt 2021 der Glücksspielstaatsvertrag reformiert.

Phänomenologie

Eine klinisch-deskriptive Unterteilung lässt sich anhand des bevorzugten Glücksspielmediums treffen (Geldspielautomat,

Roulette, Karten, Würfel, Sportwetten, Lotto, Toto, Online, Börse) [3]. Der Aufforderungscharakter dieser Glücksspielangebote ist sehr unterschiedlich, da sie von soziodemografisch differenzierbaren Gruppen genutzt werden, die eine jeweils charakteristische Motivationsstruktur aufweisen. In Deutschland bestimmen nach wie vor Glücksspieler an Geldspielautomaten die Behandlungsnachfrage. Dabei stellt der gewerbliche Geldspielautomat in Spielhallen und Gaststätten das zentrale Glücksspielmedium dar. Glücksspielsüchtige spielen meist viele Jahre mit hoher Intensität und zeigen zu Behandlungsbeginn erhebliche Auffälligkeiten, wie hohe Verschuldung, erhöhte Suizidneigung und häufige Delinquenz. Bei einer beträchtlichen Teilgruppe besteht zusätzlich eine stoffgebundene Sucht.

Das charakteristische Erleben wurde in dem autobiografischen Bericht des Journalisten und Glücksspielers Alexander Schuller dargestellt (siehe **Fallbeispiel: Die typische Karriere eines Geldautomatenspielers**) [4].

Mit der GSV-Skala (Glücksspielskalen für Screening und Verlauf) liegt ein validiertes und normiertes Instrument für Screening und Verlauf vor. Der Test besteht aus den zwei Untereinheiten, dem Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (KFG) und dem Schweriner Fragebogen zum Glücksspielen (SFG). Beide Fragebögen können separat eingesetzt werden und ergänzen sich in ihren diagnostischen Eigenschaften. Die Fragebögen können auch Veränderungen im Behandlungs- oder Krankheitsverlauf erfassen oder den Behandlungserfolg messen. Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) beträgt $\alpha = 0,79$ –

Die typische Karriere eines Geldautomatenspielers

Die Geschichte beschreibt die typische 15-jährige Karriere eines Geldautomatenspielers, der als 14-Jähriger nach einer ersten Gewinnerfahrung sofort von der neuen und geheimnisvollen Welt der Geldspielautomaten fasziniert ist. Er erlebt die Anerkennung in der Clique der Automatenspieler, den Stolz nach vermeintlich selbst herbeigeführten Gewinnen, die Möglichkeit der Entspannung in der Spielaktion wie bei einer „Fango-Packung“, den „Thrill“ beim Alles-oder-Nichts-Spiel bis hin zu einem Gefühl der Liebe und Nähe zu Gott, wenn alles auf dem Spiel steht. Gleichzeitig erfährt der „Automaten-Mann“ die zunehmende Verstrickung in das Glücksspielen durch die aus den Verlusten resultierende „Aufholjagd“, die zunehmend schwieriger werdende und viel Zeit in Anspruch nehmende Geldbeschaffung, wiederholte „Freikäufe“ durch nahe Bezugspersonen, die den Prozess immer wieder beschleunigen. Zwischenzeitliche Gewissensbisse, die jedoch rasch zurückgedrängt werden, führen gegen Ende der Entwicklung aber zu einer durch Rückfallerfahrungen unterbrochenen Glücksspielabstinenz. Schuller beschreibt dabei immer wieder ausführlich die „Arbeit“ am Automaten, die inneren Fehlwahrnehmungen über die Beeinflussbarkeit der Geldspielautomaten und bedient sich dabei der „Zockersprache“ [4].

0,84. Die Bearbeitungszeit liegt bei etwa fünf bis zehn Minuten (online unter <https://go.sn.pub/TPzPgJ>).

Entstehung

Die tiefenpsychologischen Konzepte widerspiegeln von ihren Anfängen bis heute die Weiterentwicklung von triebtheoretischen Vorstellungen zu modernen objektpsychologischen Annahmen. Glücksspielsucht wird als Selbstheilungsversuch auf dem Hintergrund einer narzisstischen Struktur angesehen. Das Glücksspielen hat die Funktion, Ich-Defizite, die aus der Frustration des frühkindlichen Bedürfnisses nach elterlicher Zuwendung entstanden sind, zu bewältigen [5]. Die Affektregulationsstörung steht im Brennpunkt, indem das Glücksspielen der Abwehr von Gefühlen der Ohnmacht und Hilflosigkeit dient [6].

Suchttheoretischer Ansatz

Das Mitte der 1970er-Jahre eingeführte Suchtmodell beschreibt das symptomatische Verhalten in Anlehnung an das Phasenmodell des Alkoholismus. Demzufolge wird der Verlauf als progressiv, alle Lebensbereiche umfassend, charakterisiert. Als wesentliches Glücksspielmotiv wird das Streben nach Gewinn betrachtet. Im Gegensatz zum psychodynamischen Ansatz konzentriert sich das suchttheoretische Konzept auf die phasenhaft verlaufende Suchtdynamik, die bis zu einem Tiefpunkt fortschreitet, woraus sich die Chance zur Umkehr ergibt. Die weit verbreitete Rezeption dieses Modells ist aber empirisch nicht belegt.

Vulnerabilitätsmodell

Glücksspielsucht im Sinne eines Vulnerabilitätsmodells lässt sich aus der Wechselwirkung der Bedürfnisstruktur von Glücksspielenden mit dem Aufforderungscharakter des Glücksspielangebotes beschreiben [7]. Im Zentrum steht die schwere

Selbstwertstörung, bei der das Selbst als „leer“ oder als ein „Nichts“ erlebt wird. Damit verbunden besteht eine gestörte Regulation unangenehmer Gefühle und eine individualistisch-konkurrierende Beziehungsbildung: Den Selbstwert bedrohende Gefühle des Versagens, der Trauer und Wut werden unterdrückt und stattdessen in aktionsreichen Ersatzhandlungen abreagiert. Diese Bedürfnisstruktur bildet die Anfälligkeit für Glücksspielangebote als äußere Anreizsituation, da diese eine Möglichkeit bieten, den Selbstwert zu erhöhen, unangenehme Gefühle zu unterdrücken und gleichzeitig distanziert kontrollierte Interaktionsmuster herzustellen. Dabei kommt es zu einer illusionären Verwechslung der Spiel- mit der Ernstebene, sodass die unmittelbare Befindlichkeitsänderung über die Orientierung an den realen Konsequenzen dominiert [8]. Die endlose Jagd, entstandene Verluste durch verstärktes Glücksspielen auszugleichen (chasing), bestimmt die weitere Suchtkarriere [9].

Studien

In einer Querschnittstudie wurden Glücksspielsüchtige, Alkoholsüchtige und depressive Patienten, die hinsichtlich des Geschlechts, Alters, der Schulbildung und des Erwerbsstatus identisch waren, untersucht. Die Glücksspieler wiesen eine schwere depressive Selbstwertstörung auf. Sie hielten jedoch mithilfe innerer Selbsttäuschungen eine äußere Fassade der Selbstsicherheit und Handlungskompetenz aufrecht. Weiterhin bestand eine verminderte Impulskontrolle mit Ausrichtung auf die unmittelbare Bedürfnisbefriedigung [10].

Eine weitere Untersuchung ergab deutliche Belege für die Validität des Modells: Es wurde eine Gruppe von Glücksspielsüchtigen mit einer normalen Kontrollgruppe und einer Gruppe von Alkoholikern verglichen. Die Stichproben waren hinsichtlich des Geschlechts und Alters parallelisiert. Die postulierten Merkmale der Selbstwertproblematik, Gefühlsdysregulation und Beziehungsstörung wurden jeweils mittels zweier Merkmale operationalisiert. Ein diskriminanzanalytischer Vergleich mit der Normalgruppe bestätigten die Modellannahmen: Die Glücksspielsüchtigen wiesen einen negativen emotionalen Selbstwert (Selbstwertproblematik) auf. Sie litten unter größeren Alltagsbelastungen, verbunden mit einer maladaptiven Bewältigung von unangenehmen Gefühlen (Gefühlsdysregulation) und sie berichteten von negativen kindlichen Erfahrungen mit den Eltern und stärkeren Problemen in der aktuellen Partnerschaft (Beziehungsstörung). Im Vergleich mit Alkoholikern aber hat sich die Selbstwertproblematik als unspezifisch erwiesen. Spezifisch für die Glücksspielsüchtigen waren jedoch eine maladaptive Gefühlsregulation und negative kindliche Erfahrungen mit den Eltern. Kritisch ist festzuhalten, dass mit dem Modell lediglich die unmittelbare Interaktion zwischen Glücksspielsüchtigen und ihren Geldspielangeboten erfasst wurde [11].

Zusammenfassend zeigte sich, dass Glücksspielsüchtige durch das Glücksspielen ihren Selbstwert steigern, unangenehmen Gefühlen ausweichen und nahe Beziehungen vermeiden. Die gesellschaftlich (soziale Deprivation) und kulturell (Migrationshintergrund) bedingte Lebensweise der Betroffenen und deren glücksspielspezifischer Lebensstil (dysfunktionale Denkmuster und Verhaltensmuster) bleiben allerdings unberücksichtigt.

Behandlung

Die Behandlung muss sich zunächst auf das exzessive Glücksspielen selbst richten, um die Glücksspielabstinenz zu festigen. Dabei ist es erforderlich, die ambivalente Veränderungsmotivation, dysfunktionale Kognitionen und die Rückfallgefährdung einzubeziehen.

Nicht konfrontative Strategien

Hinsichtlich der Motivation kann die Ambivalenz gegenüber dem Glücksspielen anhand nicht konfrontativer Strategien bearbeitet werden [12]. Dabei sollte die Diskrepanz zwischen der unmittelbar positiv erlebten Gefühlsveränderung und den langfristig negativen Folgen des Glücksspielens bewusst werden. Im Zentrum steht die Herausarbeitung der Funktionalität des Problemverhaltens, um daraus Therapieziele abzuleiten. Die Erfassung des Glücksspielens erfolgt in Beziehung zum situativen Kontext und damit verbundenen inneren Bewertungsprozessen.

Veränderung kognitiver Verzerrungen

Darüber hinaus richtet sich die Behandlung auf die Veränderung kognitiver Verzerrungen, die für die Aufrechterhaltung des Glücksspielens von Bedeutung sind. Grundlage bildet die sozial-kognitive Theorie der Verwicklung in das Glücksspielen [13]. Ausgangspunkt bilden drei zentrale irrationale Denkweisen, die sich durch normale psychische Prozesse erklären lassen. Es handelt sich um die „Kontrollillusion“, also die Annahme, dass beim Glücksspielen mehr persönliche Einflussnahme möglich ist, als dies objektiv der Fall ist. Weiterhin bestehen verzerrte Bewertungen der Glücksspielergebnisse, indem Gewinne den eigenen Kompetenzen, Verluste aber äußeren, nicht veränderbaren Hindernissen oder unglücklichen Umständen zugeschrieben werden. Schließlich entwickelt sich die „Gefangennahme“, das heißt die verstärkte Bindung an eine gewählte Handlungsstrategie aufgrund der bereits erfolgten „Investitionen“, obwohl diese bereits gescheitert ist.

