10 Oktober 2022 _ 33. Jahrgang

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

BVDP-Ausgabe zum DGPPN-Kongress 2022 23.–26. November in Berlin

KSVPsych-Richtlinie 10
Ambulante Komplexversorgung ist gestartet

App „Cortex DIREKT“ 18
Infos für Mitglieder direkt auf das Smartphone

Ambulante Weiterbildung 20
Weiterbildungsbefugnis beantragen

springermedizin.de CME

Psychopathologie 46
Befunderhebung mit dem AMDP-System

www.springermedizin.de/neurotransmitter

Springer Medizin

Kesimpta®
ofatumumab

Kraft mit Präzision in der Erstlinientherapie*

Die erste anti-CD20-Therapie im Fertigpen**

START LINE

Erfahren Sie jetzt mehr in unserer neuen Webinarreihe!

* KESIMPTA® wird angewendet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit schubförmig verlaufender Multipler Sklerose (Relapsing Multiple Sclerosis, RMS) mit aktiver Erkrankung, definiert durch klinischen Befund oder Bildgebung. Direkte Therapie mit KESIMPTA® ist ohne Vorbehandlung möglich.

** Fertigpen ist die Abkürzung für KESIMPTA® Sensoready® Pen.

Kesimpta® 20 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze | Kesimpta® 20 mg Injektionslösung im Fertigpen

▼**Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Wirkstoff:** Ofatumumab (ein vollständig humaner monoklonaler Antikörper, der mithilfe rekombinanter DNA-Technologie in einer Mauszelllinie (NS0) produziert wird.) **Zusammensetzung:** Arzneimittel wirksame Bestandteile: Jede Fertigspritze enthält 20 mg Ofatumumab in 0,4 ml Lösung (50 mg/ml). Jeder Fertigpen enthält 20 mg Ofatumumab in 0,4 ml Lösung (50 mg/ml). Sonstige Bestandteile: L-Arginin, Natriumacetat-Trihydrat, Natriumchlorid, Polysorbat 80, Dinatriumedetat-Dihydrat, Salzsäure (zur Einstellung des pH-Werts), Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Kesimpta wird angewendet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit schubförmig verlaufender multipler Sklerose (Relapsing Multiple Sclerosis, RMS) mit aktiver Erkrankung, definiert durch klinischen Befund oder Bildgebung. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile; stark immungeschwächte Patienten; schwere aktive Infektion, bis diese abgeklungen ist; bekannte aktive maligne Erkrankung. **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig:* Infektionen der oberen Atemwege, Harnwegsinfektionen, Reaktionen an der Injektionsstelle (lokal), Injektionsbedingte Reaktionen (systemisch). *Häufig:* Lippenherpes, Abnahme von Immunoglobulin M im Blut. **Verschreibungspflichtig. Weitere Hinweise:** Siehe Fachinformation. Stand: März 2022 (MS 03/22.3). **Novartis Pharma Vertriebs GmbH, Roonstr. 25, 90429 Nürnberg.** Tel.: (0911) 273-0, Fax: (0911) 273-12 653. www.novartis.de

NOVARTIS

Novartis Pharma Vertriebs GmbH
Roonstraße 25, 90429 Nürnberg

zusammen-gesund.de
www.zusammen-gesund.de

» Zahlreiche Menschen, die bereits zuvor unter psychischen Störungen litten, erleben in Zeiten von Pandemie und anderen globalen Krisen eine Symptomverschlimmerung. «

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

Ständige Veränderung ist die neue Normalität!

Ich freue mich, Ihnen hiermit wieder die DGPPN-Kongressausgabe des NeuroTransmitter präsentieren zu dürfen. Das diesjährige Motto des Kongresses lautet „Ethik, Recht und psychische Gesundheit". In einer Welt, die sich seit etwa drei Jahren in einer Weise und Geschwindigkeit verändert, wie wir es uns jahrzehntelang nicht vorstellen konnten, sind diese Themen täglich relevant.

Viele Menschen haben ihren Optimismus verloren

Wir können nur spekulieren, wie sich die Energie-, Klima- und Finanzkrise, die eigene tägliche Erfahrung und nicht zuletzt die Informationen und Bilder in den Nachrichten über den Völkerrechtsbruch nur einige hundert Kilometer von uns entfernt auf die psychische Gesundheit von Millionen Menschen auswirken werden. Wir versorgen da, wo ich herkomme, also im nördlichen Rheinland-Pfalz, noch immer die Opfer der Flutkatastrophe an der Ahr, auch wenn diese schon eineinviertel Jahr zurückliegt und fast keiner mehr darüber spricht. Nichts ist dort bisher „wieder gut" geworden, und wir müssen auch von den anderen Krisen annehmen, dass die Folgen langfristig bestehen bleiben werden. Viele Menschen haben ihre psychische Kraft und ihren Optimismus verloren. Zahlreiche Menschen, die bereits zuvor unter psychischen Störungen litten, erleben in diesen Zeiten eine Symptomverschlimmerung. Das Motiv Todeswunsch wird in den Praxen merklich häufiger aufgebracht.

DGPPN-Kongress lockt mit hochkarätigen Symposien

Wir werden diesen Problemstellungen auf dem DGPPN-Kongress vom 23. bis 26. November 2002 begegnen. Der Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach wird live in Berlin mit dabei sein und in der Eröffnungsveranstaltung ein Grußwort sprechen. Gemeinsam mit der DGPPN hat er sich für die Verbesserung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen eingesetzt und sich auch dem komplexen Gebiet assistierter Suizid angenommen. Die führende Medizinethikerin Alena Buyx wird in der Kongresseröffnung ebenfalls eine Rede halten. Sie ist Direktorin des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin sowie Professorin für Ethik der Medizin und Gesundheitstechnologien an der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität München. Seit April 2020 ist Buyx auch Vorsitzende des Deutschen Ethikrats.

CO_2-Bilanz verbessern

Die DGPPN kommt zudem ihrer ökologischen Verantwortung nach und hat sich daher gemeinsam mit ihren Dienstleistungs- und partnerschaftlichen Unternehmen der Nachhaltigkeit verschrieben. Ziel ist es, den DGPPN-Kongress so ressourcenschonend wie möglich durchzuführen und die CO_2-Bilanz der Tagung zu verbessern. Dabei gilt: Vermeiden, Bilanzieren, Kompensieren. Dieses Jahr gleicht die DGPPN die durch die Veranstaltung entstehenden Emissionen über atmosfair aus, einer seit dem Jahr 2004 bestehenden Organisation, die auf eine Initiative des Bundesumweltministeriums zurückgeht. Sie können in dieser Sache gerne auch selbst aktiv werden unter: https://www.atmosfair.de/de/kompensieren/wunschmenge/

Als Vorsitzende des BVDP möchte ich auch im Namen des gesamten Vorstandes allen Kolleginnen und Kollegen im Land aus vollem Herzen Dank aussprechen. Danke, dass Sie die Versorgung in den letzten fast drei Pandemiejahren weiter sichergestellt und getragen haben, oft unter Inkaufnahme eigener gesundheitlicher und wirtschaftlicher Risiken. Bitte passen Sie stets gut auf sich auf!

Ihre

Erfahren Sie mehr über ZEPOSIA®
auf **www.zeposia.de**

* ZEPOSIA® wird angewendet bei erwachsenen Patienten mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose (RRMS) mit aktiver Erkrankung, definiert durch klinische oder bildgebende Befunde.[1]

Referenzen: 1. Fachinformation ZEPOSIA®, aktueller Stand. **2.** Comi G et al. Lancet Neurol. 2019;18(11):1009–1020. **3.** Cohen JA et al. Lancet Neurol. 2019;18(11):1021–1033.

Zeposia® 0,23 mg / 0,46 mg / 0,92 mg Hartkapseln. Wirkstoff: Ozanimod (als Hydrochlorid). **Zusammensetzung:** Jede Hartkaps. enth.: 0,23 mg / 0,46 mg / 0,92 mg Ozanimod; sonst. Bestandteile: *Kapselinhalt:* Mikrokristalline Cellulose, Hochdisperses Siliciumdioxid, Croscarmellose-Natrium, Magnesiumstearat (Ph.Eur.) [pflanzlich]; *Kapselhülle:* Gelatine, Titandioxid (E171), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H_2O (E172), Eisen(II,III)-oxid (E172) (nur 0,23 mg / 0,46 mg), Eisen(III)-oxid (E172); *Drucktinte:* Schellack (E904), Eisen(II,III)-oxid (E172), Propylenglycol (E1520), Ammoniaklösung, konzentriert (E527), Kaliumhydroxid (E525). **Anwendungsgebiete:** Zur Behandl. von erwachs. Patienten mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose (RRMS) mit aktiver Erkrankung, definiert durch klinische o. bildgebende Befunde. Zur Behandl. von erwachs. Patienten mit mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa (CU), die auf eine konventionelle Therapie o. ein Biologikum unzureichend angesprochen haben, nicht mehr darauf ansprechen o. diese nicht vertragen haben. **Gegenanzeigen:** Überempf. gegen d. Wirkstoff o. einen d. sonst. Bestandteile; Immunschwäche; in den verg. 6 Monaten Myokardinfarkt, instabile Angina pectoris, Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke (TIA), dekompensierte Herzinsuffizienz mit erf. stat. Behandl. o. Herzinsuffizienz d. NYHA-Klasse III/IV; AV-Block 2. Grades, Typ II, o. AV-Block 3. Grades o. Sick-Sinus-Syndrom, ausgen. Patienten mit funktionierendem Herzschrittmacher; schwere aktive Infektionen, aktive chr. Infektionen (wie Hepatitis u. Tuberkulose); aktive maligne Erkrankungen; schwere Leberfunktionseinschr. (Child-Pugh-Klasse C); Schwangerschaft; gebärf. Frauen, d. keine zuverl. Methode d. Empfängnisverhütung anwenden. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Nasopharyngitis; Lymphopenie. Häufig: Pharyngitis; Atemwegsinfektion; Harnwegsinfektion; Herpes zoster; Herpes simplex; Kopfschmerzen; Bradykardie; Hypertonie; Orthostasesyndrom; Peripheres Ödem; ALT erhöht; GGT erhöht; Bilirubin im Blut erhöht; Lungenfunktion anomal. Gelegentlich: Überempfindlichkeit (einschl. Ausschlag u. Urtikaria); Makulaödem. Selten: Progressive Multifokale Leukoenzephalopathie. **Warnhinweise:** Es ist zu erwarten, dass Zeposia® dem ungeborenen Kind schadet. Während der Behandl. u. für mind. 3 Monate nach Absetzen ist eine zuverl. Empfängnisverhütung bei gebärf. Frauen anzuwenden. **Weitere wichtige Informationen siehe Fachinformation. Verschreibungspflichtig. Pharmaz. Untern.:** Bristol-Myers Squibb Pharma EEIG, Plaza 254, Blanchardstown Corporate Park 2, Dublin 15, D15 T867, Irland. **Stand d. Inf.:** v3

2084-DE-2200150

Bristol Myers Squibb™

© 2022 Bristol Myers Squibb Germany

Inhalt 10

Oktober 2022

3 **Editorial**
Ständige Veränderung ist die neue Normalität!
Christa Roth-Sackenheim

Gesundheitspolitik

8 **Gesundheitspolitische Nachrichten**
_ Sexueller Missbrauch in der Therapie rechtfertigt Entzug der Approbation
_ Abschaffung der Neupatientenregelung geht in die völlig falsche Richtung
Christa Roth-Sackenheim

Aus den Verbänden

10 **Ambulante Komplexversorgung**
Mehr Stabilität und Selbstständigkeit für Menschen mit psychischen Erkrankungen
Christa Roth-Sackenheim

18 **App „Cortex DIREKT“**
Die wichtigsten News immer zur Hand
Sabine Köhler

20 **Ambulante Weiterbildung**
Fünf gute Gründe für die Beantragung einer Weiterbildungsbefugnis
Christa Roth-Sackenheim

25 **(Muster-)Weiterbildungscurriculum Neurologie in Rheinland-Pfalz**
Aufbau und Formulierungsvorschläge
Günther Endrass

28 **(Muster-)Weiterbildungscurriculum Psychiatrie in Rheinland-Pfalz**
Welche Kernpunkte sind wichtig?
Christel Werner

30 **Facharztnachwuchs besser vorbereiten!**
Interview mit Dr. Julia-Maleen Kronsbein
Christa Roth-Sackenheim

31 **Das eigene Handeln hinterfragen**
BVDP-Sessions auf dem DGPPN-Kongress 2022
Christa Roth-Sackenheim, Sabine Köhler

32 **Evaluation des NPPV-Projekts in Nordrhein**
Zi-Forum zum Versorgungsmodell
Christa Roth-Sackenheim

34 **Stationäre Behandlung von Menschen mit Behinderung**
Begleitpersonen haben Anspruch auf Krankengeld
Christa Roth-Sackenheim

= Dieser Beitrag ist ein Titelthema.

10 Ambulante Komplexversorgung

Zwei Jahrzehnte haben die Berufsverbände für eine psychiatrische multiprofessionelle Komplexbehandlung getrommelt, nun ist es endlich so weit: Mit der KSVPsych-Richtlinie ist ein neues Versorungsorgramm für die ambulante Komplexversorgung psychisch erkrankter Erwachsener eingeführt worden. Seit dem 1. Oktober können Betroffene von berufsübergreifenden Teams engmaschig betreut werden.

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. Christa Roth-Sackenheim
c@dr-roth-sackenheim.de

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

Janssen Neuroscience
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson & Johnson

Neuroplastizität:
Depressionstherapie neu denken

Mehr Wirkung mit SPRAVATO®*,**

Stark und konstant antidepressiv[1]
Anhaltende Remission[2]

Spravato®
(Esketamin)
Nasenspray

* SPRAVATO® + orales AD zeigten eine 4,0-Punkte-Überlegenheit ggü. Placebo-Nasenspray + oralem AD nach 28 Tagen; p=0,020.[1]

** SPRAVATO®, in Kombination mit einer oralen antidepressiven Therapie, wird angewendet bei erwachsenen Patienten mit einer mittelgradigen bis schweren Episode einer Major Depression als akute Kurzzeitbehandlung zur schnellen Reduktion depressiver Symptome, die nach ärztlichem Ermessen einem psychiatrischen Notfall entsprechen.[3] SPRAVATO®, in Kombination mit einem SSRI oder SNRI, wird bei Erwachsenen mit therapieresistenter Major Depression angewendet, die in der aktuellen mittelgradigen bis schweren depressiven Episode auf mindestens zwei unterschiedliche Therapien mit Antidepressiva nicht angesprochen haben.[3]

1. Popova V et al., Am J Psychiatry 2019;176(6):428–438. 2. Daly E et al., JAMA Psychiatry 2019;76(9):893–903. 3. Aktuelle Fachinformation SPRAVATO®.

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Daher ist es wichtig, jeden Verdacht auf Nebenwirkungen in Verbindung mit diesem Arzneimittel zu melden.

Spravato® 28 mg Nasenspray, Lösung. Wirkstoff: Esketamin (als Esketaminhydrochlorid). **Zusammensetz.:** Jed. Nasenspray-Applikator enth.: Arzneilich wirksamer Bestandt.: Esketaminhydrochlorid (entspr. 28 mg Esketamin). Sonst. Bestandt.: Citronensäure-Monohydrat, Natriumedetat (Ph.Eur.), Natriumhydroxid, Wasser f. Injektionszw.. **Anw.geb.:** In Komb. m. e. SSRI od. SNRI zur Bhdlg. v. Erwachs. m. therapieresist. Major Depression, die in d. aktuellen mittelgradig. bis schw. depress. Episode auf mind. zwei unterschiedl. Therapien m. Antidepressiva nicht angespr. haben. In Komb. m. e. oral. antidepr. Therapie b. Erwachs. m. e. mittelgrad. b. schw. Episode e. Major Depression als akute Kurzzeitbhdlg. z. schnellen Redukt. depress. Sympt., d. nach ärztl. Ermess. e. psychiatr. Notfall entsprechen. **Gegenanz.:** Überempfindl. gg. Esketamin, Ketamin od. e. d. sonst. Bestandt.; Pat., f. d. ein Anstieg d. Blutdrucks od. d. intrakraniellen Drucks e. schwerwiegend. Risiko darstellt, Pat. m. Gefäßaneurysma (einschl. intrakranieller Gefäße, Brust- od. Bauchaorta od. periphere Arterien) u. Pat. m. intrazerebr. Blutg. i. d. Anamn., kardiovask. Ereign. (einschl. MI) innerh. d. letzt. 6 Wochen, Schwangersch.. **Bes. Warnhinw. u. Vorsichtsmaßn.:** D. Blutdruck muss nach jeder Anw. überw. werden. Nicht empf. b. Pat. m. schw. Leberfunkt.störg. (Child-Pugh-Klasse C). Vors. b.: gleichz. Anw. m. zentral dämpf. Subst. (engm. Überw. auf Sedierung u. Atemdepression); gleichz. Anw. m. Psychostimulanzien oder AM, d. e. Blutdruckanstieg verursachen (engm. Überw. d. Blutdrucks); Pat. m. erhöht. Blutdruck (Blutdrucküberw. nach d. Anw.), m. kardiovask. u. zerebrovask. Erkr., m. klin. signif. od. instab. kardiovaskul. Erkr. od. Atemwegserkr. (einschl. signifik. respirat. Insuffizienz, einschl. COPD, Schlafapnoe m. krankh. Übergew. (BMI > 35), Pat. m. nicht kontroll. Brady od. Tachyarrhythm., d. zu hämodynam. Instabilit. führen, anamn. bek. MI, hämodynam. signifk. Herzklappenfehler od. Herzinsuffizienz (NYHA-Klasse III od. IV)), b. d. Pat. muss b. Anw. e. geeig. Ausstattung z. Wiederbelebung u. entspr. geschultes Fachpersonal verfügbar sein; Pat. m. anamn. bek. suizidal. Verh. od. Pat., d. v. Beg. d. Ther. ausgeprägte. Suizidabs. zeigten; Pat. m. anamn. bek. Arzneimittelmissbr. od. -abhängigkt.; Pat. m. akt. od. anamn. bek. Psychose, Manie od. bipol. Störg., nicht ausreichd. behandelt. Hyperthyreose, anamn. bek. Hirnverletzg., hypertens. Enzephalopathie, intrathek. Therap. m. ventrikulo-peritonealen Shunts od. jed. and. Krankh., d. m. erhöht. intrakran. Druck assoz. ist; Pat. > 65 J. durch erhöht. Sturzrisiko; Sympt. d. Harntrakts u. d. Harnbl.; Stillzeit. Vor Anw. sollten Pat. angewiesen werden bis z. folg. Tag, nach e. erholsam. Schlaf, keine potent. gefährl. Tätigkt. auszuüben, d. e. Höchstmaß a. Aufmerksk. u. motor. Koord. erfordern. Arzneim. f. Kdr. unzugängl. aufbewahren. **Nebenwirk.:** *Sehr häufig:* Dissoziation, Schwindelgef., Kopfschm., Somnolenz, Dysgeusie, Hypästhesie, Vertigo, Übelkt., Erbrechen, erhöhter Blutdruck. *Häufig:* Angst, Euphorie, Verwirrtheitszust., Derealisation, Reizbarkt., Halluzinat. einschl. visueller Halluzinat., Agitiertheit, Illusionen, Panikattacke, veränd. Zeitwahrnehmg., Parästhesie, Sedierung, Tremor, geist. Beeinträchtig., Lethargie, Dysarthrie, Aufmerksamkeitsstörg., verschwomm. Sehen, Tinnitus, Hyperakusis, Tachykardie, arterielle Hypertonie, Nasenbeschw., Rachenreizung, Schmerzen i. Oropharynx, trockene Nasenschleimhaut inkl. Nasenverkrustung, nasaler Pruritus, orale Hypästhesie, Mundtrockenheit, Hyperhidrose, Pollakisurie, Dysurie, Harndrang, anorm. Gef., Trunkenheitsgef., Asthenie, Weinen, Gef. d. Körpertemperaturänderg.. *Gelegentlich:* psychomotor. Verlangs., emotion. Belastung, Dysphorie, Nystagmus, psychomotor. Hyperaktivität, Hypersalivation, kalter Schweiß, Gangstörg.. **Verschreibungspflichtig. Pharmazeut. Unternehmer:** JANSSEN-CILAG International NV, Turnhoutseweg 30, B-2340 Beerse, Belgien. **Örtl. Vertreter für Deutschland:** Janssen-Cilag GmbH, Johnson & Johnson Platz 1, 41470 Neuss. **Stand d. Inform.:** 02/21.

MEHR ZUR WIRKHYPOTHESE VON SPRAVATO®

CP-339313

Janssen-Cilag GmbH
www.spravato.de

Inhalt 10

Oktober 2022

Rund um den Beruf

36 **Neue Regelungen für Arbeitsverträge**
Handlungsbedarf für die Praxis
Jörg Hohmann, Martin Schmidt

38 **„Beruf und Familie gehören zusammen“**
Interview mit Dr. Sibylle Schreckling
Christa Roth-Sackenheim

41 **Ein neues Angebot zur Suizidprävention in den USA**
Die Lifeline und die Telefonnummer 988
Christa Roth-Sackenheim

42 **Nationale Autismusstrategie im Vereinigten Königreich**
Neuausrichtung der Ziele für autistisch Erkrankte
Christa Roth-Sackenheim

Fortbildung

46 **CME Erhebung des psychopathologischen Befundes**
Das AMDP-System – von der Forschung zum Standard
Markus Weih, Berend Malchow, Bernhard Kis

52 **CME Fragebogen**

53 **Organische wahnhafte Störung bei Schlaganfall**
Psychiatrische Kasuistik
Marcel Andes, Amani Suboh, Natalie Alexandra Schloss, Justus F. Kleine, Dominique Piber

Journal

62 **PSYCHOPATHOLOGIE IN KUNST & LITERATUR**
Seelisch verwendbare Strophen – Anmerkungen zu Doktor Kästners „Lyrischer Hausapotheke“
Gerhard Köpf

66 **NEUROTRANSMITTER-GALERIE**
Der letzte Takt – Sammlung Hoffmann
Angelika Otto

58 **Pharmaforum**
65 **Kleinanzeigen**
68 **Termine**
69 **Verbandsservice**
71 **Impressum/Vorschau**

46 Das AMDP-System

Das AMDP-System folgt einer klaren Entscheidungslogik und umfasst Aspekte der Selbst- und Fremdbeurteilung sowie von Mischformen. Es stellt einen gelungenen Kompromiss zwischen umfassendem psychopathologischen Befund und einer Operationalisierung dar. Während es früher die Hoffnung gab, damit die Effekte von Psychopharmaka besser standardisiert einschätzen zu können, besteht heute der Hauptnutzen des Systems in der Ausbildung und guten Schulung in der Psychopathologie.

Titelbild (Ausschnitt): „Rolf und Erika Hoffmann“.
Lesen Sie mehr in der „Galerie“ ab Seite 66.

Gesundheitspolitik

URTEIL

Sexueller Missbrauch in der Therapie rechtfertigt Entzug der Approbation

Das Landgericht Gelsenkirchen hat einen Therapeuten wegen 35-fachen sexuellen Missbrauchs von Patientinnen „unter Ausnutzung eines psychotherapeutischen Behandlungsverhältnisses" sowie wegen vorsätzlicher Körperverletzung in vier Fällen rechtskräftig zu einer Bewährungsstrafe von einem Jahr und zwei Monaten verurteilt. Es wurde zudem ein zweijähriges Berufsverbot verhängt. Die Bezirksregierung nahm die Verurteilung zum Anlass, dem Therapeuten die Approbation zu entziehen. Zu Recht, befand nun auch das Verwaltungsgericht Gelsenkirchen (Az.: 18 K 4251/20). Ein Psychotherapeut, der Patientinnen während der Therapiestunden sexuell missbraucht und schlägt, sei „unwürdig und unzuverlässig zur Ausübung seines Berufs". Die strafrechtliche Verurteilung führe „zwingend" zum Widerruf der Approbation. Zwar gebe es dafür wegen der Berufsfreiheit hohe Hürden. Diese seien hier aber erfüllt. Der Therapeut habe die Taten über einen langen Zeitraum begangen, was auf eine verfestigte Neigung schließen lasse. Es sei davon auszugehen, dass er auch in Zukunft nicht „seine eigenen persönlichen Bedürfnisse so weit hintanstellt, wie es im Rahmen von Therapiesitzungen unerlässlich ist".

Kommentar: *Es handelt sich in diesem Fall offenbar um fortgesetzte schwere Verfehlungen. Wir alle kennen Patientinnen und Patienten, die angeben, in der Therapie Grenzüberschreitungen verschiedenster Art erfahren zu haben und wir wissen in der Regel auch von Kollegen, die sich dieses Verhaltens schuldig gemacht haben. Wir müssen als Verbände und als Kollegenschaft das Thema ansprechen und problematisieren.*

*Der Berufsverband Deutscher Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie hat bereits 2009 (Erstveröffentlichung im NeuroTransmitter 11/2009) einen Kodex entwickelt, der eine Richtschnur für Patientinnen und Patienten darstellen soll, was sie bei ihrer Behandlung bei psychiatrisch und psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzten erwartet, was in der Behandlung als normal anzusehen ist, was bereits eine drohende Grenzverletzung und was eindeutig einen Kunstfehler darstellt (**Tab. 1**). Darauf sei hier nochmals ausdrücklich verwiesen.*

Tab. 1: Kodex zur Behandlung bei psychiatrisch und psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzten

Was ist Grundvoraussetzung?	Was kann sinnvoll sein?	Was ist grenzwertig?	Was ist eindeutig ein Kunstfehler?
Begrüßung und Verabschiedung mit den üblichen Höflichkeitsformeln (Hand geben) Während der Therapie notwendige körperliche Untersuchungen werden zeitlich getrennt und in anderem Setting durchgeführt	Kurzes Berühren zu Beginn oder Ende der Sitzung an Hand, Arm, Schulter Kurze Umarmungen zu besonderen Gelegenheiten, zum Beispiel am Ende besonders bewegender Sitzungen, in der Regel nicht in der Anfangsphase einer Therapie	Berührungen im Gesicht Zufällige Begegnungen im privaten Bereich, bei Einladungen gemeinsamer Bekannter etc.	Berühren im Intimbereich im Rahmen der Sitzungen oder außerhalb Aufnahme intimer Beziehungen während oder nach der Therapie Private Verabredungen während oder nach Beendigung der Therapie
Dauer und Frequenz der Sitzungen, Therapieinhalte und -techniken sind bekannt	Seltenes situations- oder therapiebedingtes Abkürzen/Überziehen der Sitzungen, Sitzungsdauer wird in der Regel eingehalten	Häufiges Abkürzen/Überziehen/ Nichteinhalten der Sitzungen	Sitzungen werden regelmäßig in späteren Abendstunden ohne Praxispersonal abgehalten mit dem Ziel, in ein privates Treffen übergeleitet zu werden
Arzt/Therapeut stellt Werte/Einstellungen/Erfahrungen des Patienten und dessen Konflikte damit in den Mittelpunkt und nicht infrage oder in Kritik	Arzt/Therapeut stellt selten und mit dem Zweck, dem Patienten eine Alternative zu dessen Denk- und Handlungsmodell darzustellen, eigene Erfahrungen dar	Arzt/Therapeut stellt und bewertet Sicht- und Denkmodelle des Patienten häufig in Relation zu seinen eigenen Wertvorstellungen und Erfahrungen	Arzt/Therapeut spricht hauptsächlich von seinen Problemen, stellt seine finanzielle/ emotionale/sexuelle Bedürftigkeit dar, leiht sich beim Patienten Geld Arzt/Therapeut demütigt/beschimpft oder schlägt den Patienten
Arzt/Therapeut beachtet selbstverständlich medizinisch-wissenschaftliche Standards und wendet nur wissenschaftlich anerkannte und zugelassene Methoden an			Herstellen einer emotionalen Abhängigkeit des Patienten aus narzisstischen Gründen (Sie sind so schwer krank, dass Sie froh sein sollten, dass überhaupt ein Arzt/Therapeut Sie nimmt, nur ich kann Sie aufgrund meiner besonderen Fähigkeiten therapieren)

VERSORGUNGSQUALITÄT

Abschaffung der Neupatientenregelung geht in die völlig falsche Richtung

Die mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) im Jahr 2019 eingeführten Maßnahmen zur Förderung von Arztterminen für neue Patientinnen und Patienten haben funktioniert. Dies teilte Dr. Dominik von Stillfried, Vorstandsvorsitzender des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi), nach einer aktuellen Auswertung der Abrechnungsdaten des Jahres 2021 mit. Die Ergebnisse im Einzelnen:

- Gut 25 % der GKV-Versicherten profitierten vom TSVG. Im Quartal IV/2021 wurden in den Praxen 20 Millionen neue Patientinnen und Patienten behandelt. Insgesamt suchen rund 72 Millionen GKV-Versicherte mindestens einmal jährlich eine Vertragsarztpraxis auf.
- Die Zahl neuer Patientinnen und Patienten stieg im Quartal IV/2021 gegenüber dem Vergleichsquartal 2019 um 12 %, womit ihr Anteil an allen Patientinnen und Patienten um 7,5 % wuchs. Die höchsten Anstiege wurden in Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Sachsen beobachtet, wo der Anteil neuer Patientinnen und Patienten nicht zuletzt wegen des eingeschränkten Angebots eher unterdurchschnittlich ist.
- Die Neupatientenregelung ist für nahezu alle Praxen von Bedeutung. Im Quartal IV/2021 haben insgesamt 99 % der Praxen Neuzugänge behandelt.
- Kinder und Jugendliche sowie Erwachsene der erwerbsfähigen Altersgruppen werden besonders häufig als neue Patientinnen und Patienten behandelt. Am höchsten ist ihr Anteil mit 29 % in der Gruppe der 20- bis 39-Jährigen.
- Die Versorgung neuer Patientinnen und Patienten erfolgte intensiver: In 2021 wurden je 7,7 GOP abgerechnet, während es in 2019 nur 7,0 waren, was einem Mehr von 9 % entspricht. Damit ist die Leistungssteigerung für diese Versicherten höher als für alle übrigen, für die im Schnitt 8 % mehr abgerechnet wurden.

Kommentar: *Der Bundesgesundheitsminister plant, die erst vor drei Jahren eingeführte Begünstigung neuer Patientinnen und Patienten wieder zu streichen, da sie angeblich keine Vorteile in der Versorgung gebracht habe. Diese Begründung ist für uns nicht nachvollziehbar, im Gegenteil halten wir diese Behauptung durch die Ergebnisse der Zi-Analyse für klar widerlegt. Zudem ist der langfristige Effekt noch gar nicht untersucht. Absolut im Sinne des TSVG hat die Vertragsärzteschaft mit Augenmaß von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, ohne Mengenbegrenzung abzurechnen. Sie hat weiterhin auch den hohen Anteil chronisch Erkrankter nicht „hängen lassen", obwohl dafür finanzielle Anreize bestanden.*
Durch die Kehrtwende der Bundesregierung würden der vertragsärztlichen Versorgung nach den Zi-Berechnungen rund 400 Millionen € entzogen. Wir teilen die Auffassung des Zi, dass es in den kommenden Jahren immer wichtiger werden wird, die Behandlung neuer Patientinnen und Patienten zu fördern, damit dringende Fälle trotz fortschreitenden Fachkräftemangels schnell Zugang zu medizinischer Versorgung finden, ohne etwa die Notfallversorgung zu überlasten. Wir setzen darauf, dass hier noch Änderungen im Gesetzgebungsverfahren erfolgen werden.
Wir sehen inzwischen auch, dass es durchaus eine breite Skepsis und auch Widerstand gegen die Pläne des Bundesgesundheitsministers in den Bundesländern gibt. In der Sonder-KBV-Vertreterversammlung am 9. September 2022 war der Ausschnitt einer Rede von Herrn Lauterbach vor dem Bundestag vor Einführung des TSVG zu sehen, in der er die Neupatientenregelung ausdrücklich forderte und dafür warb. So wurde die Skurrilität der jetzigen Forderung, die Regelung abzuschaffen, nachmals deutlich sichtbar.
Auch der Bundesrat hat in seiner Plenarsitzung am 16. September 2022 gegen die Streichung der Neupatientenregelung gestimmt. Für die Annahme, dass sie zu keiner Verbesserung der Versorgung beigetragen habe, seien bisher keine Anhaltspunkte ersichtlich, so die Meinung der Länder. Der Bundestag ist dieser Empfehlung jedoch leider nicht gefolgt.
Der offene Brief der KBV (wir hatten Sie darüber informiert und zur Zeichnung aufgerufen) wurde mit über 50 000 Unterschriften an Herrn Lauterbach übergeben. Im Lauf der nächsten Wochen veranstalten viele KVen in den Ländern eigene Protestveranstaltungen. Bitte machen Sie hier bei Ihrer KV mit!

Gesundheitspolitische Nachrichten kommentiert von

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

Die Neupatientenregelung

Als Neupatientinnen und -patienten gelten gesetzlich Versicherte, die mindestens zwei Jahre (acht Quartale) lang nicht in Behandlung der jeweiligen Praxis waren. Die Abrechnungsdaten geben keinen Hinweis darauf, ob und inwieweit sich Wartezeiten verändert haben. Hierzu müssten Befragungsdaten aus Praxen oder von Patientinnen und Patienten herangezogen werden, wobei die Beurteilung von Wartezeiten nach Einschätzung des Zi in den vergangenen zwei Jahren durch Effekte der Pandemie stark überlagert sein dürfte. Eine Übersicht der detaillierten Ergebnisse finden Sie unter: www.zi.de/fileadmin/images/content/PMs/MI_Neupatientenregelung_2022-07-27_Praesentation.pdf.

Aus den Verbänden

Ambulante Komplexversorgung

Mehr Stabilität und Selbstständigkeit für Menschen mit psychischen Erkrankungen

Die ambulante Komplexversorgung ist ein neues Versorgungsprogramm für Erwachsene mit psychischen Erkrankungen. Betroffene werden darin ab 1. Oktober 2022 engmaschig durch berufsübergreifende Teams betreut. Der Beitrag basiert auf Informationen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und ist mit Kommentaren aus Sicht der Berufsverbände ergänzt.

Der G-BA hat das neue Versorgungsprogramm vor allem für schwer psychisch erkrankte Menschen mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf auf den Weg gebracht. Im Mittelpunkt stehen regionale Versorgungsverbünde, in denen sich Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zusammenschließen und zum Beispiel in Fallkonferenzen die Behandlung besprechen (siehe **Kernelemente der ambulanten Komplexversorgung**). Die Anforderungen an die ambulante Komplexversorgung sind in der „Richtlinie über die berufsübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf“ geregelt, die der G-BA nach § 92 Absatz 6b Sozialgesetzbuch (SGB) V beschlossen hat.

Kommentar: *Wir haben uns als Verbände nun ziemlich genau vor 20 Jahren auf*

© fizkes / Getty Images / iStock (Symbolbild mit Fotomodellen)

Psychisch Erkrankte, die bislang in der ambulanten Versorgung noch nicht ausreichend berücksichtigt sind, sollen durch das Programm der ambulanten Komplexversorgung künftig besser betreut werden.

den Weg gemacht, Strukturen für die psychiatrische multiprofessionelle Komplexbehandlung in die Versorgung zu bringen. Die Gesetzgebung zu den damals „integrierte Versorgung" und später „spezielle fachärztliche Versorgung" (Selektivverträge) genannten Vertragsstrukturen hat keine langfristig tragenden Angebote für die Regelversorgung entstehen lassen. Insofern ist diese Richtlinie nun ein Novum, das wir unbedingt nutzen sollten.

Verbesserte Versorgung für schwer psychisch Erkrankte

Ein schnellerer Zugang zu einer qualifizierten Versorgung und Kontinuität in der ambulanten Begleitung sind wesentliche Ziele des Programms. Zudem soll Betroffenen der Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung erleichtert werden. Krankenhausaufenthalte oder Versorgungsbrüche sollen möglichst vermieden werden. Die oft chronisch Kranken mit wiederkehrenden psychischen Krisen sollen so dabei unterstützt werden, möglichst stabil und selbstständig zu leben.

Vorgesehen ist das Versorgungsangebot für schwer psychisch erkrankte Erwachsene mit einem komplexen psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf, die bislang in der ambulanten Versorgung noch nicht ausreichend berücksichtigt sind. Es muss das 18. Lebensjahr vollendet sein und eine Erkrankung F10–F99 nach Kapitel V der ICD-10-GM vorliegen.

Ein komplexer Behandlungsbedarf besteht, wenn zur Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung der Erkrankung pro Quartal mindestens zwei Maßnahmen der Behandlung durch unterschiedliche Disziplinen nötig sind. Eine psychische Krankheit wird dann als schwer eingestuft, wenn der GAF-Wert höchstens ≤ 50 beträgt. GAF steht für „global assessment of functioning". Mit der Skala kann das allgemeine Funktionsniveau bei psychiatrischen Erkrankungen erfasst werden.

Kernelemente der ambulanten Komplexversorgung

Netzverbund und Kooperationspartnerschaften. Um eine zeitnahe und aufeinander abgestimmte Versorgung bieten zu können, schließen sich Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachrichtungen wie Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu regionalen Netzverbünden zusammen. Diese kooperieren mit Krankenhäusern, der ambulanten psychiatrischen Pflege sowie anderen Gesundheitsberufen wie der Sozio- und Ergotherapie. Bei Bedarf ziehen sie weitere Fachleute oder Dienste hinzu.

Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeut: Innerhalb des Netzverbundes gibt es für die Patientin oder den Patienten eine feste Ansprechperson. Dieser erstellt unter anderem den Behandlungsplan und koordiniert alle Therapieschritte.

Koordination. Terminvereinbarung, Hausbesuche und Organisation des Informationsaustausches im Behandlungsteam sind Aufgaben der Koordination. Die Leistungen, die nicht vom Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeut selbst übernommen werden, werden von einer qualifizierten Fachkraft für soziale Arbeit oder Pflege oder von medizinischen Fachangestellten ausgeführt.

Behandlungsplan und Fallbesprechungen. Es wird für jede Patientin und jeden Patienten ein Behandlungsplan erstellt, in dem die Ziele und Maßnahmen aufgeführt sind. In regelmäßigen Fallkonferenzen wird die Therapie besprochen und gegebenenfalls angepasst.

Schneller Zugang. Betroffene, die sich an einen Netzverbund wenden, sollen möglichst innerhalb von sieben Werktagen einen Termin erhalten. Das gleiche gilt für die sich anschließende differenzialdiagnostische Abklärung.

Kommentar: *Was hier vielleicht erstmal wie ein kompliziertes Wirrwarr wirkt, ist bereits für Sie als Kolleginnen und Kollegen von uns Verbänden gemeinsam mit der KBV und Ihren Landes-KVen für Ihr „Loslegen" vorbereitet. Da hierfür neue EBM-Ziffern geschaffen wurden, geschieht die Abrechnung über Ihre normale Quartalsabrechnung über Ihre KV. Die Vergütung erfolgt extrabudgetär. Auch wenn Sie bisher keine Netzerfahrung haben, trauen Sie sich, wir helfen Ihnen!*

Aufbau und Struktur

Kernelement der Komplexversorgung sind die regionalen Netzverbünde, die mit anderen Gesundheitseinrichtungen und -berufen eng kooperieren. Patientinnen und Patienten, die von einem Netzverbund betreut werden, haben immer eine feste Ansprechperson, die ärztlich oder psychotherapeutisch tätig sein kann (**Abb. 1**). Teilnehmende an der Komplexversorgung sind

- ärztlich oder psychotherapeutisch Behandelnde, die jeweils Mitglied des Netzverbundes sind,
- Krankenhäuser, psychiatrische Pflegedienste, ergo- oder soziotherapeutisch Tätige, die mit einem Netzverbund einen Kooperationsvertrag abgeschlossen haben,
- Ärztinnen und Ärzte weiterer Fachrichtungen, Fachkräfte und -dienste, wie zum Beispiel sozialpsychiatrische Dienste und Rehabilitationseinrichtungen, die bei Bedarf oder auf Wunsch der psychisch Erkrankten in die Behandlung einbezogen werden.