Rückfallgefährdung

Die Bearbeitung der Rückfallgefährdung als Bestandteil des Genesungsprozesses bildet einen weiteren Schwerpunkt [14]. Die Mehrzahl der Rückfälle lässt sich auf eine geringe Anzahl von Risikosituationen reduzieren. Deren Erfassung verweist auf Gemeinsamkeiten mit Alkoholikern, Rauschmittelsüchtigen, Rauchern und Essgestörten, wobei auch spezifische Unterschiede bestehen. Negative körperliche Empfindungen, positive Emotionen und Situationen, in denen ein suchtspezifischer sozialer Konformitätsdruck besteht, werden von Glücksspielsüchtigen als weniger risikohaft erlebt. Dagegen sind sie besonders in Situationen gefährdet, die mit negativen Gefühlszuständen verbunden sind, eine innere oder äußere Versuchung darstellen oder eine Herausforderung zum Testen der eigenen Kontrollfähigkeit beinhalten [15].

Dauerhafte Bewältigung

Zur dauerhaften Bewältigung ist es erforderlich, die zugrunde liegenden Störungen des Selbstwertes, der Gefühlsregulation und Beziehungsgestaltung zu bearbeiten.



© Dream-Emotion / Fotolia.com

Auch das Kartenspiel ist eines der bevorzugten Glücksspielmedien.

Selbstwertproblematik

Die im Zentrum stehende Selbstwertproblematik äußert sich in einer starken Diskrepanz zwischen den nach außen gezeigten Verhaltensmustern und der dazu diametral erlebten inneren Befindlichkeit [16]. Werden Betroffene zu einer Selbstbeschreibung aufgefordert, so werden am häufigsten äußere Merkmale wie Unruhe, Verschlossenheit, Dominanz, Unehrllichkeit und Aggressivität genannt. Wohingegen bei der Beschreibung der inneren Befindlichkeit am häufigsten Merkmale wie Verletzbarkeit, Sehnsucht nach Zuwendung, Nervosität, Selbstunsicherheit und Ängstlichkeit thematisiert werden. Daraus ergibt sich ein Spannungszustand, da innere Unsicherheit durch ein dominant-selbstsicheres Auftreten überspielt wird, Nähe- und Geborgenheitswünsche unter einem sozial distanzierten Verhalten verborgen und die innere Unruhe durch nach außen gezeigter Gelassenheit überdeckt werden.

Gefühlsregulation

Bezogen auf die gestörte Gefühlsregulation stehen die sichtbare Unruhe und der starke Aktionsdrang im Vordergrund, da angenommen wird, dass glücksspielanfällige Personen chronisch über- oder untererregt sind [17]. Das andauernde Glücksspielen erklärt sich bei einer psychophysiologisch untererregten Person durch die Beseitigung dieses unangenehmen Mangelzustandes und bei Übererregten als Ausdruck ihres Bedürfnisses nach Reizsuche. Der Aktionsdrang von Glücksspielern zu Beginn einer Behandlung hat die Funktion, bedrohliche Gefühle abzuwehren. Die Behandlung erfordert die Unterbrechung dieser Überaktivität, um zu einer verbesserten Gefühls-wahrnehmung zu gelangen. Dieser Prozess löst zunächst Klagen über Langeweile und ständigen „Spieldruck“ aus. Die Betroffenen vermeiden damit die notwendige Auseinandersetzung mit unangenehmen Gefühlen der Einsamkeit, Angst vor Ablehnung und Wut.

Beziehungsstörung

Hinsichtlich der Beziehungsstörung, die sich als einseitige Austauschorientierung in Form einer individualistisch-kompeti-

tiven Vergrößerung des eigenen Vorteils interpretieren lässt, können dafür typische Beziehungsmuster durch gruppendynamische Interaktionsübungen bewusst gemacht werden. Eine geeignete Methode ist die „Quadratübung“, die kooperatives beziehungsweise kompetitives Verhalten in Kleingruppen aktualisiert [18]: Die Teilnehmer erhalten nach einem festgelegten Plan Bausteine, die durch stummen Austausch zu gleich großen Quadraten zusammenzufügen sind. Da nur eine gemeinsame Lösungsmöglichkeit besteht, kann es im Verlauf zu Einzellösungen kommen, die andere Teilnehmer blockieren. Dieses Verfahren führt aufgrund des Spielcharakters zur Handlungsaktivierung, sodass Besonderheiten des individuellen Interaktionsverhaltens deutlich werden. Viele Glücksspieler zeigen ein hektisches, leistungsorientiertes Verhalten, bei dem sie auf ihre selbstbezogene Position konzentriert sind. Es fällt Beobachtern deshalb nicht schwer, auftretende Gefühle von Ärger oder Überlegenheit, Rückzug oder Genugtuung zu beobachten und diese zurückzumelden. So können individuell unterschiedliche Probleme der Beziehungsgestaltung verdeutlicht werden.

Differenzielle Strategien

Die klinische Psychologie untersucht Individuen, die in bestimmten Merkmalen von der Regel abweichen. So kann es gelingen, Hinweise auf Gesetzmäßigkeiten zu finden, die allgemeine Gesetze über das Erleben und Handeln überlagern. Im klinischen Anwendungsfeld lässt sich entsprechend die Behandlungseffektivität verbessern, wenn es gelingt, innerhalb eines Störungsbildes systematische Unterschiede zwischen Untergruppen zu finden und daraus differenzielle Behandlungsstrategien abzuleiten.

In darauf spezialisierten Kliniken werden neben Behandlungsangeboten für den typischen Glücksspieler (junger, deutschsprachiger Mann oder Immigrant), mit den häufigsten komorbiden Störungen (affektive Störungen, Persönlichkeitsstörungen oder Alkoholproblematik) zusätzliche differenzielle Behandlungsmaßnahmen angeboten. Eine solche Behandlung berücksichtigt neben soziodemografischen Besonderheiten (Geschlecht, Alter), selten auftretenden komorbiden Störungen (illegale Rauschmittel, ADHS, psychotische Störungen, pathologischer PC/Internetgebrauch) und ethnischer Herkunft (türkisch- und russischsprachige Patienten) auch das besondere Behandlungssetting (Eltern-Kind-Behandlung, Adaptionsbehandlung, Soziotherapie chronisch mehrfach behinderter Glücksspieler) [19].

Effektivität

Es liegen bisher keine kontrollierten Studien vor, in denen aussagekräftige Belege für die Wirksamkeit einzelner Bestandteile der multimodalen Behandlung gefunden wurden. Inzwischen lässt sich die allgemeine Effektivität der stationären Rehabilitation im deutschsprachigen Raum katamnestisch gut belegen [20]. Zur ambulanten Behandlung liegen wenige ältere Einzelfallstudien und lediglich eine katamnestische Studie vor, die ähnliche Ergebnisse erbrachten [21].

Bei der metaanalytischen Betrachtung aller in den 1990er-Jahren durchgeführten deutschsprachigen Untersuchungen zur

stationären Behandlung ergab sich für neun Studien eine Erfolgsquote (durchgehende Abstinenz oder Abstinenz nach Rückfall) zwischen 43,1 % und 66,7 % in Bezug auf die Gesamtstichprobe (Berechnungsformel 4) über ein Jahr nach der Behandlung.

Die aussagekräftigste Katamnese (Ausschöpfungsquote 97,9 %) umfasste 48 Patienten einer kurz- bis mittelfristigen psychosomatischen oder mittel- bis langfristigen suchttherapeutischen Behandlung. Darüber hinaus wurden die objektiven Daten des Rehabilitationsverlaufs und der Arbeitsunfähigkeitszeiten der Kostenträger erfasst. Es erfolgte ein realer Vorher-Nachher-Vergleich, indem das Glücksspielverhalten und die objektiven Daten im Jahr vor der Behandlung und einem Jahr nach der Behandlung vergleichend erfasst wurden. Es ergab sich eine Erfolgsquote von 60,4 %, davon 41,7 % mit durchgehender Abstinenz. Gleichzeitig fand sich eine signifikante Reduzierung der Arbeitsunfähigkeitstage um 38 %. Hinweise auf eine „Suchtverlagerung“ waren nicht zu verzeichnen, dafür aber eine tendenzielle Verbesserung (Reduzierung bei Missbrauch oder Abstinenz bei Sucht) des Umgangs mit Alkohol und anderen Rauschmitteln sowie eine Verminderung psychosomatischer und psychischer Beschwerden. Darüber hinaus konnte eine signifikante Reduzierung der Verschuldung festgestellt werden [22].

Die Effektivität der stationären Rehabilitationsbehandlung konnte in einer späteren multizentrischen Studie bestätigt werden. In fünf Kliniken wurden alle zwischen dem 1. Oktober 2009 und dem 30. September 2010 entlassenen Patienten (n = 617) bei Aufnahme, Entlassung und zwölf Monate nach der Behandlung untersucht. Die Erfolgsquote lag in Bezug auf die Gesamtstichprobe bei 39,7 % und in Bezug auf die Antwortenden bei 71,0 %. Nach einer großangelegten Non-Responder-Studie (n = 11.026) zur Rehabilitation Alkoholsüchtiger kann angenommen werden, dass die Erfolgsquote in Bezug auf die Gesamtstichprobe (hier 39,7 %) mindestens 10 % höher liegt [23]. Die Quote der Erwerbstätigen stieg von 45,7 % bei Therapiebeginn auf 60,9 % zum Katamnesezeitpunkt. Als Risikofaktoren für die Aufrechterhaltung der Glücksspielabstinenz erwiesen sich eine geringe Fähigkeit zum Umgang mit negativ getönten Gefühlen, eine hohe Anzahl von Spieltagen pro Monat, hohe kognitive und emotionale Involviertheit in das Glücksspielen, eine geringe Anzahl glücksspielfreier Tage vor Behandlungsbeginn sowie Arbeitslosigkeit [24].

Fazit für die Praxis

Die Glücksspielsucht wird heute nicht mehr als Impulskontrollstörung, sondern als Sucht nosologisch eingeordnet. Die Prävalenz ist bei jungen Männern, Migranten und sozial Deprivierten erhöht. Unterschiedliche Glücksspielangebote wenden sich an soziodemografisch differenzierbare Gruppen. Am häufigsten werden Geldspielautomaten in Spielhallen und Gaststätten genutzt. Glücksspielsüchtige weisen eine erhöhte Verschuldung, Suizid tendenz und Delinquenz auf.

Das tiefenpsychologische Verständnis betrachtet süchtiges Glücksspielen als Selbstheilungsversuch, um Ich-Defizite und frustrierte Wünsche nach Anerkennung zu kompensieren. Der suchttherapeutische Ansatz zieht Parallelen zum progressiv, phasenhaften

Verlauf de Alkoholismus. Das Konzept zur psychischen Vulnerabilität betrachtet die Wechselwirkung zwischen spezifischer Bedürfnisstruktur und dazu passenden Glücksspielanreizen. Süchtiges Glücksspielen hat die Funktion den Selbstwert zu erhöhen, unangenehme Gefühle zu unterdrücken und distanziert-konkurrierende Beziehung herzustellen. Die Validität dieses Modells konnte empirisch belegt werden.