Ein Netzverbund besteht aus mindestens zehn Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus einer Region. Sie müssen für die Versorgung gesetzlich Versicherter zugelassen sein. Vertraglich schließen sie sich zusammen mit dem Ziel, eine kontinuierliche, vernetzte und berufs- und sektorenübergreifende Versorgung von psychisch Erkrankten in der Region zu gewährleisten.

Das Kernteam im Netzverbund besteht aus mindestens vier Fachärztinnen oder Fachärzten der Psychiatrie und Psychotherapie und/oder Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie und/

Abb. 1: Regionale Netzverbünde bilden den Kern der Komplexversorgung.

oder Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie sowie mindestens vier ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Neurologinnen und Neurologen.

Die Mitglieder des Netzverbundes schließen einen Vertrag ab, der die Aufgaben und Organisation des Netzverbundes regelt, zum Beispiel: Wie erfolgt die Patientendokumentation oder wann finden Fallkonferenzen statt? Den Vertrag legen sie ihrer KV vor, um eine Genehmigung zu erhalten.

Bezugsarzt oder Bezugstherapeut

Innerhalb eines Netzverbundes übernimmt jeweils eine Person die Leitung der Behandlung einer Patientin oder eines Patienten. Diese kann sowohl vertragsärztlich als auch vertragspsychotherapeutisch tätig sein. Möglich ist auch, dass eine Ärztin oder ein Arzt aus der Klinik, mit der der Verbund kooperiert, die Bezugsfunktion wahrnimmt. Die Bezugsfunktion können grundsätzlich ärztlich oder psychotherapeutisch Behandelnde übernehmen, außer in Sonderfällen, wenn eine somatische Hauptdiagnose oder somatische Komorbiditäten vorliegen, die kontinuierlich ärztlich behandelt oder überwacht werden müssen, oder wenn die Medikamentendosis regelmäßig anzupassen ist. Die Mitglieder eines Netzverbundes können für unterschiedliche Patientinnen und Patienten tätig sein.

Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeut sind verantwortlich für die

- Erstellung, Überprüfung, Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans,
- unverzügliche Einleitung einer ambulanten, teil- oder vollstationären Behandlung sowie
- Einleitung einer somatischen Abklärung, falls nötig einer Behandlung

Sie müssen Mitglied im Netzverbund sein und über den vollen Versorgungsauftrag verfügen.

Koordination der Versorgung

Zu den Koordinationsaufgaben gehört es, die Erkrankten zu motivieren, die einzelnen Behandlungsmaßnahmen zu nutzen. Die Bezugsperson vereinbart beispielsweise Behandlungstermine, besucht die Betroffenen Zuhause und leitet gegebenenfalls weitere Leistungen und Hilfen in die Wege. Auch damit soll erreicht werden, dass Therapien nicht abgebrochen werden. Der Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeut delegieren Aufgaben, die sie nicht selbst übernehmen müssen, an qualifizierte Fachkräfte.

Folgende Berufsgruppen können die Koordinationsfunktion ausüben: sozio- und ergotherapeutisch Tätige, die psychiatrische häusliche Krankenpflege, MFA, Fachkräfte für soziale Arbeit, Sozialpädagogie, Pflege, Psychologinnen und Psychologen.

Kommentar: *Hier kommen gerade auch unsere erfahrenen MFA ins Spiel, die häufig schon lange in der Praxis arbeiten und für Patientinnen und Patienten einen verlässlichen Anlaufpunkt in der Praxis darstellen. Die Versorgung nach dieser Richtlinie schreibt den MFA neue Kompetenzen und Aufgaben zu. Sie können nun auch aufsuchend tätig werden.*

Berufs- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit

Jeder Netzverbund schließt des Weiteren Kooperationsverträge mit mindestens einem Krankenhaus, das eine psychiatrische oder psychosomatische Einrich-

ESTEVE

Für mich haben **unerwartete Parkinson-Symptome** den Schrecken verloren.

Ich inhaliere!

Bei Parkinson – NEU Inbrija®

Der 1. Levodopa-Inhalator für Off-Phasen*

- **Einfache** Anwendung bei Bedarf
- **Schnelle** Wirkung unter Umgehung der Magen-Darm-Passage

Inbrija®
Levodopa Inhalationspulver

* Inbrija® wird angewendet zur intermittierenden Behandlung von episodenhaft auftretenden motorischen Fluktuationen (OFF-Episoden) bei erwachsenen Patienten mit Morbus Parkinson, die mit Levodopa und einem Dopa-Decarboxylase-Hemmer behandelt werden.

Inbrija 33 mg Hartkapseln mit Pulver zur Inhalation

Quantitative und qualitative Zusammensetzung: ***Wirkstoff:*** Levodopa. Jede Hartkapsel enthält 42 mg Levodopa. Jede abgegebene Dosis enthält 33 mg Levodopa. ***Sonstige Bestandteile:*** *Kapselinhalt:* Colfoscerilpalmitat, Natriumchlorid. *Kapselhülle:* Hypromellose, Titandioxid (E 171), Carrageen (Ph.Eur.), Kaliumchlorid, Carnaubawachs, Maisstärke. *Tinte:* Schellack, Eisen(II,III)-oxid (E 172), Propylenglycol, Kaliumhydroxid. **Anwendungsgebiete:** Zur intermittierenden Behandlung von episodenhaft auftretenden motorischen Fluktuationen (OFF-Episoden) bei erwachsenen Patienten mit Morbus Parkinson, die mit Levodopa und einem Dopa-Decarboxylase-Hemmer behandelt werden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile; Engwinkelglaukom; Phäochromozytom; gemeinsame Anwendung mit nicht-selektiven Monoaminooxidase-(MAO)-Hemmern. Diese Hemmer sollten mindestens zwei Wochen vor Beginn der Behandlung abgesetzt werden. Malignes neuroleptisches Syndrom (MNS) und/oder nichttraumatische Rhabdomyolyse in der Vorgeschichte. **Nebenwirkungen:** ***Nebenwirkungen bei Anwendung von Inbrija:*** *Sehr häufig:* Husten. *Häufig:* Dyskinesie; Infektion der oberen Atemwege; verfärbtes Sputum; Verfärbung der Absonderung aus der Nase; Rachenreizung; Übelkeit; Erbrechen; Sturz. *Nicht bekannt:* Erstickungsgefühl. ***Bei oraler Anwendung von Levodopa gemeldete Nebenwirkungen:*** *Nicht bekannt:* Bösartiges Melanom; Anämie; Agranulozytose; Thrombozytopenie; Leukopenie; allergisches Ödem; verminderter Appetit; Verwirrtheitszustand; Halluzinationen; Depression; Angst; abnorme Träume; Schlaflosigkeit; Psychose; Störung der Impulskontrolle; Agitiertheit; Suizidversuch; Orientierungsstörung; Dopamin-Dysregulationssyndrom; euphorische Stimmung; gesteigerte Libido; Zähneknirschen; Paranoia; Wahn; Dystonie; On-Off-Phänomen; Somnolenz; Schwindelgefühl; Verschlimmerung des Morbus Parkinson; Parästhesie; Kopfschmerz; Tremor; Krampfanfall; plötzliches Einschlafen; Syndrom der ruhelosen Beine; malignes neuroleptisches Syndrom; Ataxie; Geschmacksstörung; kognitive Störung; Horner-Syndrom; Demenz; verschwommenes Sehen; Doppeltsehen; Mydriasis; Blickkrampf; Blepharospasmus; Herzrhythmusstörungen; Palpitationen; orthostatische Hypotonie; Hypertonie; Synkope; Thrombophlebitis; Hitzewallung; Dyspnoe; anomale Atmung; Dysphonie; Schluckauf; Abdominalschmerz; Obstipation; Diarrhoe; Mundtrockenheit; gastrointestinale Blutung; peptisches Ulkus; Dysphagie; Dyspepsie; Glossodynie; Flatulenz; Verfärbung des Speichels; Hypersalivation; Angioödem; Hyperhidrosis; Ausschlag; Pruritus; Henoch-Schoenlein-Purpura; Urtikaria; Alopezie; Schweißverfärbung, Muskelspasmen, Trismus, Harnretention, Chromaturie, Harninkontinenz, Priapismus; periphere Ödeme; Asthenie; Ermüdung; Unwohlsein; Gangstörung; Brustkorbschmerz; Aspartataminotransferase, Alaninaminotransferase, Blutharnstoff erhöht; Laktatdehydrogenase, Bilirubin, Glukose, Kreatinin, Harnsäure, alkalische Phosphatase im Blut erhöht; Hämoglobin, Hämatokrit erniedrigt; Blut im Urin nachweisbar; Coombs-Test positiv; Leukozyten im Urin positiv; Test auf Bakterien positiv; Gewicht erniedrigt; Gewicht erhöht. **Inhaber der Zulassung:** Acorda Therapeutics Ireland Limited, 10 Earlsfort Terrace, Dublin 2, D02 T380, Irland. **Stand der Information:** 12/2021. **Verschreibungspflichtig.**

© 2022 Esteve Pharmaceuticals GmbH. Alle Rechte vorbehalten. INBRIJA und das INBRIJA Logo sind Marken der Acorda Therapeutics, Inc. 2022.

WF2022-INBR-001

tung für Erwachsene vorhält und mindestens je eine Fachkraft für Ergotherapie und für Soziotherapie oder eine psychiatrische häusliche Krankenpflege.

Kooperation mit Krankenhäusern

Um die Übergänge zur stationären Behandlung reibungsloser zu gestalten, muss mindestens ein kooperierendes Krankenhaus in der Region des Netzverbundes für die regionale psychiatrische Pflichtversorgung zuständig sein. Kooperationen können mit weiteren Häusern abgeschlossen werden, die über geeignete Einrichtungen verfügen, wie

- psychiatrische Stationen an allgemeinen Krankenhäusern,
- Tageskliniken,
- teilstationäre Krankenhausbehandlung an psychiatrischen Kliniken.

Kommentar: *Vermutlich ist an dieser Stelle eine nicht zu unterschätzende Hürde für die neue Versorgungsform „versteckt". In der Vergangenheit gab es an dieser intersektoralen Schnittstelle die häufigsten Schwierigkeiten, da die Strukturen und Vergütungssysteme bekanntermaßen sehr unterschiedlich sind. Die Leistungen, die das Krankenhaus erbringt, werden auch mit den vereinbarten neuen GOP des EBM vergütet. Hier besteht für das Krankenhaus beziehungsweise die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) zum einen der Anreiz, für ihr Entlassungsmanagement sofort tragfähige und rasch zugängliche Strukturen zur Verfügung zu haben, zum anderen die Tatsache, eine transparente feste Vergütung dafür erhalten zu können.*

Wir bitten Sie, Ihre sehr wahrscheinlich vor Ort regional gewachsenen guten Beziehungen zu „Ihrem" psychiatrischen Krankenhaus zu nutzen.

Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen

Der Netzverbund kooperiert außerdem mit mindestens einem der folgenden Gesundheitsberufe aus seiner Region und schließt hier ebenfalls einen Kooperationsvertrag ab: Ergotherapie, Soziotherapie sowie psychiatrische häusliche Krankenpflege. Er kann bei Bedarf weitere Hilfen hinzuziehen, zum Beispiel die Eingliederungshilfe oder den Sozialpsychiatrischen Dienst. Auch der Einbezug von Angehörigen der Erkrankten ist wichtiger Bestandteil der ambulanten Komplexbehandlung.

Organisation und Aufgaben

Die Mitglieder des Netzverbundes sorgen dafür, dass die Patientinnen und Patienten zeitnah behandelt und in Krisen jederzeit betreut werden können. Letzteres kann auch in Kooperation mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst oder anderen geeigneten Kooperationspartnerschaften wie ambulanten psychiatrischen Pflegediensten oder Krankenhäusern gewährleistet werden.

Die Mitglieder verständigen sich auf einheitliche Standards, zum Beispiel in der Kommunikation mit den Erkrankten. Auch die Behandlungsdokumentation und das Erstellen der Befunde erfolgen einheitlich.

Genehmigung erforderlich

Netzverbünde benötigen eine Genehmigung ihrer KV, bevor sie mit der Komplexversorgung starten können. Dazu reichen sie den Netzverbundvertrag und die Kooperationsverträge zusammen mit einem Antragsformular bei der KV ein. Mehr Informationen dazu erhalten Ärztinnen/Ärzte sowie Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten bei ihrer KV.

Die Netzverbünde teilen ihrer KV und der Landeskrankenhausgesellschaft ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit zur Information der Patientinnen und Patienten mit.

Kommentar: *Die Kriterien für die Anerkennung als Netzverbund für diese Richtlinie sind nicht identisch mit den Vorgaben für die Anerkennung und Förderung als Praxisnetz nach § 87b Absatz 4 SGB V. Sie sind im Gegenteil deutlich und wesentlich einfacher zu erfüllen.*

Ablauf der Behandlung

Ob ein Patient beziehungsweise eine Patientin für die ambulante psychiatrische Komplexbehandlung geeignet ist, stellt ein Netzverbundmitglied anhand der vorgegebenen Kriterien in der Eingangssprechstunde fest (**Abb. 2**). Im Anschluss erfolgt eine differenzialdiagnostische Abklärung, auf deren Grundlage vom Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeut der Behandlungsplan erstellt wird. Alle Therapieschritte werden eng abgestimmt und koordiniert. Dazu finden beispielsweise regelmäßig Fallkonferenzen statt.

Wesentliche Bausteine

Empfehlung oder Überweisung

Der Erstkontakt zum Netzverbund kann per Zuweisung oder Empfehlung durch jede Ärztin, jeden Arzt, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder den Sozialpsychiatrischen Dienst zustande kommen. Auch Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen können Erkrankten die ambulante psychiatrische Komplexbehandlung empfehlen. Der direkte Zugang über ein Mitglied des Netzverbunds ist ebenfalls möglich.

Kommentar: *Der Zugang zur Komplexversorgung sollte so niederschwellig wie möglich gestaltet werden. Deshalb wurde festgelegt, dass jede Ärztin, jeder Arzt, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, der Sozialpsychiatrische Dienst, jedes Krankenhaus, jede PIA und jede Rehabilitatioseinrichtung und natürlich jedes Mitglied des Netzverbundes Patientinnen und Patienten zuweisen können. Einer Überweisung bedarf es hierfür nicht. Eine Vergütung für die Zuweisung ist nicht vorgesehen.*

Eingangssprechstunde

Die Eingangssprechstunde soll möglichst innerhalb von sieben Werktagen nach Zuweisung, direkter Kontaktaufnahme durch die Patientinnen und Patienten oder Empfehlung stattfinden. Sie kann auch von Netzteilnehmenden mit halbem Versorgungsauftrag erbracht werden. In der Eingangssprechstunde wird geprüft, ob die ambulante Komplexversorgung das richtige Angebot ist.

Kommentar: *Die Eingangssprechstunde kann durch jedes Mitglied im Netzverbund erfolgen. Hierfür ist die neue EBM-GOP 37500 bis zu viermal im Krankheitsfall (d. h. im aktuellen und in den drei darauffolgenden Quartalen) abrechenbar. Die GOP 37500 wird je vollendete 15 Minuten mit 26,02 € (231 Punkten) bezahlt. Im Krankheitsfall ist demnach über die Eingangssprechstunde ein zusätzliches extrabudgetäres Honorar von 104,08 € möglich.*

Abb. 2: Ablauf der ambulanten psychiatrischen Komplex-behandlung

Differenzialdiagnostische Abklärung

Sind die Einschlusskriterien erfüllt, soll in der Regel binnen sieben Werktagen die differenzialdiagnostische Abklärung (somatisch, psychisch und sozial) innerhalb des Netzverbundes erfolgen. Erforderliche Behandlungsmaßnahmen werden unmittelbar eingeleitet.

Kommentar: *Die differenzialdiagnostische Abklärung nach der neuen GOP 37510 ist von Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Nervenheilkunde sowie Neurologie und Psychiatrie ebenfalls viermal im Krankheitsfall (d. h. im aktuellen und in den drei darauffolgenden Quartalen) abrechenbar. Die GOP 37510 wird je vollendete 15 Minuten mit 26,02 € (231 Punkten) bezahlt. Im Krankheitsfall ist somit über die differenzialdiagnostische Abklärung für die genannten Facharztgruppen ein zusätzliches extrabudgetäres Honorar von 104,08 € möglich.*

Mitteilung an die Krankenkassen

Der Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeut informieren die Krankenkasse der Patientin oder des Patienten darüber, dass die Behandlung im Netzverbund beginnt. Eine parallele Behandlung in mehreren Netzverbünden ist Betroffenen nicht erlaubt.

Kommentar: *Die Mitteilung an die Krankenkasse soll möglichst bürokratiearm über das Praxisverwaltungssystem/KIM-Dienste erfolgen. Eine Genehmigung durch die Krankenkassen für die Behandlung im Netzverbund ist nicht erforderlich. Eine Vergütung für die Meldung an die Krankenkasse ist nicht vorgesehen.*

Gesamtbehandlungsplan

Auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung erstellen der Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeut in Abstimmung mit dem Erkrankten einen Gesamtbehandlungsplan. Soweit erforderlich erfolgt hierzu eine interdisziplinäre Abstimmung, da psychische, somatische und soziale Seiten der Erkrankung darin gleichermaßen berücksichtigt werden sollen.

Der Plan enthält die Therapieziele und Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen sowie psychotherapeutischen Maßnahmen. Dokumentiert ist ferner, ob und in welchem Umfang Heilmittel, Soziotherapie oder psychiatrische häusliche Krankenpflege benötigt werden. Hinterlegt sind auch Informationen dazu, ob Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und/oder eine Behandlung somatischer Beschwerden außerhalb der Komplexversorgung erforderlich sind. Die für die Koordination zuständige Fachkraft wird namentlich aufgeführt.

Integriert ist ebenso ein Kriseninterventionsplan. Hierfür bespricht die ärztlich oder psychotherapeutisch behandelnde Person mit dem Erkrankten oder einem Angehörigen, wie Krisen vermieden werden können, wie damit umzugehen ist und welche Hilfen im Krisenfall erhältlich sind.

Der Behandlungsplan ist für alle, die an der Komplexversorgung beteiligt sind, verbindlich. Er soll mindestens halbjährlich überprüft werden.

Kommentar: *Für die Erstellung des Gesamtbehandlungsplans können nur der Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeut einmal im Krankheitsfall (d. h. im*

Tab. 1: Die neuen EBM-Leistungen im Überblick

GOP	Leistung	Hinweise	Bewertung (Punkte/€)
37500	Eingangssprechstunde	je vollendete 15 Minuten, höchstens viermal im Krankheitsfall	231/26,02
37510*	Differenzialdiagnostische Abklärung	je vollendete 15 Minuten, höchstens viermal im Krankheitsfall	231/26,02
37520	Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans	einmal im Krankheitsfall	448/50,47
37525	Zusatzpauschale für Leistungen des Bezugsarztes/Bezugspsychotherapeuten	einmal im Behandlungsfall	450/50,70
37530	Koordination der Versorgung durch eine nichtärztliche Person	einmal im Behandlungsfall	577/65,01
37535	Aufsuchen einer Patientin, eines Patienten im häuslichen Umfeld durch eine nichtärztliche Person	je Sitzung, höchstens dreimal im Behandlungsfall	166/18,70
37550	Fallbesprechung	je vollendete 10 Minuten, höchstens viermal im Behandlungsfall	128/14,42
37551	Zuschlag zur GOP 37550 bei Teilnahme eines oder mehrerer nichtärztlicher/nichtpsychotherapeutischer Teilnehmender nach § 3 Abs. 3 und 5 KSVPsych-RL	je vollendete 10 Minuten, höchstens viermal im Behandlungsfall	128/14,42
37570	Zusatzpauschale für zusätzliche Organisations- und Managementaufgaben sowie technische Aufwände im Rahmen eines Netzverbundes	einmal im Behandlungsfall	200/22,53

**Kann ausschließlich von Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Nervenheilkunde sowie Neurologie und Psychiatrie berechnet werden.*

Hinweis: Die GOP 37520, 37525, 37530, 37535, 37551 und 37570 können ausschließlich durch den Bezugsarzt oder den Bezugspsychotherapeut berechnet werden.

aktuellen und in den darauffolgenden drei Quartalen) die neue GOP 37520 abrechnen, die mit 50,47 € (448 Punkten) bezahlt wird. Für weitere Aufgaben werden einmal im Quartal nach der neuen EBM-Zusatzpauschale mit Ziffer 37525 noch 50,50 € (450 Punkte) bezahlt, etwa für die Aktualisierung des Gesamtbehandlungsplans. Im Krankheitsfall (= vier Quartale) ist folglich für das Erstellen und Führen des Gesamtbehandlungsplans ein zusätzliches extrabudgetäres Honorar von 252,47 € möglich.

Daneben kann für die Koordination der Versorgung durch eine nicht ärztliche Person (z. B. MFA, häusliche psychiatrische Krankenpflegeperson) einmal im Quartal die neue GOP 37530 angesetzt werden, die mit 65,01 € (577 Punkten) vergütet wird. Sucht die nicht ärztliche Person Erkrankte im häuslichen Umfeld auf, kann bis zu dreimal im Quartal die GOP 37535 18,70 € (166 Punkte) abgerechnet werden. Im Krankheitsfall (= vier Quartale) ist dann für die Koordination der Versorgung durch eine nicht ärztliche Person ein zusätzliches extrabudgetäres Honorar von 484,44 € möglich (bzw. pro Quartal bis zu 121,11 €).

Rechnet man die maximalen Vergütungen aus Gesamtbehandlungsplan und Koordination der Versorgung für den Krankheitsfall (= im aktuellen und in den drei darauffolgenden Quartalen) zusammen, ergeben sich 737,27 € brutto.

Fallbesprechung

In regelmäßigen Fallbesprechungen mit allen an der Versorgung Beteiligten wird überprüft, inwieweit die Therapieziele erreicht worden sind, oder ob eine Anpassung des Gesamtbehandlungsplans notwendig ist. Fallbesprechungen sollten mindestens zweimal im Quartal erfolgen, erstmals spätestens einen Monat nach dem Erstkontakt mit der Patientin oder dem Patienten in der Eingangssprechstunde.

Fallbesprechungen sind auch per Video oder Telefon möglich.

Kommentar: *Für die Fallbesprechungen ist pro teilnehmende Ärztin und Arzt/Psychotherapeutin und Psychotherapeut pro Quartal je vollendete 10 Minuten bis zu viermal die neue GOP 37550 mit einer Vergütung von 14,42 € (128 Punkten) abrechenbar, das heißt maximal 57,68 € pro Quartal und Patientin/Patient. Findet die Fallbesprechung per Videokonferenz statt, wird auch der Technikzuschlag nach GOP 01450 pro Teilnehmenden fällig.*

Nimmt eine nicht ärztliche Person an der Fallkonferenz teil, können der Bezugsarzt oder die Psychotherapeutin, der Psychotherapeut zusätzlich bis zu viermal die neue Zuschlagsziffer 37551 je 10 Minuten mit 14,42 € (128 Punkte) ansetzen, das heißt auch hier maximal 57,68 € pro Quartal und Patientin/Patient. Rechnet man beides zusammen, können pro Quartal brutto maximal 115,36 € abgerechnet werden.

Für Organisations- und Managementaufgaben ist über die neue GOP 37570 eine Pauschale von 22,52 € (200 Punkte) im Quartal pro Patientin/Patient ansetzbar.

Überleitung in die Anschlussversorgung

Bei erfolgreicher Therapie ist eine Überleitung in die fachärztliche oder psychotherapeutische Versorgung anzustreben. Hierzu wird von den ärztlichen oder psychotherapeutischen Bezugspersonen ein Überleitungsplan erstellt, der die wesentlichen Informationen über den Behandlungsverlauf enthält.

Kommentar: *Eine Vergütung für die Überleitung ist nicht vorgesehen.*

Zusammenfassung Abrechnung

Für zusätzliche Aufgaben in der Komplexversorgung wurden zum 1. Oktober 2022 neun GOP in den neuen EBM-Abschnitt 37.5 aufgenommen (**Tab. 1**). Nur wer ärztlich oder psychotherapeutisch in einem Netzverbund tätig ist, kann diese Leistungen abrechnen. Eine Voraussetzung für den Netzverbund ist, das dieser durch die KV genehmigt wurde.

Eingangssprechstunde

Für die Anamnese und die Prüfung der Voraussetzungen zur Teilnahme an der Komplexbehandlung in der Eingangssprechstunde gibt es eine Pauschale (GOP 37500). Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die die Leistungen erbringen, können die GOP bis zu viermal im Krankheitsfall abrechnen. Für je vollendete 15 Minuten werden jeweils 26,02 € (231 Punkte) gezahlt.

Die Eingangssprechstunde kann auch von Teilnehmenden mit halbem Versorgungsauftrag erbracht werden

Differenzialdiagnostik

Die Abrechnung der Differenzialdiagnostik erfolgt über die GOP 37510 (231 Punkte/26,02 € je vollendete 15 Minuten). Die Leistung kann bis zu viermal im Krankheitsfall berechnet werden – von Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Nervenheilkunde sowie Neurologie und Psychiatrie.

Gesamtbehandlungsplan

Für die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplans ist die GOP 37520 einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig (448 Punkte/50,47 €). Diese GOP können ausschließlich der Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeut abrechnen. Der Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeut müssen einen vollen Sitz haben.

Zusatzpausschale

Für zusätzliche Aufgaben kann die zentrale Ansprechperson für den Erkrankten einmal im Quartal die GOP 37525 (450 Punkte/50,70 €) ansetzen. In dieser Zusatzpauschale ist zum Beispiel die Aktualisierung des Gesamtbehandlungsplans enthalten.

Koordination der Versorgung

Für die Koordination der Versorgung durch eine MFA oder eine Person, die beispielsweise in psychiatrischer häuslicher Krankenpflege ausgebildet ist, kann der Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeut einmal im Quartal die GOP 37530 (577 Punkte/65,01 €) abrechnen. Müssen Patientin oder Patient im häuslichen Umfeld aufgesucht werden, ist die GOP 37535 (166 Punkte/18,70 €) bis zu dreimal im Behandlungsfall berechnungsfähig.

Fallbesprechungen

Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die an einer Fallbesprechung teilnehmen, können bis zu viermal im Behandlungsfall die GOP 37550 (128 Punkte/14,42 € je 10 Minuten) berechnen. Diese GOP kann auch abgerechnet werden, wenn die Fallbesprechung telefonisch oder per Video stattfindet. Die Teilnehmenden können bei Videokonferenzen zusätzlich einen Technikzuschlag ansetzten (GOP 01450).

Zuschlag für Fallbesprechungen

Nimmt mindestens eine nichtärztliche Person an der Besprechung teil, zum Beispiel eine Ergotherapeutin, rechnen der Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeut zusätzlich die GOP 37551 (128 Punkte/14,42 € je 10 Minuten) ab.