Die symptomatische Behandlung richtet sich auf die ambivalente Veränderungsmotivation, dysfunktionalen Kognitionen und Rückfallgefährdung. Darüber hinaus müssen der erniedrigte Selbstwert, die gestörte Gefühlsregulation und distanzierte Beziehungsgestaltung biografisch eingeordnet und durch eine hoffnungsbegabende therapeutische Beziehung aufgefangen werden. Differenzielle Behandlungsstrategien sind geschlechts- und altersspezifisch und berücksichtigen die ethnische Herkunft. Effektivitätsstudien konnten mittels selbst- und fremdkatamnestischen Angaben sowie objektiven Daten zur Arbeits- und Erwerbsfähigkeit die hohe Wirksamkeit der multimodalen Rehabilitation von Glücksspielsüchtigen belegen.

Literatur

- Kraepelin E. Psychiatrie – ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Zweiter Band. Norderstedt: Verlag der Wissenschaften, 2015 (ursprünglich 1899) WHO
- Benz M. Glücksspielen und Glücksspielsucht in Deutschland. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2019
- Petry J. Glücksspielsucht. Göttingen: Hogrefe, 2003
- Schuller H. Jackpot: Aus dem Leben eines Spielers. München: Bastei-Lübbe, 2009
- Schütte F. „Spielsucht“ und Narzissmus. Suchtgefahren. 1987;33:126–36
- Vent P. Spielsucht als Affektregulation. Stuttgart: Klett-Cotta, 1999
- Petry J. Psychotherapie der Glücksspielsucht. Weinheim: Psychologie Verlags Union 1996
- Oerter R. Das kindliche Spiel aus entwicklungspsychologischer und handlungstheoretischer Sicht – gibt es Verbindungen zur Glücksspielsucht? In Füchtenschnieder I & Witt H (Hrsg.), Adoleszenz und Glücksspiel (S. 11–20). Geesthacht: Neuland, 1998
- Lesieur HR. The compulsive gambler's spiral of options and involvement. Psychiatry. 1979;42:79–87
- Petry J & Jahrreiss R Stationäre medizinische Rehabilitation von „Pathologischen Glücksspielern“: Differentialdiagnostik und Behandlungsindikation. Deutsche Rentenversicherung. 1999;3/99:96–218
- Vierhaus M et al. Zur Validität des Modells zur psychischen Vulnerabilität der Glücksspielsucht. Sucht. 2012;58(3):183–93
- Hodgins DC et al. Motivational enhancement and self-help treatments for problem gambling. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2001;69:50–7
- Walker MB. The psychology of gambling. Oxford: Pergamon, 1992
- Harris JL. A model for treating compulsive gamblers through cognitive-behavioral approaches. In E M Stern (ed.). Psychotherapy and the self-contained patient (pp. 211–226). New York: Haworth Press, 1989
- Cummings C et al. Relapse: Prevention and prediction. In W R Miller (ed.). The addictive behaviors (pp. 291–321). Oxford UK.: Pergamon, 1980
- Kagerer P. Zur Vater-Sohn-Problematik bei Glücksspielsüchtigen. In I Füchtenschnieder & H Witt (Hrsg.). Adoleszenz und Glücksspiel (S. 34–48). Geesthacht: Neuland, 1998
- Jacobs DFA. general theory of addictions: A new theoretical model. Journal of Gambling Behavior. 1986;2:15–31
- Antons K et al. Praxis der Gruppendynamik: Übungen und Modell (S. 166 ff.). Göttingen: Hogrefe, 2019
- Petry J. Differentielle Behandlungsstrategien bei pathologischem Glücksspielen. Freiburg: Lambertus, 2013
- Petry J. Glücksspielsucht: Entstehung, Diagnostik und Behandlung (S. 90 ff.), 2003. Göttingen: Hogrefe
- Tecklenburg H-J. Ambulante Rehabilitation bei pathologischem Glücksspiel. Suchtmedizin 2012;5:207–15
- Petry J, Jahrreiss R. Stationäre medizinische Rehabilitation von „Pathologischen Glücksspielern“: Differentialdiagnostik und Behandlungsindikation. Deutsche Rentenversicherung. 1999;3/99:96–218
- Bernert S, Krüger T, Spyra K. Effektivität der stationären Alkoholentwöhnung – Was ist mit den katamnestischen Non-Respondern. Berlin: Kurzbericht der Charité für das BMG. 2018
- Premper V et al. Multizentrische Katamnese zur stationären Behandlung von pathologischen Glücksspielern. Sucht. 2014;60(6),331–44

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass sie sich bei der Erstellung des Beitrages von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließ. Sie legen folgende potenzielle Interessenkonflikte offen: J. Petry erklärt eine ehrenamtliche Tätigkeit als stellvertretender Vorsitzender des gemeinnützigen Fachverbandes Glücksspielsucht e.V.

Der Verlag erklärt, dass die inhaltliche Qualität des Beitrags durch zwei unabhängige Gutachten geprüft wurde. Werbung in dieser Zeitschriftenausgabe hat keinen Bezug zur CME-Fortbildung. Der Verlag garantiert, dass die CME-Fortbildung sowie die CME-Fragen frei sind von werblichen Aussagen und keinerlei Produktempfehlungen enthalten. Dies gilt insbesondere für Präparate, die zur Therapie des dargestellten Krankheitsbildes geeignet sind.

AUTOREN

**Dr. phil. Dipl.-Psych.
Jörg Petry**

Weststraße 62
33615 Bielefeld

joerg.petry@google-mail.com

**Prof. Dr. med.
Markus Weih, MME**

Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie
Medic Center Nürnberg
Mitglied des Vorstands BVDN Bayern
Hauptplatz 5, 90402 Nürnberg
m.weih@mediccenter.net



Entstehung und Behandlung der Glücksspielsucht

FIN gültig bis 14.7.2022:

NT22N6rG

Teilnehmen und Punkte sammeln können Sie

- als e.Med-Abonent*in von SpringerMedizin.de
- als registrierte*r Abonent*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.

? Wie hoch ist ungefähr die jährliche Häufigkeit der Glücksspielsucht in Deutschland?

- ☐ Unter 0,1 %
- ☐ 0,3–0,4 %
- ☐ 0,7–0,8 %
- ☐ 1,05 %
- ☐ Über 2 %

? Welche Aussage zu den gesetzlichen Rahmenbedingungen von Glücksspiel trifft zu?

- ☐ Glücksspiel ist in Deutschland grundsätzlich staatlich verboten.
- ☐ Gewerbliche Geldautomaten sind ein eher neues Phänomen.
- ☐ Kartenspiel in einem gemeinnützigen Verein ist als Vorstufe zur Sucht kritisch zu sehen.
- ☐ 2021 wurde der Glücksspielstaatsvertrag reformiert.
- ☐ Kontrollbehörden arbeiten seit langem gut an der medizinischen Kontrolle der Glücksspielsucht.

? Welche Aussage zur Phänomenologie und Soziodemografie zur Glücksspielsucht trifft am ehesten zu?

- ☐ Oft jüngere Männer und überzufällig Migranten an gewerblichen Geldspielautomaten
- ☐ Wohlhabende, einsame, ältere Menschen in Spielcasinos
- ☐ Lotto-Toto-Spieler auf dem Land
- ☐ Seit Corona gibt es nur noch Online-Glücksspiele.

- ☐ Es handelt sich vorwiegend um illegale Sportwetter.

? Ein 29-jähriger Mann kommt zu Ihnen wegen einer Depression in Behandlung. Als Auslöser nennt er eine langjährige Glücksspielsucht. Welche Aussage zu Ätiologie und Prognose trifft am wenigsten zu?

- ☐ Beginn mit einer zufälligen Gewinnersfahrung
- ☐ Verstärkung durch die positiv erlebte Atmosphäre in Spielbanken
- ☐ Anerkennung durch das Personal der Spielhalle
- ☐ Der „Kick“ beim Glücksspielen ist der entscheidende Punkt.
- ☐ Abstinenz ist rasch und unkompliziert zu erwarten.

? Was trifft zur Entstehung und Verlauf und Typologie der Glücksspielsucht am ehesten zu?

- ☐ Lässt sich einfach aus der Freudschen Triebtheorie herleiten.
- ☐ Entspricht suchttheoretisch der Alkoholsucht.
- ☐ Es gibt allgemein abgrenzbare Phasen im Verlauf aller Glücksspieler.
- ☐ Narzisstische Persönlichkeitstypen haben immer einen schlechten Verlauf.
- ☐ Für das psychologische Vulnerabilitätsmodell gibt es empirische Belege.

? Welche dysfunktionalen Denkweisen gibt es *nicht* bei der Glücksspielsucht?

- ☐ „Ich habe die Sache unter Kontrolle“.
- ☐ „Ich weiß, wie man gewinnt“.
- ☐ „Ich gewinne öfter, als ich verliere“.
- ☐ „Wenn ich verliere, muss ich den Einsatz steigern“.
- ☐ „Je früher ich aufhöre, desto geringer ist der Verlust“.

? Was trifft für die Behandlung der Glücksspielsucht am ehesten zu?

- ☐ Die dysfunktionalen Denkweisen müssen vom Therapeuten akzeptiert werden.
- ☐ Das exzessive Glücksspielen muss sofort unterbunden werden.
- ☐ Der dysfunktionale Charakter des Verhaltens muss herausgearbeitet werden.
- ☐ Die Motivation sollte durch die Konfrontation mit der Privatinsolvenz gesteigert werden.
- ☐ Die kurzfristig positiven Erlebnisse müssen stets verstärkt werden.

? Welche Aussage zur differenziellen Behandlungsstrategien bei Glücksspielsucht trifft zu?

- ☐ Alkohol, ADHS und pathologischer PC-/Internetgebrauch spielen in der Behandlung keine Rolle.
- ☐ Eine antidepressive Behandlung steht meist im Vordergrund.
- ☐ Alter und Geschlecht der Spieler kann vernachlässigt werden.
- ☐ Spezialisierte Therapeuten und Kliniken gibt es leider nicht.

Dieser CME-Kurs wurde von der Bayerischen Landesärztekammer mit zwei Punkten in der Kategorie I (tutoriel unterstützt 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](https://www.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.

- Es gibt individualisierte Behandlungsangebote auf psychotherapeutischer Ebene.
- ❓ **Ein 58-jähriger Patient kommt auf Druck der Ehefrau in Ihre Behandlung, nachdem das ererbte Vermögen durch Glücksspielsucht verloren ist. Welche Aussage zur Therapie ist zutreffend?**
 - Die Erfolgsquote der Therapien liegt unter 20 %.
 - Es gibt zahlreiche randomisierte Studien zur guten Effektivität einer multiprofessionellen Intervention.
 - Die Therapie erfolgt meist zulasten des Sozialamts.
 - Die Prognose durch eine ambulante oder stationäre Therapie ist meist gut.
 - Die Anzahl glücksspielfreier Tage und die Arbeitslosigkeit vor Therapiebeginn spielt bei der Prognose keine Rolle.
- ❓ **Was trifft auf den Umgang mit der Glücksspielsucht *nicht* zu?**
 - Das Problem mit den Glücksspielsüchtigen ist weiter bedeutsam.
 - Unter Immigranten gibt es überzufällig viele Menschen mit einem Risiko für Glücksspielsucht.
 - Es gibt bis heute kein klares Störungsmodell.
 - Durch die Therapie von spezialisierten Kliniken und Therapeuten kann das Ergebnis verbessert werden.
 - Die Behandlung ist vorwiegend psychotherapeutisch.



© pto / forolia.com

Aktuelle CME-Kurse aus der Psychiatrie

► Transkranielle Gleichstromstimulation bei kognitiven Störungen der Schizophrenien

aus: NeuroTransmitter 4/2022
von: T. Schwippel, S. Galefski,
C. Plewnial-Heller
zertifiziert bis: 11.4.2023
CME-Punkte: 2

► Bewegung, körperliche Aktivität und Sport bei depressiven Erkrankungen

aus: NeuroTransmitter 1-2/2022
von: A. Bendau, M. Petzold, A. Ströhle
zertifiziert bis: 9.2.2023
CME-Punkte: 2

► Mini-ICF-APP – Operationalisierung psychischer Funktionseinschränkungen

aus: NeuroTransmitter 11/2021
von: M. Weih, M. Linden, B. Muschalla
zertifiziert bis: 10.11.2022
CME-Punkte: 2

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

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

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

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



Inebilizumab zur Therapie der NMOSD zugelassen

Die europäische Kommission hat die Zulassung für Inebilizumab (Uplizna®) zur Monotherapie bei Erwachsenen mit AQP4-IgG-assoziierten Neuromyelitis-optica-Spektrum-Erkrankungen (NMOSD) erteilt. Inebilizumab wirkt auf die CD19-B-Zellen und hemmt so den entzündlichen Prozess. Die klinische Zulassungsstudie N-MOMentum bestätigte die Wirkung des Antikörpers: Es reduzierte sich die Schubrate der Studienteilnehmer signifikant und anhaltend. **red**

Nach Informationen von Horizon

Schlafstörungen: Daridorexant zugelassen

Anfang Mai hat die Europäische Kommission die Marktzulassung für Daridorexant (Quviviq®) zur Behandlung von Erwachsenen mit Schlafstörungen bekannt gegeben. Daridorexant ist der erste duale Orexin-Rezeptorantagonist in Europa; über die Hemmung des wachheitsfördernden Neuropeptids Orexin gelingt ein erholsamerer Schlaf bei verbesserter Tagesaktivität. Die Zulassung stützt sich auf die positive Stellungnahme der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA). **red**

Nach Informationen von Idorsia

Infectopharm übernimmt Ritalin®-Produktfamilie

Das Unternehmen Infectopharm hat am 1. Mai 2022 Zulassung und Vertrieb des verschreibungspflichtigen Arzneimittel-Portfolios der Marke Ritalin® (Wirkstoff: Methylphenidathydrochlorid) in Deutschland übernommen. Zur Produktfamilie gehören Ritalin® 10-mg-Tabletten sowie Kapseln mit verzögerter Wirkstofffreisetzung (Retardformulierungen) Ritalin® LA und Ritalin® Adult. Die Präparate sind zur Therapie der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab sechs Jahren und Erwachsenen zugelassen. Unverändert führt die aktuelle S3-Leitlinie Methylphenidat als Goldstandard bei der medikamentösen Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS auf. Alle drei Präparate werden laut Infectopharm gleichbleibend weitergeführt. **red**

Nach Informationen von Infectopharm

Morbus Wilson: Praktische Hinweise zur Diagnosestellung

➔ Um Fehl- sowie verspätete Diagnosen zu vermeiden, gaben Experten Hinweise zur Diagnosestellung bei Verdacht auf Morbus Wilson.

Morbus Wilson ist eine seltene genetische Störung des Kupferstoffwechsels, die mit toxischen Einlagerungen von Kupfer (z.B. Radikalbildung) in der Leber, im Gehirn und in anderen Organen einhergeht. Menschen mit Morbus Wilson wiesen dementsprechend viele Anzeichen und unterschiedliche Symptomkonstellationen auf, gab Prof. Dr. Alfons Schnitzler, Direktor des Instituts für Klinische Neurowissenschaften und Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum in Düsseldorf, zu bedenken. Unbehandelt könnten hepatische, neurologische sowie psychiatrische Manifestationen lebensbedrohliche Auswirkungen haben.

Frühmanifestationen können durch episodische hämolytische und hepatisch-ikterische Schübe sowie unklare Anämie, Leukopenie oder Thrombozytopenie charakterisiert sein. Im Zentralnervensystem (ZNS) gehen Frühmanifestationen mit psychischen Auffälligkeiten und zum Teil noch passageren neurologischen Befunden wie Tremor, Schreib-, Schluck- und Sprechstörungen einher. Bis zur Pubertät überwiegen meistens Manifestationen mit hepatischer und/oder hämolytischer Symptomatik, danach dominieren neurologische (z.B. Dysarthrie, posturaler Tremor, Dystonie, Parkinsonismus, Ataxie, Chorea) und psychiatrische (u.a. Verhaltensstörung, Depression, Persönlichkeitsstörung, Hypomanie) Symp-

tomatiken, ergänzte Schnitzler. Manifestationen des Morbus Wilson treten überwiegend zwischen dem fünften und 45. Lebensjahr auf, mit einem Häufigkeitsgipfel zwischen dem 13. und 24. Lebensjahr.

Besondere Aufmerksamkeit bei Verdacht auf Morbus Wilson sollte geboten sein, wenn bei Angehörigen des Patienten ein Fall bekannt ist, und gegebenenfalls per Zufallsbefund ophthalmologisch ein Kayser-Fleischer-Kornealring auffällt, der in 85–90 % der Fälle vorkommt.

Bei unklaren (progressiven) extrapyramidalen Beschwerden sollte immer auch an Morbus Wilson gedacht werden. Darüber hinaus lohne sich die Befragung nach psychiatrischen und hepatischen Symptomen in der Vorgeschichte, so der Rat von PD Dr. Christian Hartmann von der Klinik für Neurologie am Uniklinikum Düsseldorf.

Bei der medikamentösen Therapie des Morbus Wilson kommen verschiedene Wirkstoffe zum Einsatz. In der Initialtherapie wird das akkumulierte Kupfer mittels Chelatoren entfernt und in der Erhaltungstherapie kommen Chelatoren oder Zinksalze infrage, um eine erneute Kupferanreicherung zu verhindern. Unter Chelatoren könnten sich allerdings neurologische Symptome verschlechtern, sodass eine Therapie niedrigdosiert begonnen und nur schrittweise gesteigert werden sollte, betonte Hartmann. **Dr. Christine Willen**

Virtuelles Symposium „Selten, aber gut behandelbar“ beim DPG-Kongress, 25.3.2022; Veranstalter: Alexion

Inhalatives Levodopa zur Überwindung von Off-Phasen bei Morbus Parkinson

➔ Mitte 2022 wird eine neue On-demand-Medikation zur Überwindung von Off-Phasen unter der Therapie mit Levodopa und dem Dopa-Decarboxylase-Inhibitor bei fortgeschrittenem Morbus Parkinson zur Verfügung stehen: ein Levodopa-Trockenpulver zur inhalativen Anwendung, dessen Wirkung bereits nach 10 Minuten eintritt. Die orale Parkinson-Therapie spreche laut Prof. Dr. Thomas Müller, Chefarzt der Klinik

für Neurologie am Alexianer St. Joseph-Krankenhaus in Berlin, in der Frühphase der Erkrankung oft gut an. Sie zielt darauf ab, den zunehmenden Dopaminmangel auszugleichen und die kontinuierliche Stimulierung der Dopaminrezeptoren wiederherzustellen. Der Goldstandard, den meist alle Patienten irgendwann erhalten, ist die Dopaminvorstufe Levodopa in Kombination mit einem Dopa-Decarboxylase-Inhibitor

(DDCI) [Olanow CW. *Mov Disord* 2019; 34:812–5]. Im Verlauf führten nach Müller allerdings unter anderem krankheitsbedingte Störungen der Darmmotilität sowie Schluckstörungen dazu, dass bei oraler Einnahme von Levodopa dessen Wirkspiegel im Blut sowie die Dopaminspiegel im Striatum immer stärker schwanken, sodass die Dopaminrezeptoren zunehmend pulsatil stimuliert werden. Dadurch sind Off-Phasen mit unzureichender Wirksamkeit der Therapie möglich, in denen die Patienten nicht oder sehr eingeschränkt beweglich sind.

Inhalatives Levodopa (Inbrija®) sei nach Ansicht von Müller eine sehr gute Weiterentwicklung zur schnellen Überwindung von Off-Phasen. Das Trockenpulver wird mit einem speziellen Inhalator eingeatmet, sodass die Applikation den Gastrointestinaltrakt umgeht. Die Zulassung in der Europäischen Union basiert auf einer Phase-III-Studie, in der 351 Patienten mit fortgeschrittenem Parkinson und Off-Perioden unter

oralem Levodopa/DDCI bei Eintreten der Off-Perioden Levodopa in zwei Dosierungen oder Placebo inhalierten. Nach zwölf Wochen zeigte sich bei Inhalation von Levodopa innerhalb von 10 Minuten eine deutliche Besserung der Motorik, der Unterschied gegenüber Placebo war bei der höheren Dosis nach 30 Minuten signifikant ($p=0,0088$) [LeWitt PA et al. *Lancet Neurol* 2019;18:145–54].

In einer Phase-III-Studie zur Sicherheit hatte das inhalative Levodopa das bekannte Sicherheitsprofil von Levodopa. Im Vergleich zur oralen Therapie war Husten häufiger, bei den Lungenfunktionsparametern gab es keinen Unterschied [Grosset DG et al. *Parkinsonism Relat Disord* 2020;71:4–10].

Petra Eiden

Online-Symposium „Neue Inhalationstherapie zum Management von Off-Perioden bei Parkinson“ beim Deutschen Kongress für Parkinson und Bewegungsstörungen, 26.3.2022; Veranstalter: Esteve

Mögliche Strategien zur Vermeidung von neutralisierenden Antikörpern bei BoNT-Therapie

➔ Langzeitergebnisse aus der klinischen Praxis zur Anwendung von Botulinum-Neurotoxin (BoNT) Typ A bei Bewegungsstörungen deuteten darauf hin, dass die Bildung von neutralisierenden Antikörpern (NAB) bei hoher Einzeldosis häufiger auftritt, schilderte Prof. Dr. Philipp Albrecht, Leitender Oberarzt an der Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Düsseldorf, die Studienlage. Der Experte verdeutlichte das anhand einer Beobachtungsstudie zum Auftreten neutralisierender Antikörper nach langjähriger BoNT-Anwendung, eingeteilt nach Indikation: Spasmus hemifacialis, Blepharospasmus, zervikale Dystonie, Spastik und andere Dystonieformen. In dieser Kohorte ($n=596$) entwickelten insgesamt 13,9% der Patienten eine NAB. Die Betroffenen erhielten öfter höhere Dosen und sprächen schlechter auf die Behandlung an, so Albrecht [Albrecht P et al. *Neurology*. 2019;92(1):e48–e54].