Organisation und Management

Eine Zusatzpauschale wird für Organisations- und Managementaufgaben sowie technische Aufwände des Netzverbundes gezahlt; der Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeut können die GOP 37570 (200 Punkte/22,53 €) einmal im Quartal abrechnen.

Alle Informationen zur ambulanten Komplexversorgung finden Sie auch unter: www.kbv.de/komplexversorgung

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung Berlin

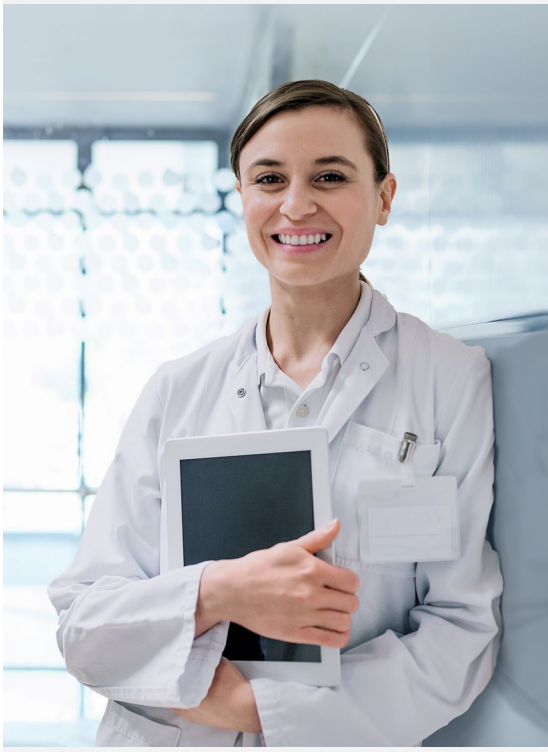
AUTORIN

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim

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

c@dr-rothsackenheim.de

Springer Medizin



e.Med

Das Fachabo für gesichertes Wissen und zertifizierte Fortbildung

CME-Fortbildungen mit über 600 zertifizierten Kursen

Auf alle **Fachzeitschriften** von Springer Medizin online zugreifen

Nachschlagen auf Basis geprüfter Standardwerke mit **e.Medpedia**

Facharzt-Trainings mit fallbasierten Tutorials für ausgewählte Fachbereiche

Regelmäßig eine **gedruckte Fachzeitschrift** nach Wahl per Post

Update Newsletter mit dem Aktuellsten aus Ihrem Fachgebiet

Jetzt kostenlos registrieren und bestellen!

SpringerMedizin.de/eMed-Abos

Gleich informieren

App „Cortex DIREKT“

Die wichtigsten News immer zur Hand

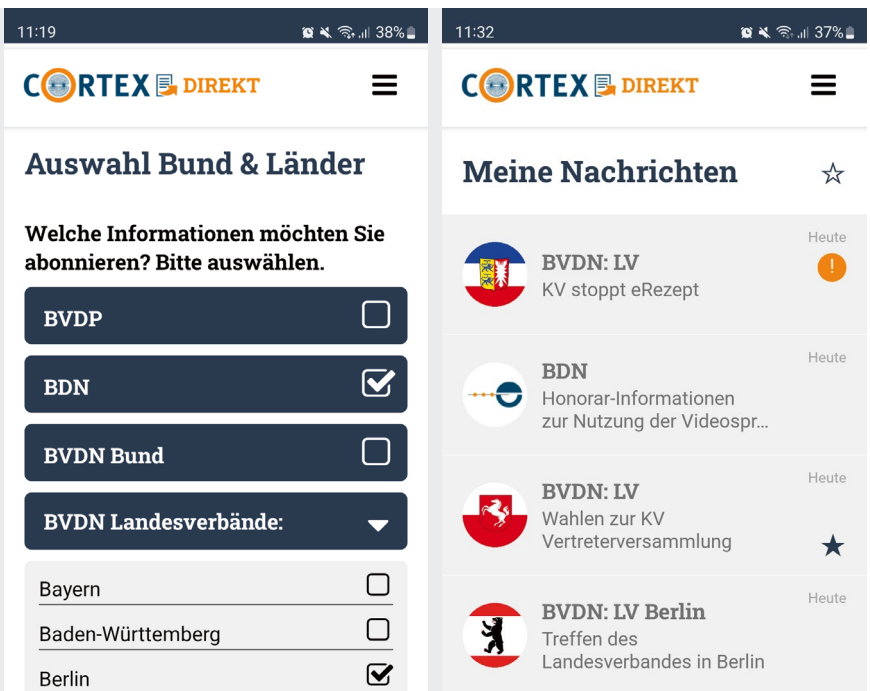
Alle relevanten Informationen können Mitglieder der neuropsychiatrischen Berufsverbände künftig direkt auf ihr Smartphone erhalten – mit einer neuen App. Was kann die Anwendung und wo gibt es sie?

Als Berufsverbände wollen wir zukünftig alle Mitglieder schnell über neue Entwicklungen in Berufspolitik sowie Neurologie und Psychiatrie informieren – auf Bundes- wie auf Landesebene. Mit der Registrierung in der neuen App „Cortex DIREKT“ können Mitglieder von BVDN, BDN und BVDP alle Neuigkeiten der Verbände direkt auf ihrem Smartphone empfangen.

Informationen individuell filtern

Starten wird die App mit 20 Nachrichtenkanälen. Neben je einem bundesweiten Informationskanal von BVDN, BDN und BVDP hat der BVDN auch je einen Kanal für die 17 Landesverbände eingerichtet. So lassen sich Nachrichten spezifisch in den gewünschten Regionen verschicken.

Die für sie relevanten Informationen können sich die Mitglieder aus Neuigkeiten zu Honorar- und Abrechnungsziffern, Terminen von Qualitätszirkeln, Fortbildungen, regionalen Treffen oder Informationen zum Einstieg in die niedergelassene Praxis individuell zusammenstellen. Dazu wird einfach ein Haken beim jeweiligen Kanal gesetzt. Mit der neuen App bündeln wir Informationen aus den Verbänden in einem Medium und können so wichtige Meldungen schnell und unkompliziert an unsere Mitglieder verteilen.



© BVDN

In der App „Cortex DIREKT“ erhalten Sie nur die Nachrichten, die für Sie relevant sind: Gestalten Sie Ihren individuellen Newsfeed aus den angebotenen Kanälen.

Der schnellste Weg zu Cortex DIREKT

Scannen Sie einfach den QR-Code, um zu Google Play oder zum App Store zu gelangen und Cortex DIREKT herunterzuladen.

Rettungsring im Meer der News

In der täglichen Flut von Informationen hilft Cortex DIREKT den Überblick zu bewahren. Wichtige News für die Arbeit in der Praxis müssen nicht länger mühsam zusammengesucht werden.

Die Nutzung von Cortex DIREKT ist denkbar einfach. Die Anwendung ist ab sofort im App Store und bei Google Play verfügbar; durch Scannen des QR-Codes oben gelangen Sie schnell ans Ziel. Für die Registrierung benötigen Sie Ihre Mitgliedsnummer, die Sie zum Beispiel auf Ihrer Beitragsrechnung finden. Nach der Registrierung können die gewünschten Kanäle ausgewählt werden. Die Auswahl lässt sich jederzeit durch An- oder Abhaken ändern. Und auch wenn das Smartphone gewechselt wird, bleibt der Kommunikationsweg erhalten – denn beim Synchronisieren wird die App auch auf dem neuen Gerät installiert.

AUTORIN

Dr. med. Sabine Köhler

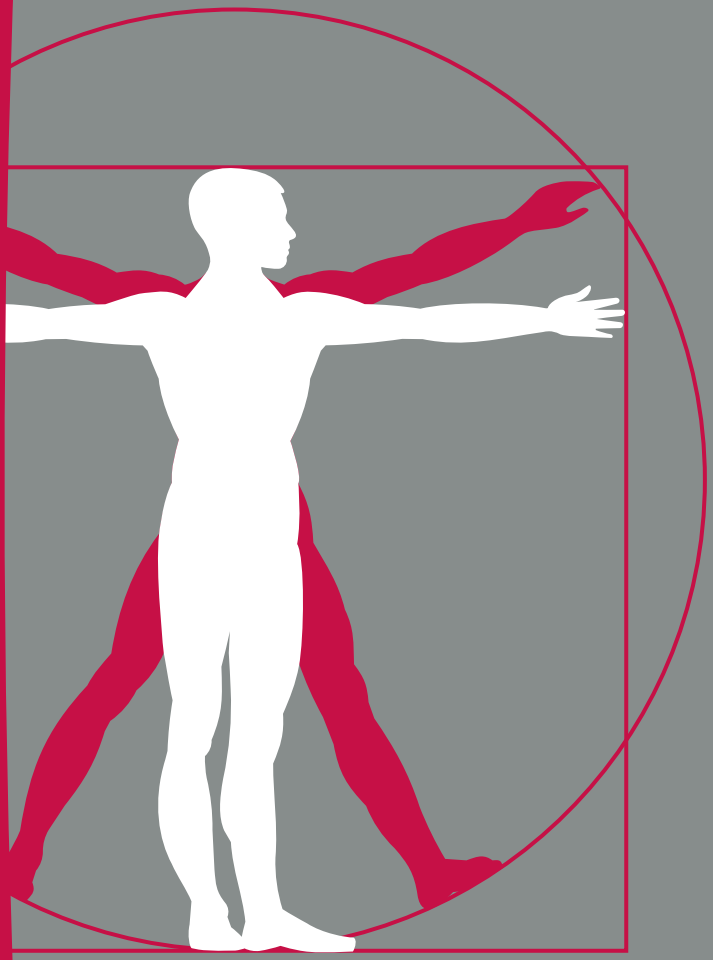
Vorsitzende des BVDN
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

sab.koehler@web.de

2023 NEURO UPDATE

15. Neurologie-Update-Seminar

17. und 18. März 2023, Mannheim
24. und 25. März 2023, Berlin



- **Neueste Studienergebnisse praxisrelevant bewertet**
- **Abdeckung des gesamten Fachbereichs**
- **Produktneutrale und unabhängige Inhalte**
- **Interaktive Diskussionsrunden**
- **CME-Zertifizierung**
- **Umfangreiche Seminarunterlagen**
- **Präsenzveranstaltung und Livestream**

Wissenschaftliche Leitung

Gerhard Hamann, Günzburg
Marianne Dieterich, München
Volker Limmroth, Köln
Heinz Reichmann, Dresden

Anmeldung und weitere Informationen unter

neuro-update.com

Eine Veranstaltung von

medupdate

Kooperationen

SpringerMedizin SpringerMedizin.at Marburger Bund TREUHAND

Ambulante Weiterbildung

Fünf gute Gründe für die Beantragung einer Weiterbildungsbefugnis

Für angehende Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie oder Neurologie, die bisher in der Klinik gearbeitet haben, oder Wiedereinsteigende nach einer Kinderpause ist eine ambulante Weiterbildung eine attraktive Option. Warum es sich lohnt, eine Weiterbildungsberechtigung als Vertragsärztin oder Vertragsarzt zu beantragen und was es dabei zu beachten gibt, lesen Sie in diesem Beitrag.

Wir sind als Berufsverbände der Überzeugung, dass es zukünftig nicht ohne ambulante Weiterbildung gehen wird. Die neue Muster-Weiterbildungsordnung (M-WBO) bildet das nun ab. Schon längst hat der Strukturwandel der Krankenhäuser dazu geführt, dass in kaum einem medizinischen Gebiet die volle Weiterbildung an einer klinischen Weiterbildungsstätte geboten werden kann. Weiterbildungsverbünde sind hier der Königsweg.

Warum ambulant weiterbilden?

Fünf gute Gründe sprechen dafür, als Vertragsärztin oder Vertragsarzt eine Weitebildungsberechtigung zu beantragen:

1. Die Beantragung einer Weiterbildungsbefugnis bei der Landes- oder Bezirksärztekammer ist kein Buch mit sieben Siegeln. Die Verbände BVDP, BVDN und BDN helfen Ihnen dabei.
2. Schon ein Jahr Weiterbildungsberechtigung eines Praxisinhabenden ist attraktiv für junge angehende Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie oder Neurologie. Häufig erhalten Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte auch für zwei Jahre eine Weiterbildungsbefugnis, je nach Größe und Ausrichtung der Praxis.
3. Die Praxistätigkeit ist sowohl für angehende Fachärztinnen und Fachärzte, die bisher in der Klinik gearbeitet haben, als auch für Wiedereinsteigende beispielsweise nach einer Kinderpause, eine willkommene Alternative zur Kliniktätigkeit, da die Arbeitszeiten meist angenehmer sind und Nachtdienste entfallen.
4. In den meisten KVen wird die ambulante Weiterbildung finanziell gefördert. Der Betrag liegt meist zwischen 4.500 und 5.000 € pro Monat pro Weiterbildungskandidat.
5. Die Weiterbildungstätigkeit ist für die Praxisinhabenden eine gute Chance, eine Nachfolge für die Praxis frühzeitig zu interessieren und zu binden. Und es ist erfahrungsgemäß eine sehr erfüllende Tätigkeit.

© fizkes/stock.adobe.com (Symbolbild mit Fotomodellen)

Sowohl Weiterbildungsermächtigte als auch angehende Fachärztinnen und Fachärzte profitieren von einer ambulanten Weiterbildung.

Antrag einer Weiterbildungsberechtigung

Für die Beantragung einer Weiterbildungsberechtigung sind mehrere Schritte nötig (siehe **Workshop zum Beantragen einer Weiterbildungsberechtigung**).