Die Risiken eines antikörpervermittelten sekundären Therapieversagens (NAB-cSTF) scheinen darüber hinaus auch mit dem verabreichten BoNT-Typ in Zusammenhang zu stehen. In einer monozentrischen, retro-

spektiven Kohortenstudie ($n=471$) mit Probanden, die zwischen den Jahren 1995 und 2015 mit einer BoNT-Therapie begonnen hatten, traten die meisten NAB-cSTF-Fälle bei Patienten auf, die eine Behandlung mit AbobotulinumtoxinA (AboBoNT/A) erhielten, oder die im Laufe der Therapie von einem BoNT-Typ auf einen anderen umgestellt worden waren. Patienten unter IncoBotulinumtoxinA (IncoBoNT/A, z.B. Xeomin®), so Albrecht, zeigten dagegen ein niedrigeres Risiko für NAB [Walter U et al. *Neurology* 2020;94(20):e2109–20]. Daher solle insbesondere bei zervikaler Dystonie eine möglichst geringe Dosis verwendet und ein unnötiger Wechsel zwischen verschiedenen Formulae vermieden werden. Seien hohe Einzeldosen oder frühe Reinjektionen erforderlich, solle IncoBoNT/A in Betracht gezogen werden, empfahl Albrecht.

Dr. Christine Willen

Virtuelles Symposium „Botulinum Neurotoxin Typ A frei von Komplexproteinen – Was gibt es Neues?“, beim Deutschen Kongress für Parkinson und Bewegungsstörungen, 26.3.2022; Veranstalter: Merz

Psyche und Soma bei ADHS

Eine ADHS-Erkrankung geht oft mit einer somatischen Komorbidität einher. So konnten klare Assoziationen mit Diabetes, Adipositas, Restless-Legs-Syndrom, Epilepsie, Migräne, Asthma und Zöliakie gezeigt werden. Auch Unfälle und neurometabolische sowie -degenerative Erkrankungen konnten vermehrt bei ADHS-Patienten beobachtet werden.

Eine frühzeitige und konsequente medikamentöse Therapie (z.B. mit Medikinet® adult) der ADHS ist ausschlaggebend für eine Reduktion der Unfallhäufigkeit und des Auftretens von somatischen Komorbiditäten. Außerdem kann eine adäquate Edukation zum Thema gesunde Lebensweise Begleiterkrankungen wie Adipositas oder COPD verhindern. Das EU-Forschungsprojekt Eat2beNICE untersucht, ob ein ungesunder Lebensstil Aggression, Impulsivität und zwanghaftes Verhalten verstärkt. **red**

Nach Informationen von Medice

Schizophrenie: Real-World-Evidenz für Aripiprazol-Depot

In Real-World-Studien aus Deutschland und Kanada wurde die Wirksamkeit einer sechsmonatigen Behandlung mit Aripiprazol-Depot (Abilify Maintena®) auf die psychopathologischen Symptome, den Schweregrad und die Funktionalität bei Patienten mit Schizophrenie untersucht. Eine Verringerung der Werte in der Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) von durchschnittlich 48,1 auf 36,5 zeigt einen signifikanten Rückgang der psychopathologischen Symptome. Erkrankte bis zum Alter von 35 Jahren profitierten am deutlichsten von der Therapie: Ihr BPRS-Gesamtwert verbesserte sich um durchschnittlich 12,4 Punkte, während die Verbesserung bei Patienten über 35 Jahren bei 10,8 Punkten lag. Dieses Ergebnis unterstreicht die Vorteile einer möglichst frühzeitigen Therapie mit Depot-Antipsychotika. Der Funktionsstatus und das Wohlbefinden der Patienten besserten sich ebenfalls signifikant, gemessen anhand der Global Assessment of Functioning-Skala und der BPRS-Response, definiert als Verbesserung des BPRS-Gesamtscores um mindestens 20% gegenüber Baseline. Der Anteil der Patienten, die in den ersten sechs Monaten eine Remission erreichten, betrug 45,2%. **red**

Nach Informationen von Otsuka/Lundbeck

Migränefreie Monate möglich machen

Durch eine Prophylaxe mit dem monoklonalen Antikörper Galcanezumab (Emgality®) lässt sich bei Migränapatienten die Anzahl der Kopfschmerztagetage schnell und anhaltend reduzieren – und gleichzeitig besteht die Chance auf einzelne migränefreie Monate. Das ermöglicht den Patienten, wieder vollständig am Alltag teilzunehmen. Die italienische Real-World Studie GARLIT zeigte, dass der Calcitonin-Gene-Related-Peptide (CGRP)-Antikörper auch in der klinischen Praxis gut verträglich und wirksam ist, um episodische oder chronische Migräne zu verhindern. Durch die Therapie halbierte sich die Zahl der Migränetage innerhalb eines Monats bei 76,5 % der Patienten. Bei rund einem Drittel reduzierte sich die Zahl der monatlichen Migränetage um 75 %. Einige Patienten zeigten sogar eine Ansprechrate von 100 % auf Galcanezumab und erreichten somit migränefreie Monate. Generell nahmen auch Stärke und Dauer der Schmerzen ab. Die Patienten sprachen schnell und anhaltend auf die Behandlung an, zum Teil bereits ab der ersten Woche, und zwar bei episodischer oder chronischer Migräne.

red

Nach Informationen von Lilly

Eine maskierte ADHS erkennen

Eine adulte ADHS wird häufig von einer Suchterkrankung überlagert. Insbesondere unter Personen mit Alkoholkonsumstörungen gibt es eine signifikant erhöhte Rate an nicht diagnostiziertem ADHS, weswegen bei dieser Gruppe routinemäßig ein Screening auf ADHS vorgenommen werden sollte. So neigen von ADHS Betroffene zu Verhaltenssuchten, Substanzabusus und riskantem Sexualverhalten. Die komorbide ADHS wirkt sich zudem erheblich auf die Schwere der Abhängigkeitsstörung aus. In der S3-Leitlinie ADHS stellt die Psychoedukation den Kern der Behandlung dar. Daran schließt die Pharmakotherapie an, die mit psychotherapeutischen Maßnahmen kombiniert werden sollte. Langwirksame Stimulanzien wie Lisdexamfetamin (Elvanse Adult®) stellen eine evidenzbasierte First-line-Therapie dar. Allerdings sollte man bei Suchtpatienten vorsichtig und sorgfältig vorgehen, da Missbrauch und eine Weitergabe von Betäubungsmitteln vorkommen können.

red

Nach Informationen von Takeda

Alzheimer-Krankheit: Neustart mit veränderten Vorzeichen

➔ Bei der Therapie der Alzheimer-Krankheit wird es in den nächsten Jahren spannend. Man hat aus den Erkenntnissen der Vergangenheit gelernt und neue Studien mit monoklonalen Antikörpern wie Gantenerumab aufgelegt.

Mit Antidementiva lassen sich die Symptome der Alzheimer-Demenz beeinflussen, auf den Krankheitsprozess haben sie jedoch keinen Einfluss. Die aktuelle Forschung setzt daher auf eine verlaufsverzögernde Therapie. Am weitesten fortgeschritten ist die passive Immunisierung mittels monoklonaler Antikörper wie beispielsweise Gantenerumab, einem Beta-Amyloid-Antikörper in Phase III. „Erste Studien mit dem Prüfmedikament wurden 2014 gestoppt, da man erkannt hat, dass Gantenerumab zwar wirksam ist, die eingesetzten Dosen jedoch deutlich zu niedrig waren“, erklärte Prof. Dr. Timo Grimmer, TU München.

In einer offenen Extensionsstudie (SCarlet RoAD OLE) erhielten die Patienten daher eine höhere Dosis von bis zu 1.200 mg Gantenerumab subkutan alle vier Wochen [Klein G et al. Alz Res Therapy. 2019;11:101]. „Nach 36 Monaten lagen 80 % der Teilnehmer unter der Nachweisschwelle der Amyloid-Positivität“, berichtete der Psychiater.

Aufgrund dieser Erfahrung wurden die Zulassungsstudien mit höherer Dosis neu begonnen. Derzeit laufen die beiden multizentrischen, placebokontrollierten Phase-III-Parallelgruppen-Studien GRADUATE I und II mit jeweils rund 750 Patienten mit prodromaler bis milder Alzheimer-Erkrankung. „Ende des Jahres erwarten wir erste Ergebnisse“, berichtete Grimmer, der sich davon interessante Daten zum Nutzen-Risiko-Verhältnis erhofft.

Für die weitere Phase-III-Studie SKYLINE werden derzeit Patienten mit früher Alzheimer-Erkrankung ohne kognitive Beeinträchtigungen rekrutiert, die jedoch wegen einer zerebralen Amyloid-Akkumulation ein Risiko für die Krankheit aufweisen. Die rund 1.200 Teilnehmenden werden bis zu vier Jahre lang entweder Placebo oder Gantenerumab erhalten. Zu klären ist, ob Gantenerumab die Krankheitsprogression bei diesen Risikopatienten verlangsamen kann.

Dr. Marion Hofmann-Aßmus

Hybrides Industriesymposium „Neue Perspektiven bei Diagnose und Therapie der Alzheimer-Krankheit“ beim 128. DGIM-Kongress, Wiesbaden, 30.4.2022; Veranstalter: Roche

Multiple Sklerose: Stillen oder nicht stillen?

➔ Seit mehreren Jahren ist ein Anstieg der Schwangerschaftsraten bei Frauen mit Multipler Sklerose (MS) zu beobachten. Umso wichtiger sind fundierte Kenntnisse zur Sicherheit der krankheitsmodifizierenden Therapien für Mutter und Kind – auch während der Stillzeit.

Zwischen den Jahren 2006 und 2014 haben sich die Schwangerschaftsraten in der Population von MS-Patientinnen von 7,9 % auf 9,5 % erhöht [Houtchens MK et al. Neurology. 2018;91:e1559–69]. Schwangerschaft und Entbindung nehmen bei Frauen mit MS in der Regel einen normalen und mit der Allgemeinbevölkerung vergleichbaren Verlauf [Vukusic S, Marignier R. Nat Rev Neurol. 2015;11: 280–9]. Dennoch seien eine gründliche Beratung und eine gute interdis-

ziplinäre Zusammenarbeit von Neurologen, Gynäkologen, Hebammen und Anästhesisten wichtig, so Prof. Dr. Kerstin Hellwig, Leiterin der neurologischen Ambulanz und Poliklinik der Ruhr-Universität Bochum im St. Josef-Krankenhaus. „Da post partum mit einem ausgeprägten Anstieg der Krankheitsaktivität zu rechnen ist, stellt sich für viele Frauen die Frage, ob sie stillen können oder darauf verzichten sollen.“

Für den seit über 20 Jahren in der MS-Therapie etablierten Immunmodulator Glatirameracetat (GA, Copaxone®) gibt es nun neue Real-World-Daten, die die Entscheidung für das Stillen erleichtern könnten, ohne gleichzeitig eine MS-Therapie auszuschließen. Die nicht interventionelle COBRA-Studie verglich retrospektiv die Daten

von jeweils 60 Patientinnen aus dem Deutschen MS- und Schwangerschaftsregister (DMSKW), die entweder unter GA-Therapie stillten oder nach der Geburt keine krankheitsmodifizierende Therapie erhielten [Ciplea A et al. EAN virtual 2021, A-21-0036]. Bei der Auswertung ergaben sich keine Hinweise auf mögliche negative Auswirkungen

der GA-Therapie auf die Gesundheit und Entwicklung der gestillten Kinder. Weder bei den Hospitalisierungsraten und dem Einsatz von Antibiotika noch bei den Wachstums- und Entwicklungsparametern fanden sich signifikante Unterschiede zwischen den beiden Kohorten. Die Ergebnisse der COBRA-Studie haben dazu geführt, dass

GA 20 mg/ml oder GA 40 mg/ml nun auch bei stillenden Müttern mit schubförmiger MS eingesetzt werden kann.

Abdol A. Ameri

Pressegespräch „Neurocluster – Migräne und Multiple Sklerose im Fokus – adäquate Versorgung sichern und Therapieoptionen berücksichtigen“, 3.3.2022; Veranstalter: Teva

Schizophrenie: Depotantipsychotika für mehr Patientenstabilität

Die Non-Adhärenz der Patienten ist bei der Behandlung der Schizophrenie ein großes Problem. Depotantipsychotika könnten hier weiterhelfen, werden in Deutschland aber bislang noch zu selten eingesetzt. Ein neuartiges Risperidon-Präparat macht die Behandlung nun deutlich einfacher.

Rückfälle sind ein großes Problem in der Schizophrenie. Jeder Rückfall führe dazu, dass Patienten weniger gut auf die medikamentöse Therapie ansprechen und sich die Prognose verschlechtere, erklärte Prof. Dr. Christoph Correll, Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters an der Charité Universitätsmedizin Berlin.

Ein großer Risikofaktor für Rückfälle ist die Non-Adhärenz der Patienten, die bei Schizophrenie bis zu 40 % beträgt [Kane JM et

al. World Psychiatry. 2013;12:216–26]. Hier könnten Depotantipsychotika Abhilfe schaffen.

Seit Mitte April steht mit Risperidon ISM® (Okedi®) ein neues Depotantipsychotikum zur Behandlung von Patienten mit Schizophrenie zu Verfügung, das im Gegensatz zu bisher verfügbaren Risperidon-Formulierungen nur einmal monatlich verabreicht werden muss. Aufgrund der neuen Galenik wird der therapeutische Wirkspiegel bereits wenige Stunden nach der ersten Injektion erreicht und bleibt stabil, ohne eine zusätzliche orale Medikation [Walling DP et al. Drug Devel Ther 2021;15:4371–82]. Somit kann 24 Stunden nach der letzten oralen Risperidon-Dosis direkt auf das Depot gewechselt werden.

In der multizentrischen, randomisierten, doppelblinden, placebokontrollierten Pha-

se-III-Zulassungsstudie reduzierten sich bei Patienten mit akuter Exazerbation und schwerer bis mittelschwerer Schizophrenie-symptomatik (PANSS 80–120 + CGI $\geq$ 4) unter Risperidon ISM® (100 mg oder 75 mg) der mittlere PANSS-Gesamt-Score ab Tag 8 signifikant gegenüber Placebo, ebenso die Positiv- und die Negativsymptome [Correll CU et al. NPJ Schizophr. 2020;6:37] – und das bei „sehr hohen Effektstärken“ von 0,78 (75 mg) bis 0,87 (100 mg), wie Prof. Dr. Stefan Leucht von der Sektion Evidenzbasierte Medizin in der Psychiatrie der TU München hervorhob. Die positiven Ergebnisse hielten auch über die zwölfmonatige offene Verlängerungsphase an, bei den für Risperidon typischen Nebenwirkungen wie Kopfschmerzen (12,1 %), Hyperprolaktinämie (9,8 %), Asthenie (5,1 %), Gewichtszunahme (4,2 %) und Schlaflosigkeit (4,2 %) [Filts Y et al. Schizophr Res. 2022;239:83–91]. Die Rückfallquote betrug in der zwölfmonatigen Beobachtungszeit 10,7 %, die Rehospitalisierungsrate 4,2 % – „im Vergleich zu anderen Studien sehr niedrig“, so Leucht. Bislang werden Depotantipsychotika in Deutschland jedoch nur zurückhaltend verschrieben. Nur 8 % der medikamentös eingestellten Schizophreniepatienten erhalten ein Depot [Arrango C et al. Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed). 2019;12:92–105]. „Es ist sehr viel weniger der Patient, es ist vielmehr der Verschreiber, dem es nicht so genehm ist, diese Medikation vorzuschlagen. Wir müssen es aber tun. Weil Patientenstabilität doch das Primat sein sollte in unserer Behandlung“, resümierte Correll.

Dr. Lamia Özgör

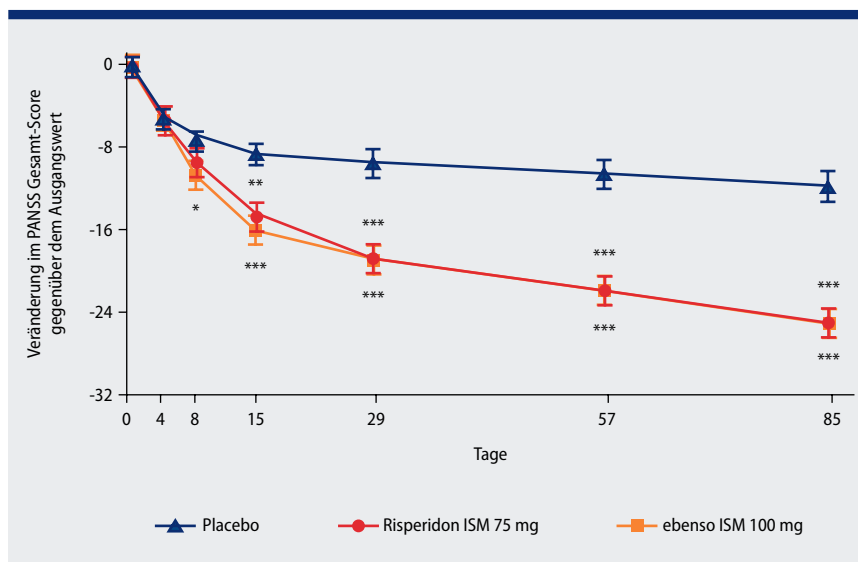


Abb. 1: Mittlere Veränderung des PANSS-Gesamtscore unter Placebo, 75 mg und 100 mg Risperidon ISM® [Correll CU et al. NPJ Schizophr. 2020;6:37]

Einführungspressekonferenz „Okedi® – Ein neues Depot-Antipsychotikum mit schnellem Wirkeintritt auf Basis der innovativen ISM®-Technologie“, 25.4.2022, München; Veranstalter: Rovi

Journal

Größer, komplexer und stets im Wandel: Einst umfasste eine psychiatrische Klassifikation acht Gruppen. In der ICD-11 sind es inzwischen 28.

Von Todesstatistiken zur ICD-11

Historische Entwicklung psychiatrischer Klassifikationssysteme

„Eine Klassifikation ist eine Möglichkeit, die Welt zu einem bestimmten Zeitpunkt zu sehen.“ – So beschreibt Norman Sartorius es, wenn es ums Kategorisieren geht. Die Geschichte des DSM und der ICD verrät, wie Perspektiven und Theorien psychische Erkrankungen und ihre Einteilung beeinflusst haben.

Nach vielen Jahren der Vorbereitung ist die ICD-11 seit 1. Januar 2022 nun offiziell in Kraft. In den nächsten fünf Jahren können die WHO-Mitgliedsstaaten ihre Mortalitätsdaten nach dieser Codierung übermitteln, danach müssen Sie es. Die lange Übergangsphase zeigt die Vielschichtigkeit psychiatrischer Krankheitslehren und ihrer Klassifikationen. Vor diesem Hintergrund sollen die Entwicklungen der beiden großen psychiatrischen Klassifikationssysteme – DSM und ICD – in diesem Kontext Revue passieren und verglichen werden. Dabei zeigt sich eindrücklich das Dilemma jeglicher psychiatrischer Klassifikation, dass nicht zugleich phänomenologisch und kausal klassifiziert werden kann – eine Etikettierung ist unvermeidlich.

Mittelalter und frühe Neuzeit

Im ausgehenden Mittelalter und in der frühen Neuzeit dominierte die offensichtliche Phänomenologie, indem biologisch-botanische Analogien aus der Pflanzenwelt und Evolution bemüht wurden mit dem Versuch, diese auf psychische Krankheiten zu übertragen, siehe von Sydenham oder Linnaeus [1].

19. Jahrhundert

In der frühen naturwissenschaftlichen Medizin entstanden Vorläufer moderner psychiatrischer Diagnosesysteme. Im Großen und Ganzen waren das einfache Klassifikationssysteme mit vor allem ätiologischen Vermutungen. In der deut-

schen Psychiatriegeschichte sind hier – in extremer Kurzform – zu nennen:

- Stadienlehre oder Einheitspsychose nach Wilhelm Griesinger (1817–1868),
- Klinisch-nosologische Einteilung nach Karl Ludwig Kahlbaum (1828–1899), Erstbeschreibung Hebephrenie und Katatonie,
- Einteilung nach Emil Kraepelin (1856–1926) in endogene, exogene und psychogene Krankheitsformen, Prägung der Begriffe Dementia Praecox und Schizophrenie,
- Reaktionstypen nach Karl Bonhoeffer (1868–1968), endogene und exogene Delirien,
- Deskriptive psychopathologische Methodik nach Karl Jaspers (1883–1969) [2],
- Klinische Psychopathologie nach Kurt Schneider (1887–1967), Symptome des 1. und 2. Ranges,
- Wernicke-Kleist-Leonhardschule (Lokalisation und Neurobiologie/Gehirnpathologie nach Carl Wernicke [1848–1905], Karl Kleist [1879–1960], Karl Leonhard [1904–1988]).

Demgegenüber sind moderne Klassifikationen schon lange hypothesenfrei und logisch strukturiert. Auch psychiatrische Lehrbücher orientieren sich zunehmend daran. Dieses operationalisierte Vorgehen ist aber keine Eigenheit moderner psychiatrischer Klassifikationen, sondern geht auf epistemologisch-wissenschaftsphilosophische Sätze zurück, wie sie der US-amerikanische Physiker und Nobelpreisträger Percy Williams

Bridgman schon vor fast 100 Jahren vorstellte [3]. Semiologisch kann jede Klassifikation schließlich auch als Metapher verstanden werden, nämlich als wortwörtlicher Transfer eines komplexen Phänomens in leicht verständliche Begrifflichkeiten. Diese feinen Unterschiede entstanden jedoch erst im 20. Jahrhundert. Ausgangspunkte der heutigen Klassifikationen waren recht grobe Statistiken des 19. Jahrhundert.

Die Geschichte des DSM

Die Entwicklung des DSM-Systems vollzog sich in drei Phasen (Tab. 1):

1. Pre-DSM,
2. frühe Versionen im 20. Jahrhundert (DSM-I und -II),
3. modernes DSM (DSM-III bis 5).

Ausgangspunkt war die amerikanische Volkszählung im Jahr 1840. „Idiocy/in-sanity“ war hierbei die einzige psychiatrische Kategorie. Der Schwerpunkt lag also auf der statistischen Erfassung einer organischen Hirnerkrankung oder Intelligenzminderung. Parallel mit der gesellschaftlichen und medizinischen Entwicklung kritisierten die American Medico-Psychological Association (AMPA), eine Vorläufergesellschaft der American Psychiatric Association (APA), diesen sehr groben Census mehrfach.