1. Schritt: Antrag auf Anerkennung als Weiterbildungsstätte

Damit die in der Praxis erfolgte Weiterbildung auch seitens der Kammer anerkannt werden kann, muss vor Beantragen der Weiterbildungsberechtigung ein Antrag auf Anerkennung als Weiterbildungsstätte gestellt werden. Nach entsprechender Anerkennung wird die Praxis in der Liste der für die Weiterbildung infrage kommenden Stellen aufgenom-

men und Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten erfahren somit, dass Ihre Praxis auch weiterbildet.

2. Schritt: Erstellen eines eigenen Weiterbildungscurriculums

Das persönliche Weiterbildungscurriculum ist das Herzstück des Antrags auf Weiterbildungsberechtigung. Es bestimmt letztendlich den Umfang der Befugniserteilung sowohl in der Weiterbildungszeit (z. B. 12, 18, 24 Monate) oder in einzelnen Bausteinen (z. B. Supervision in Psychotherapie, Balint-Gruppe, Selbsterfahrung, EEG). Das Curriculum sollte sich an den „5 Ws" orientieren:

- **WAS** bietet die Praxis als Weiterbildung an? Beispiel: Supervision in Verhaltenstherapie nach jeder vierten Stunde. Hilfreich: Diagnosestatistik der Praxis, Patientenzahl, Anzahl der Mitarbeitenden, KV-Abrechnung als Nachweis einreichen.
- **WER** bildet weiter? Praxisinhaberin oder Praxisinhaber persönlich? In Kooperation mit einem Weiterbildungsverbund? In Kooperation mit einem Weiterbildungsinstitut mit Kooperationsvereinbarung?
- **WO?** Genaue Beschreibung der Praxisräume, Funktionsräume, wo die Weiterzubildenden eingesetzt werden können (gibt es ein eigenes Zimmer in der Praxis?)
- **WIE?** In Vollzeit oder Teilzeit?
- **WANN?** Beispiel: Praxisöffnungszeiten, zusätzlich Samstags vormittags von 10:00–12:00 Uhr.

3. Schritt: Was nach der Antragsstellung passiert

Zunächst prüfen die hauptamtlichen Angestellten der Kammer den Antrag auf Vollständigkeit und Plausibilität. Eventuell können hier Formalia noch abschließend geklärt werden. Anschließend wird der Antrag im Weiterbildungs(WB)-Ausschuss beraten. Im WB-Ausschuss einer Kammer sind in der Regel ehrenamtlich tätige Ärztinnen oder Ärzte gemeinsam mit den hauptamtlichen Angestellten und einer juristischen Person der Kammer vertreten. Der WB-Ausschuss kommt zu einer Empfehlung (z. B. Befugniserteilung für 24 Monate) und gibt diese an den Vorstand der jeweiligen Landesärztekammer. Die Befugnis wird in der Regel in der nächsten anstehenden Vorstandssitzung erteilt. Ist eine Landesärztekammer auch in Bezirksärztekammern unterteilt, wird in der Regel der Antrag auf Befugnis bei der Bezirksärztekammer gestellt und geprüft, bevor er an die Landesärztekammer weitergeht.

Wichtige Grundbegriffe für die Weiterbildungsberechtigung

M-WBO

Die von der Bundesärztekammer erarbeitete M-WBO beschreibt exemplarisch die Kompetenzen, die nach dem Studium und der Approbation als Ärztin oder Arzt zu erwerben sind, um zur Facharztprüfung zugelassen zu werden, sie ist auf der Homepage der Bundesärztekammer veröffentlicht [1]. Die M-WBO hat für die Landesärztekammern nur empfehlenden Charakter. Für jede Ärztin und jeden Arzt ist immer nur die WBO der Landesärztekammer rechtsverbindlich, deren Mitglied sie oder er ist.

Noch ein wichtiger praktischer Punkt: Man kann nur in einem Gebiet weiterbilden, das Bestandteil der gültigen M-WBO ist. Fachärztinnen und Fachärzte für Nervenheilkunde, die nicht die Anerkennung der heute gültigen Einzelfacharztbezeichnungen erworben haben und Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie mit Zusatztitel Psychotherapie oder Psychoanalyse, die sich in der Übergangsfrist nicht die neue Bezeichnung Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie haben anerkennen lassen, können keine Weiterbildungsbefugnis beantragen. Einzellösungen in den regionalen Kammern sind aber oft möglich beziehungsweise verhandelbar, da ein hoher Bedarf an Weiterbildung besteht.

Fachlich empfohlene Weiterbildungspläne

Mit der M-WBO 2018 wurde das Instrument eines fachlich empfohlenen Weiterbildungsplanes eingeführt. Gemäß § 2a (8) können in einem von der Ärzte-

Mustercurricula

Mustercurricula für die ambulante Weiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie finden Sie in dieser NeuroTransmitter-Ausgabe ab Seite 25 sowie online unter:

www.springermedizin.de/neurotransmitter

Workshop zum Beantragen einer Weiterbildungsberechtigung

Zum Thema Beantragen einer Weiterbildungsermächtigung hat eine kleine Arbeitsgruppe aus Rheinland-Pfalz (Dr. Christel Werner, Dr. Günther Endrass, Dr. Wolfgang Stein, Dr. Christa Roth-Sackenheim) im Juli 2022 einen Zoom-Workshop angeboten, der trotz beginnender Urlaubszeit mit über 80 Teilnehmern gut besucht war. Auch die Landesärztekammer Rheinland-Pfalz (LÄK-RLP) hatte hierzu unterstützend eingeladen. Die Vorsitzende des Weiterbildungsausschusses der LÄK RLP, Dr. Charis Eibl, nahm auch am Workshop teil. Der Workshop wurde aufgezeichnet und ist für Mitglieder über unsere Homepage weiterhin abrufbar (https://www.berufsverband-nervenaerzte.de/).

Programm des Workshops

1. **Die neue Weiterbildungsordnung 2022 und ihre Umsetzung:**
   Antragsstellung und Ablauf der Weiterbildungserteilung
   (Dr. Wolfgang Stein; Weiterbildungsexperte der LÄK-RLP).
2. **Ambulante Weiterbildung als Lösungsoption für die Praxisnachfolge:**
   KV-Förderung, Vorstellung Musterweiterbildungscurriculum für Neurologie
   (Dr. Günther Endrass, Landessprecher Neurologie und Landesvorsitzender BVDN-RLP)
3. **Ambulante Weiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie: |**
   Vorstellung Musterweiterbildungscurriculum für Psychiatrie und Psychotherapie, Erfahrungen einer Weiterbildungsberechtigten.
   (Dr. Christel Werner, Vorstandsmitglied LÄK-RLP und BVDP)
4. **Famulaturen in Praxen für Neurologie und Psychiatrie** – Die Fachärzte der Zukunft (Dr. Günther Endrass, Landessprecher Neurologie und Landesvorsitzender BVDN-RLP)

Weiterbildung aus Sicht der Generation PSY (Nachwuchsgruppe DGPPN)

Was wollen die jungen Kolleginnen und Kollegen?

Angehende Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie beziehungsweise Neurologie wünschen sich neben einer hohen Qualität ihrer Weiterbildung unter anderem die Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

Im Gespräch mit Vertreterinnen und Vertretern der jungen Psychiater und der jungen Neurologen werden häufig die nachfolgenden sieben Ziele und Wünsche an die eigene Weiterbildung zu Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie beziehungsweise Neurologie genannt:

1. Das Rotationsjahr im jeweils komplementären Fach Neurologie oder Psychiatrie/Psychotherapie soll erhalten bleiben.
2. Die Weiterbildungszeit soll möglichst von Anfang an durchgehend planbar sein.
3. Es sollen möglichst innerhalb der Weiterbildungszeit von 60 Monaten die Weiterbildungsinhalte umfassend abgebildet werden.
4. Die Psychotherapieausbildung soll sinnvoll (machbar vom zeitlichen und finanziellen Aufwand) und auf qualitativ gutem Niveau in die fachärztliche Weiterbildung integriert werden.
5. Weiterbildungsverbünde werden deshalb als ausgesprochen attraktiv bewertet.
6. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf/Karriere soll gewährleistet sein, zum Beispiel durch Weiterbildung in Teilzeit.
7. Die Tätigkeit im Komplementärjahr soll die diagnostischen und therapeutischen Grundprinzipien des Komplementärfachs (so z. B. die spezifische Anamneseerhebung, die Erhebung eines neurologisch-topischen oder psychopathologischen Befundes) und die für das eigene Fach wesentlichen Kompetenzen im Grenzbereich zum Nachbarfach vermitteln.

Dr. med. Julia-Maleen Kronsbein
Vorstandsmitglied der DGPPN,
Vertreterin der Generation PSY
Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie Usedom
Klenzestraße 14, 17424 Heringsdorf

info@psychiater-usedom.de

kammer fachlich empfohlenen Weiterbildungsplan (FEWP) die in der WBO umschriebenen Kompetenzen näher erläutert werden, wie die Anzahl erforderlicher dokumentierter Fälle.

Bei den FEWP handelt es sich um unverbindliche Muster, die von einer federführenden Ärztekammer unter Hinzuziehung von Fachvertretenden sukzessive erarbeitet und nach Abstimmung in der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung" vom Vorstand der Bundesärztekammer befürwortet wurden. Es obliegt der jeweiligen Ärztekammer zu entscheiden, ob und in welcher Form diese Muster in ihrem Kammerbereich übernommen werden. Sollten Sie Fragen zu einem (Muster-)FEWP haben, wenden Sie sich daher bitte an die (Landes-)Ärztekammer, deren Mitglied Sie sind.

Den FEWP für das Fach Psychiatrie und Psychotherapie finden Sie hier: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/FEWP/FA_SP-WB/20201112_13_FEWP_PSYCH_Psychoth.pdf

Elektronisches Logbuch: Dokumentation der Weiterbildung

Die Dokumentation der Weiterbildungszeiten und -inhalte soll möglichst über ein elektronisches Logbuch (eLogbuch) erfolgen. Mit Verabschiedung der M-WBO 2018 wurde eine kompetenzbasierte Neuausrichtung der ärztlichen Weiterbildung vorgenommen. Im Zuge dessen hatte der 121. Deutsche Ärztetag 2018 beschlossen, eine Dokumentation der ärztlichen Weiterbildung über ein eLogbuch zu etablieren.

Das eLogbuch ist am 1. Juli 2020 an den Start gegangen und wird sukzessive von den Ärztekammern eingeführt. Die Registrierung und Anmeldung erfolgt überwiegend über die Mitgliederportale der Ärztekammern. Das Nachhalten der Dokumentationen im eLogbuch liegt im Verantwortungsbereich der sich in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte (WBA). Die Aufgabe der Weiterbildungsermächtigten (WBB) ist es, dem WBA den Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in den Rubriken „Kognitive und Methodenkompetenz" und „Handlungskompetenz" sowie die erreichte Anzahl nachzuweisender Richtzahlen und die zu dokumentierenden Weiterbildungsgespräche über das eLogbuch zu bestätigen und damit den Stand der Weiterbildung im Blick zu haben.

Mit dem eLogbuch wird ein einfach handhabbares Instrument bereitgestellt, um die Planung der Weiterbildung vornehmen und die kontinuierliche Dokumentation sowie Bewertung von erreichtem Wissens- und Erfahrungszuwachs übersichtlich erfassen zu können.

Ihre Fragen zum Thema eLogbuch beantwortet auch die Bundesärztekammer (https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/aus-fort-und-weiterbildung/weiterbildung/elogbuch/faq). Erste Schritte als WBB mit dem eLogbuch sind ebenfalls auf der Webseite der Bundesärztekammer nachzulesen (https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/eLogbuch/FAQ/20220722_Erste_Schritte_eLB_WBB.pdf).

Weiterbildungsberechtigung und „Gestellung", was bedeutet das?

Der Terminus „Gestellung" beschreibt vereinfacht gesagt ein vertragliches Konstrukt, um als weiterbildungsermächtigte Klinik einen Weiterbildungsbaustein, der selbst nicht angeboten werden kann, für die WBA an einer anderen Weiterbildungsstätte „einzukaufen". Um selbst eine volle Weiterbildungsberechtigung erhalten zu können, verpflichtet sich die Weiterbildungsstätte, WBA an eine andere spezialisierte Weiterbildungsstätte „auszuleihen", um den erforderlichen Weiterbildungsbaustein dort zu erwerben. Arbeit- und Gehaltsgebende bleiben dabei die ursprünglichen Weiterbildungsstätten. So kann etwa der Weiterbildungsbaustein Suchtmedizin/Substitution an einer darauf spezialisierten Weiterbildungsstätte erarbeitet werden, wenn die eigentlich ausbildende Klinik selbst keine eigene Suchtmedizin betreibt.

Weiterbildungsverbünde

Warum sind sektorenübergreifende Weiterbildungsverbünde künftig der Königsweg?

Umfangreiche Anforderungen der neuen M-WBO

Die umfangreichen Anforderungen der neuen M-WBO machen es auch für Kliniken der Schwerpunkt- und Maximalversorgung immer schwieriger, alle Weiterbildungsbausteine an einer Weiterbildungsstätte zu vermitteln (Frührehabilitation, Traumatologie, Geriatrie, Elektrophysiologie u. a.). Für kleinere Weiterbildungsbausteine von sechs bis zwölf Monaten bieten dann Gestellungen an einer anderen Weiterbildungsstätte im Verbund die Möglichkeit, dennoch eine volle Weiterbildungsbefugnis zu erlangen. Vertraglich kann dies einerseits ohne neuen Arbeitsvertrag für WBA, andererseits ohne zusätzliche Kosten für die kurzzeitig „abstellende" Weiterbildungsstätte geregelt werden. Dadurch entsteht potenziell eine längere und damit attraktivere Weiterbildungszeit an der primären Weiterbildungsstätte.