Im Jahr 1880 wurden sieben Krankheitsgruppen unterschieden: Demenz, Dipsomanie (Alkoholismus), Epilepsie, Manie, Melancholie, Monomanie und Paresen; diese standen weiterhin in Analogie zu biologischen Taxonomien.

Tab. 1: Entwicklung des DSM

Phase	Name	Jahr	Kategorien/Erkrankungen
Pre-DSM	Census	1840	1
	AMPA	1880	7
	APA-Manual	1917	22
	Medical 203	1943	52
Frühes DSM	DSM-I	1952	102
	DSM-II	1968	182
Modernes DSM	DSM-III	1980	265
	DSM-IV	1994	297
	DSM-5	2013	450

Nomenclature of Psychiatric Disorders and Reactions

Office of the Surgeon General, Army Service Forces
War Department Technical Bulletin, Medical 203

Originally published in JCLP, 2, 289-296 (1946). © 2000 John Wiley & Sons, Inc. J Clin Psychol 56: 925-934, 2000.

Medical 203 – Vorläufer des DSM aus dem Jahr 1946

(Quelle: J Clin Psychology, 1946, 2, pp 289–96 Wiley Verlag, mit freundlicher Genehmigung)

Biologisch-organische Theorien seit 1917

Die nächste größere Reform des „Statistical Manual for the Use of Institutions for the Insane“ im Jahr 1917 unterschied ganze 22 Kategorien. Dahinter stand Kraepelin mit seinen biologisch-organisch-nosologischen Theorien. In den folgenden Jahrzehnten modifizierte sich das Statistical Manual neunmal ohne Fortschritte im Bereich der Diagnose.

Sigmund Freud und die Weltkriege

Zwischenzeitlich lenkte der psychodynamische Ansatz Sigmund Freuds (1856–1939) und Adolf Meyers (1866–1950) in Europa und nach dem 2. Weltkrieg auch in den USA den Fokus auf die Rolle von Umwelt- und Stressfaktoren.

Vor allem das Konzept der „Psychoneurosen“ von Militärangehörigen in den Weltkriegen bestätigte ein breites Spektrum psychischer Reaktionsformen.

Eine wichtige Rolle spielte ein Dokument namens „War Department Technical Bulletin: Medical 203“, kurz Medical 203 aus dem Jahr 1946. Darin wurde eine einheitliche psychodynamische Nomenklatur gefordert, weil viele Kriegsveteranen psychiatrisch behandelt werden mussten. Es fanden sich Begriffe wie phobische Reaktion, Dissoziation, Konversation und Somatisierungsstörung. Es benannte als Ursachen erstmals die Lebensumstände oder Stressreaktionen und war in fünf Gruppen mit 106 Krankheitskategorien unterteilt:

1. Anpassungsstörungen,

2. psychoneurotische Erkrankungen,
3. Erkrankungen des Charakters und des Verhaltens,
4. Intelligenzstörungen und
5. Psychosen.

Diese Einteilung übernahm das DSM-I in großen Teilen, gliederte aber in zwei Hauptgruppen mit 102 Kategorien:

1. organische Hirnerkrankungen (Trauma, Intoxikation, Intelligenzstörung),
2. psychosoziale und Umwelt-Stressreaktionen und Anpassungsstörungen.

„Neo-Kraepelin“ reformiert DSM II

Das DSM-II war im Kern ein erweitertes DSM-I, blieb aber analytisch. Erst das DSM-III besaß moderne, revolutionäre Züge: Wichtigste Stichworte sind ein deskriptiver, neutraler, wissenschaftlicher, elementaristischer psychopathologischer Ansatz und eine konsequente Operationalisierung. „Reaktion“, „Neurosen“ und Homosexualität wurden gestrichen. Übereuphorisch galt das DSM-III als Sieg der Wissenschaft über die Ideologie und die wissenschaftliche Denkweise als „Neo-Kraepelin“.

Robert L. Spitzer (1932–2015) war der entscheidende Kopf dahinter. Bis heute ist man in Deutschland stolz darauf, dass das DSM-III viele seiner Konzepte wie die klassischen Erstrangsymptome aufnahm; und das in einem modernen Gewand mit klaren Einschlusskriterien.

Auch der psychologische und logische Empirismus mit seiner Methodik, wie die Psychopathometrie, Ratingskalen, Checklisten und strukturierte Interviews, prägte und beeinflusste das DSM.

Zeitgleich erfolgten viele FDA- und europäische Zulassungen auf DSM-Diagnosen – das galt auch für die psychiatrische Epidemiologie und gilt bis heute.

Im DSM-IV ab dem Jahr 1994 wurden klinische Signifikanzkriterien eingeführt, einige Persönlichkeitsstörungen gestrichen und es wurde sich dem ICD-System angenähert.

Gegenwart: DSM-5

Das DSM-5 (wirklich 5, nicht römisch!) definierte das Autismus-Spektrum genauer und fügte die Binge-Essstörung hinzu. Aus dem Begriff „retardation“ wurde „intellectual disability“. Depressionen, Ängste, Zwänge und vieles mehr wurden reklassifiziert. Alle Subtypen

der Schizophrenie wurden gelöscht – die Anzahl der spezifischen Diagnosen wuchs dadurch nur gering. Wann das DSM-6 kommt, ist noch unklar.

Die Entwicklung der ICD

Dem DSM gegenüber steht die ICD (Tab. 2). Ihren Ursprung formten Klinikstatistiken und internationale Todesursachenzählungen [4]. Auch die frühen ICD-Versionen zeigten nur grobe Einteilungen. In der Reichsirrenstatistik im Jahr 1901 genügten acht Kategorien. Der „Würzburger Schlüssel“ im Jahr 1930 basierte auf Kraepelins Einteilung mit 21 Kategorien plus Unterkategorien. Das war 1941 im ICD-5 kaum anders. So findet sich die Depression als Geisteskrankheit (Nr. 84) und kann nur als bipolare Depression (84c) oder in einem Sammelsurium verschiedener psychischer Störungen wie Neurasthenie oder „Zerrüttung“ (84d) codiert werden.

Erste internationale ICD der WHO

Die ICD-6 im Jahr 1948 war die erste allgemeine globale Krankheitsklassifikation der WHO. Sie galt als Kompromiss zwischen Nomenklatur, ätiologischer Einteilung und Kontinuität. Sie umfasste 17 Hauptgruppen, darunter eine für Geisteskrankheiten. Klassifiziert wurde nach dreistelliger mit untergeordneter vierstelliger Systematik (DAS, VAS).

Erst die ICD-8 führte im Jahr 1968 neue Krankheitsgruppen ein. Seitdem werden amerikanische Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken auch in der ICD codiert. Viele Psychiater kennen die ICD-8 vielleicht noch. Sie mussten sich zur ICD-9 nicht groß umgewöhnen, denn das Prinzip der Codierung blieb gleich. Eine allgemeine biaxial-ätiologische Einteilung nach Anatomie und Ätiologie wurde verworfen, taucht aber in dem bis heute verwendeten Stern-Kreuz-System leicht verändert wieder auf.

Störung statt Krankheit im ICD-10

Ein größerer Schritt war die ICD-10 ab dem Jahr 1990, die in drei Versionen vorliegt: diagnostische Leitlinien („rot“), Forschungskriterien („blau“) und Primärversorgung („grün“). Die Codierung ist alphanumerisch (A00–Z99); sie erlaubt mehr Kategorien. Psychische Störungen finden sich im berühmten Kapi-

tel F (V). Allgemein ist das Konzept wie in allen modernen Klassifikationen konsequent „atheoretisch“ gehalten. So wird man die „endogene Depression“ vergeblich suchen. Auch wird bevorzugt von Störungen statt Krankheiten gesprochen.

Die alte Dichotomie Neurose vs. Psychose kam im ICD-10 nicht mehr vor, der Begriff „neurotisch“ findet sich nur selten in den genannten psychischen Störungen, beispielsweise in der Neurasthenie. Ein eigenes System liegt für die Kinder- und Jugendpsychiatrie vor.

Ausblick auf die aktuelle ICD-11

Die ICD-10 ist mit nun über 30 Jahren am längsten in Gebrauch. Sie wird vor allem wegen ihrer Steife und fehlender Diagnosen, wie Bulimie, kritisiert. Der Großteil der tätigen Ärzte kennt vermutlich trotzdem nichts anderes.

Die bevorstehende ICD-11 wird viel Neues bringen. Psychische Störungen enthält jetzt das Kapitel sechs. Die Codierung ist alphanumerisch-gruppiert-alphanumerisch, zum Beispiel wird Alkoholabhängigkeit (bisher F10.20–26) zu 6C40.20–24. Neue Diagnose-Codes kommen hinzu, wie die Binge-Eating-Störung, Katatonie, Bipolar-II-Störung, komplexe PTBS, das zwanghafte Horten und viele mehr. Darüber hinaus wird es erhebliche Reklassifikationen geben – so bei den Schizophrenien, Persönlichkeits-, Ess- oder Zwangsstörungen.

Leider ließen sich ICD und DSM nicht vereinen. Dafür könnte die ICD-11 genauer, leichter und flexibler werden. Schön wäre es, die ICF einfach zu integrieren. Die Geschichte zeigt, was DSM und ICD mit dem Bundestag und einem Hefezopf gemeinsam haben: Alle tendieren dazu, sich mit der Zeit auszudehnen.

Fazit

Im Vergleich von ICD und DSM zeigt sich deutlich, dass beide psychiatrischen Klassifikationssysteme trotz unterschiedlicher Entwicklung ein Spiegel ihrer Zeit sind. Jede Revision verfeinerte und erweiterte die Vorherige. Während das amerikanische DSM seinen Anfang in der Volkszählung nahm, waren Krankenhausdiagnosen, Mortalität und Morbidität Ausgangspunkte der ICD. Die ICD-11 wird die psychiatrischen Codes neu sortieren. Ob das Prävalenzen und Therapien ändert, bleibt abzuwarten.

Tab. 2: Entwicklung des ICD

Name	Jahr	Kategorien, Kommentar
ICD-4	1929	24 Kategorien; ca. 82 Diagnosen
ICD-5	1941	ca. 200 Diagnosen
ICD-6	1948	10 Psychosen, 9 Psychoneurosen, 7 Charakterstörungen
ICD-7	1958	keine relevanten Änderungen
ICD-8	1968	ca. 400 Diagnosen
ICD-9	1975	30 Gruppen: organische Psychosen, andere Psychosen, Neurosen, Persönlichkeitsstörungen
ICD-10	1990	gruppiert-alphanumerisch, 100 Kategorien
ICD-11	2022	alphanumerisch-gruppiert-alphanumerisch, über 100 Kategorien

Literatur

1. Daniel Mason Honor Hsin. A more perfect arrangement of plants: the botanical model in psychiatric nosology, 1676 to the present day. History of Psychiatry. 2018 Vol 29(2):131–46
2. Markus Jäger, Konzepte der Psychopathologie. Von Karl Jaspers zu den Ansätzen des 21. Jahrhunderts. Karl Jaspers Bibliothek, Kohlhammerverlag, 2016 Stuttgart
3. Bridgman PW. The Logic of Modern Physics. 1927
4. International List of Causes of Death: ICD

AUTOREN

Prof. Dr. med. Markus Weih

Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie
Medic-Center, Nürnberg
Mitglied des Vorstands
BVDN Bayern
markus.weih@gmx.de



Prof. Dr. med. Markus Jäger

Ärztlicher Direktor – Bezirkskrankenhaus Kempten, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Ulm

Kristin Hjellegjerde Gallery

Starke Schwestern

In den letzten NeuroTransmitter-Ausgaben sind einige Künstler präsentiert, die von der dynamischen Galerie Kristin Hjellegjerde vertreten werden, die die Inhaberin und gleichsam Namensgeberin im Jahr 2012 in London eröffnete. Es folgten zwei Dependancen in Berlin, geleitet von ihrer Halbschwester Eva Ostendorf, und eine Sommergalerie in Norwegen. Die Hjellegjerde Gallery zählt zu den wichtigsten 500 weltweit und stellt innovative zeitgenössische Werke aufstrebender und etablierter internationaler Kunstschaaffender aus.

? Warum liegt einer der Schwerpunkte der Galerie auf afrikanischer Kunst?

Kristin Hjellegjerde: Meine erste Äthiopien-Reise vor acht Jahren mit vielen Künstlerateliers-Besuchen inspirierte mich nachhal-

tig. Die Auswahl der Künstlerinnen und Künstler ist dabei ein sehr organischer Prozess für mich. Mir ist vor allem wichtig, dass die Werke ein starkes Narrativ haben – daher zeigen wir auch viele afrikanische Positionen. Unter anderem arbeiten wir nach wie vor sehr eng mit dem wunderbaren Dawit Abebe (NeuroTransmitter-Ausgabe 4/2022) zusammen. Da ich aufgrund meiner Herkunft auch spannende Talente meiner Heimat Norwegen kenne, vertreten wir beispielsweise Vibeke Slyngstad, die herrliche delikate und detaillierte Gemälde malt, oder Martine Poppe, eine zumeist abstrakte Künstlerin, die eine Rock'n'Roll-Persönlichkeit hat, aber sehr poetische und ruhige Werke produziert. Wir sind mittlerweile eine richtige internationale Galeriefamilie geworden mit 45 Mitgliedern aus 23 Ländern.

? Was unterscheidet Euch von anderen Galerien?

Kristin: Uns ist es enorm wichtig, starke Positionen zu zeigen, die sich Gedanken um unsere Welt machen – sei es um unsere Umwelt, politisch oder soziodemografisch. In unserer heutigen Welt können wir nicht schweigen!

? Die Berliner Dependance der Galerie wurde im Jahr 2018 eröffnet. Wie nehmt Ihr Eure Positionierung in der dortigen Kunstszene wahr?

Eva Ostendorf: Trotz Berlins lebendiger Kunstszene konnten wir feststellen, dass vor allem die im deutschsprachigen Raum noch nicht so etablierten Positionen unter anderem vom afrikanischen Kontinent, aber auch aus dem Mittleren und Nahen Osten immer



Kristin Hjellegjerde (oben) und ihre Halbschwester Eva Ostendorf



Vibeke Slyngstads „Sønstegård XVI“, 2021, Oil on Canvas, 40 × 65 cm



Martine Poppes „The effect it has“, 2022, Oil on polyester restoration fabric, 160 × 110 cm



Muhammad Zeeshan „Nangeli 11“, 2021, gouache on wasli, 69,8 × 97,8 cm

wieder wegen ihrer Narrative mit dichter Authentizität für begeistertes Feedback sorgen, zum Beispiel mit der gerade gezeigten Ausstellung von Tewodros Hagos (NeuroTransmitter-Ausgabe 5/2022).

? Was macht Dir an Deiner Arbeit besonders Spaß?

Eva: Noch vor einigen Jahren hätte ich mir in meinem damaligen BWLer-Umfeld nicht vorstellen können, die Berliner Galerie meiner Schwester zu leiten – und nun bin ich unendlich dankbar. Ein Aha-Erlebnis in den Anfangsmonaten der Galerie hatte ich mit dem pakistanischen Künstler Muhammad Zeeshan, der bei uns eine einprägsame Ausstellung zu afghanischen Flüchtlingslagern in Pakistan gezeigt hat. Als wir uns über unsere Kindheit unterhielten, ist mir erstmals klar geworden, in welcher „Bubble“ wir hier in Deutschland leben. Zeeshan musste als Kind Geld mit Hahnenkämpfen verdienen, um die Familie finanziell zu unterstützen. Als sensibler kleiner Junge hat er sich aber nicht erfolgreich angestellt und da er auch als Helferlein der Automechaniker nicht positiv auffiel hat er letztendlich als Maler angefangen, gegen Geld Werbeplakate auf Häuserwände zu malen. Hier lernte er seine Technik zu perfektionieren. Wie das Leben so spielt, hat er letztendlich eine Mäzenin gefunden, die ihm Schule und Studium finanzierte. Ein Happy End? Wenn man seine beeindruckende

Karriere als Künstler und Kurator anschaut, ja! Aber er lebt weiter in Pakistan und macht mit seinen Werken auf die vielen Missstände im Land aufmerksam. Alle Exemplare des im Jahr 2019 veröffentlichten Buches über sein bisheriges Oeuvre wurden kurz nach Erscheinen öffentlichkeitswirksam auf dem großen Platz in Lahore verbrannt.

? Du bist auch Mitglied des Aufsichtsrats bei der internationalen NGO Oxfam in Deutschland. Wie passen Deine Arbeitsrollen zusammen?

Eva: In der Galerie wird Kunstschaffenden eine Stimme gegeben, die nicht nur in ihrer ästhetischen Basis ansprechend sind, sondern auch in ihrem theoretischen Fundament unheimlich viel zu sagen und anzuregen haben. Ähnlich arbeitet auch Oxfam für eine gerechte Welt ohne Armut. Mit Kampagnen und Projekten will die Organisation nicht nur auf die weltweiten Herausforderungen aufmerksam machen, gleichsam will sie selbst neue Infrastrukturen vor Ort mit unterstützen. Auch mit politischen Kampagnen legt Oxfam immer wieder den Finger in die Wunde und zeigt beispielsweise Unternehmen, wie sie in ihrem Umfeld nachhaltiger wirken können. Beide Arbeitsfelder sind enorm erfüllend – und ich lerne jeden Tag dazu!

? Bald feiert Ihr zehnjähriges Bestehen. Worauf freut Ihr Euch besonders?

Kristin: Neben fantastischen Ausstellungen in unserem Jubiläumsjahr in den drei Galerien in London und Berlin haben wir auch wieder zwei sehr reizvolle Projekte in unseren Sommergalerien in einer alten Garnelenfabrik in Norwegen und im Schloss Görne in Deutschland. Besonders freue ich mich aber auf die Eröffnung unserer ersten amerikanischen Dependence in West Palm Beach, Florida, im Dezember.

Mehr Informationen:

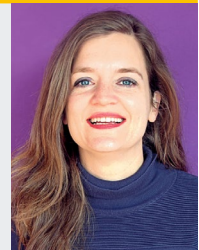
kristinhjellegjerde.com/about/
www.instagram.com/eva.ostendorf/
shops.oxfam.de/ueber-uns
www.artistmentor.co.uk/interview-kristinhjellegjerde/
norwegianarts.org.uk/na-meets-kristinhjellegjerde-gallerist/

AUTORIN

Dr. Angelika Otto

Freie Journalistin
München

angelika.s.otto@gmail.com

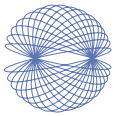


Veranstaltungen BVDN/BDN/BVDP-Landesverbände 2022

Datum Ort Zeit	Landesverband Titel Themen	Anmeldung
24.6.2022 14.9.2022 jeweils online 2-3 CME-Punkte	Neuro Kolleg online	diaplan Gesellschaft für Dialog-Marketing mbH Alte Ziegelei 2-4, 51491 Overath Tel.: 02204 9731-01, Fax: -111 info@diaplan.de
16.9.2022 in München 4-5 CME-Punkte	Psy Workshops Diese Fortbildung befasst sich mit aktuellen Themen rund um die Psychiatrie wie zum Beispiel Depression im Kontext mit COVID-19, neue Leitlinien und vieles mehr.	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
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
22.10.2022 in Köln 9.11.2022 in Mainz 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, siehe oben
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
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

Fortbildungsveranstaltungen 2022

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 Berlin Marriott Hotel Inge-Beisheim-Platz 1	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.bvdsn.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

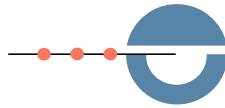
Sachsen: Ulrike Bennemann

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@bvdsn.de

info@berufsverband-neurologen.de

info@berufsverband-psychiater.de

www.bvdsn.de

www.berufsverband-neurologen.de

www.berufsverband-psychiater.de

www.zns-news-neurologen-psychiater-

nervenaerzte.de

www.neurologen-psychiater-corona-

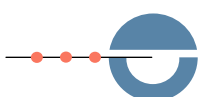
praxishilfe.info/

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. Sabine Köhler (sk), Dornburger Straße 17a, 07743 Jena, sab.koehler@web.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-meditin.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.

Bezugspreis: 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.

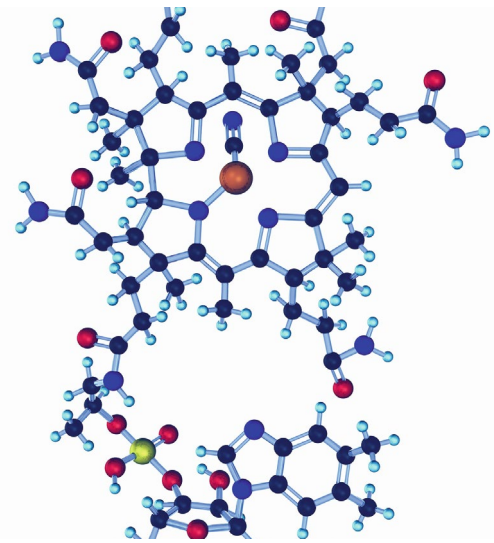
Gültige Version: Gedruckte und elektronische Fassung eines Beitrags können sich unterscheiden, maßgeblich ist die Online-Version („version of record“) unter www.springermedizin.de/neurotransmitter

© Springer Medizin Verlag GmbH

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



LA-MED
geprüft Facharzt-Studie 2020



© style-photography / Fotolia

Vorschau

Ausgabe 7-8/2022

August

erscheint am 16. August 2022

Vitamin-B12

Ein Vitamin-B12-Mangel macht sich erst nach langer Unterversorgung nach bis zu drei bis zehn Jahren bemerkbar. Nicht zu unterschätzen sind dabei die teils irreversiblen Effekte auf das PNS und ZNS. Aber auch neuropsychiatrische Beschwerden treten bei 30–75 % der Patienten mit Vitamin-B12-Mangel auf.

Flecks wissenschaftliche Tatsache

Flecks 1935 erschienene Monografie „Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache“ blieb lange unbeachtet. Umso verblüffender ist es, wenn sich überraschende Querverbindungen aufzeigen, die helfen, die politische und wissenschaftliche Gegenwart zu verstehen.

Neurologische Kasuistik

Nach dem Tod seiner Frau erleidet ein 69-Jähriger eine Verschlechterung der Kognition und der Bewegungsmuster beim Laufen. Wie würden Sie vorgehen?

Hier steht eine Anzeige.