Viele Angebote, wenige Interessenten

Im Gegensatz zur Situation noch vor einigen Jahren besteht ein Angebotsmarkt, das bedeutet, es gibt viele Weiterbildungsangebote und wenige oder keine Bewerberinnen oder Bewerber. Die früher tolerierten Bedingungen wie zeitliche Befristung, knappe finanzielle Konditionen, notwendiger Umzug aufgrund der Berufstätigkeit der Partnerin oder des Partners oder eine Familie mit schulpflichtigen Kindern können jetzt Argumente gegen eine bestimmte Weiterbildungsstätte sein. Früher häufige Zeitlücken, auch zwischen nicht passenden Weiterbildungsabschnitten, oder Wartezeiten für die Rotation in bestimmte Funktionen wie EEG, Elektrophysiologie oder Ultraschall, werden nicht mehr akzeptiert. Die nachrückende Generation erwartet schon vor dem Weiterbildungsantritt einen planbaren, strukturierten, passgenauen Ausbildungsweg [2] (siehe **Was wollen die jungen Kolleginnen und Kollegen?**).

Strukturierte und familienfreundliche Weiterbildung als Wettbewerbsvorteil

Bei der weiter zunehmenden bundesweiten Konkurrenz um WBA wird dasjenige Fachgebiet im Wettbewerbsvorteil sein, das eine passgenaue, strukturierte und familienfreundliche Weiterbildung über alle Abschnitte in Klinik und Praxis anbieten kann. Dies ist einer der wichtigsten Punkte für eine Win-Win-Situation für Klinik und Praxis. Mehr WBA wollen Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie oder für Neurologie werden und kommen in die jeweilige Region.

Höhere Attraktivität für Behandelte

Praxen und Kliniken, die an einem Weiterbildungsverbund teilnehmen, erhöhen ihre Attraktivität für die Patientinnen und Patienten ihres Einzugsgebiets. Sie fördern die fachliche Zusammenarbeit zwischen Praxis und Klinik in ihrem Einzugsgebiet mit einer Reduktion von Behandlungsbrüchen und unnötigen kurzfristigen stationären Wiederaufnahmen.

Nacht- und Wochenenddienste in ursprünglicher Ausbildungsklinik

In ambulanten Weiterbildungsstätten sind Nacht- und Wochenenddienste nicht erforderlich. So besteht die Option, dass in der gleichen Region ambulant tätige, qualifizierte WBA auch Nacht- und Wochenenddienste in ihrer vertrauten, ursprünglichen Ausbildungsklinik weiter erbringen.

Schlagwort „Hybrid-DRGs"

Last but not least: Die Gesetzgebung sieht seit dem Jahr 2021 die Ambulantisierung der Krankenhäuser im Rahmen einer großen Krankenhausreform vor. Der § 157b des SGB V, der das ambulante Operieren regelt, wird derzeit einer umfassenden Überarbeitung unterzogen. Auch primär konservative und nicht operative Fächer sollen „ambulantsensitive" Fälle identifizieren, also Krankheitsfälle, die nicht zwingend stationär behandelt werden müssen. Ein entsprechendes IGES-Gutachten ist bereits seit Anfang 2022 veröffentlicht. Dieses wirft ein Schlaglicht darauf, dass unter bestimmten Voraussetzungen der überwiegende Teil der derzeit als Kran-

Aus dem Praxisalltag

„Ich habe durch meine Supervision fachlich profitiert"

Erfahrungsbericht einer Psychiaterin in einer Einzelpraxis mit einer Weiterbildungsbefugnis von zwölf Monaten.

„Meine Weiterbildungsassistentin habe ich durch Zufall gefunden. Wir arbeiteten beide zu Beginn der COVID-19-Pandemie in der Coronaambulanz des Klinikums und kamen dort ins Gespräch. Sie war schon in ihrer Weiterbildungszeit zur Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie fortgeschritten und hatte großes Interesse am ambulanten Arbeiten. Für sie war mein Weiterbildungsangebot ein Glücksfall und auch ich hatte Interesse an einer Weiterbildungsassistentin. Menschlich haben wir uns sofort gut verstanden. Meine Weiterbildungsbefugnis lag vor und der Antrag bei der KV Rheinland-Pfalz war problemlos und mit wenig Arbeitsaufwand verbunden.

Durch die Förderung der ambulanten Weiterbildung (mit 5.000 € im Monat in Rheinland-Pfalz) war es mir finanziell problemlos möglich, die Kollegin anzustellen. Dadurch, dass ich mehrere Altersheime versorge und einen Schwerpunkt in der ADS-/ADHS-Behandlung anbiete, konnte die Assistentin hier wertvolle Erfahrungen sammeln, die in einer Klinik weniger häufig möglich sind.

Meine Praxis befindet sich in einem Ärztehaus. Die Zusammenarbeit mit einer großen Hausarztpraxis und der damit verbundene kollegiale Austausch war eine aufschlussreiche Erfahrung für die Kollegin.

Der gegenseitige Austausch zu Krankheitsbildern, Pharmakotherapie und der individuellen Lebenslage der Patientinnen und Patienten vermehrte einerseits das Fachwissen der Assistentin in diesem Weiterbildungsjahr und gab andererseits mir die Möglichkeit durch meine Supervision fachlich zu profitieren.

Persönlich habe ich das Jahr der Weiterbildung als sehr sinnstiftend und als ausgesprochen persönlich bereichernd erlebt."

Dr. med. Christel Werner
Fachärztin für Psychiatrie,
Fachkunde Geriatrie,
Vorstandsmitglied des BVDP und der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz
Oggersheimer Straße 42, 67112 Mutterstadt

dr.christel_werner@t-online.de

kenhausfall behandelten Patientinnen und Patienten auch ambulant behandelt werden könnten. Das Schlagwort „Hybrid-DRGs“ macht die Runde.

Start KSVPsych-Richtlinie

Die Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) ist zum 18. Dezember 2021 in Kraft getreten [3] und das Versorgungsprogramm zum ist 1. Oktober 2022 an den Start gegangen [3]. Praxen, die daran teilnehmen, sind Bestandteil eines berufsgruppen- und sektorenübergreifenden Netzverbundes und können auch ein attraktives Weiterbildungsangebot machen.

Vorteil spezialisierte Schwerpunktpraxen

In der Neurologie bilden sich immer häufiger spezialisierte Schwerpunktpraxen, etwa zur MS-Behandlung. Auch größere Berufsausübungsgemeinschaften bieten fast das gesamte neurologische Spektrum an. Hier kann es beispielsweise ein attraktives Angebot für das Neurologie-Jahr für angehende Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie geben. Letztlich müssen fast nur noch Menschen mit akutem Schlaganfall/akuter Hirnblutung/Meningitis-Enzephalitis zwingend stationär behandelt werden.

Literatur

1. Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern). (Muster-) Weiterbildungsordnung 2018 in der Fassung vom 25.6.2022; https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/20220625_MWBO-2018.pdf
2. Bundesverband/Der Marburger Bund/Newsportal. Ärztliche Weiterbildung leidet unter Personal- und Zeitmangel. MB-Barometer: Junge Ärztinnen und Ärzte vermissen Struktur und Feedback; https://www.marburger-bund.de/bundesverband/pressemitteilung/aerztliche-weiterbildung-leidet-unter-personal-und-zeitmangel (Stand: 28.10.2021)
3. Gemeinsamer Bundesausschuss. KSVPsych-Richtlinie. https://www.g-ba.de/richtlinien/126/ (Stand: 18.12.2021)

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach

Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie oder Neurologie

Weiterbildungsberechtigung für ein oder mehrere Jahre möglich

Für die Weiterbildung von angehenden Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie oder Neurologie in der eigenen Praxis ist die Beantragung von einer ein- oder mehrjährigen Weiterbildungsberechtigung möglich. Die in Rheinland Pfalz erstellten Curricula dienen auch als Vorlage für andere Landesärztekammern. Alle Curricula sind für Mitglieder als Worddokument auf der Homepage der Verbände abrufbar.

Wir hören von unseren Kolleginnen und Kollegen, dass oft ein Interesse an nur einem Jahr Weiterbildungsberechtigung besteht, um angehende Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie oder Neurologie auf ihrem Weg zu begleiten. Dafür gibt es mehrere Gründe: Zum einen ist die Beantragung für eine einjährige Weiterbildungsberechtigung relativ einfach, zum anderen besteht eine häufige Wunschoption darin, Weiterzubildende aufzunehmen, die bereits erfahren sind und die quasi für das letzte Jahr vor der Facharztprüfung in die Praxis kommen. Ein Mustercurriculum, wie Sie eine Weiterbildungsberechtigung von einem Jahr beantragen können, finden Sie in dieser NeuroTransmitter-Ausgabe auf **S. 28**:

Dr. Christel Werner. (Muster-)Weiterbildungscurriculum Psychiatrie in Rheinland-Pfalz: Welche Kernpunkte sind wichtig?

Zunehmend gibt es neben Einzelarztpraxen auch Berufsausübungsgemeinschaften mit mehreren Kolleginnen und Kollegen, die ein größeres Spektrum des Faches in ihrer Tätigkeit abbilden und die ein Interesse an zwei oder mehr Jahren Weiterbildungsberechtigung haben. Ein Mustercurriculum für zwei Jahre lesen Sie auf **S. 25**:

Dr. Günther Endrass. (Muster-)Weiterbildungscurriculum Neurologie in Rheinland-Pfalz: Aufbau und Formulierungsvorschläge

Die Formulierungen in den beiden Mustercurricula für ein und zwei Jahre Weiterbildungszeit lehnen sich stark an die Musterweiterbildungsordnung an und lassen sich auch für andere Landesärztekammern (LÄK) nutzen. Mitglieder des BVDN/BVDP/BDN können beide Mustercurricula als Word-Dokumente **nach dem Login** abrufen:

www.berufsverband-nervenaerzte.de/project/weiterbildungsberechtigung

Zudem hat Dr. Wolfgang Stein, langjähriges Mitglied der LÄK Rheinland-Pfalz und der Bezirksärztekammer Koblenz, einen ausführlichen Vorschlag für ein persönliches Weiterbildungscurriculum Psychiatrie und Psychotherapie für die Dauer von zwei Jahren oder mehr erstellt, das vom Weiterbildungsausschuss der LÄK Rheinland-Pfalz für gut befunden wurde. Die vielen praktischen Formulierungsbeispiele machen diesen Text

© S. Mostovyi/stock.adobe.com

Die Weiterbildungsberechtigung für ein Jahr bietet einige Vorteile.

sehr umfangreich, weshalb Sie diesen in der **Online-Version des NeuroTransmitter** finden – **Zusatzmaterial online**:

Dr. Wolfgang Stein. Vorschläge für Inhalte und Formulierungen: Persönliches Weiterbildungscurriculum Psychiatrie und Psychotherapie; www.springermedizin.de/neurotransmitter

Der Curriculumsvorschlag enthält allgemeine Hinweise, wie Sie sich der Beantragung einer Weiterbildungsermächtigung und den Regularien einer Kammer nähern können, sowie Formulierungsvorschläge, wie Sie Ihre Praxis/Weiterbildungsstätte und den/die dort Tätigen sowie die zu vermittelnden Inhalte am besten beschreiben können.

Also einmal mehr: Weiterbildung in der Praxis macht Spaß, der Umgang mit den jungen Kolleginnen und Kollegen öffnet den inneren Horizont und womöglich kommt hierdurch eine Nachfolgegelegenheit zustande.

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach

(Muster-)Weiterbildungscurriculum Neurologie in Rheinland-Pfalz

Aufbau und Formulierungsvorschläge

Besitzen Sie als Fachärztin oder Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder Neurologie eine Weiterbildungsberechtigung für die ambulante Weiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie, bietet Ihnen das hier vorgestellte Musterweiterbildungscurriculum für Neurologie einen ersten Leitfaden. Bis zu 24 Monate im ambulanten Bereich können auf die Weiterbildungszeit nach der Weiterbildungsordnung (WBO) Rheinland-Pfalz ab 2022 angerechnet werden.

Allgemeines

- Weiterbildungsbefugt Dr. A, Fachärztin/Facharzt für Neurologie (und Dr. B, Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie) allein/Dr. A und B gemeinsam
- Die Weiterbildung findet statt in einer neurologisch/neurologisch-psychiatrischen Vertragsarzteinzel-/Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft mit zwei … Fachärztinnen/Fachärzten, in Ort, Straße, mit Abdeckung des gesamten ambulanten Diagnosespektrums mit circa … Patientinnen und Patienten pro Quartal durch den Weiterbildungsberechtigten, circa … Patientinnen und Patienten in der Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft.
- Eine Besonderheit sind die regelmäßigen konsiliarischen neurologischen (und psychiatrischen) Untersuchungen am regionalen Krankenhaus mit häufiger nachfolgender Weiterbetreuung in der Weiterbildungspraxis.
- Die Weiterbildungsassistentin/der Weiterbildungsassistent (WBA) besitzt die Zusatzbezeichnungen für …, sowie Qualifikation … . Mitgliedschaften des Weiterbildungsbefugten neben Fachgesellschaft Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V. (DGN) in der …, sowie … .

Orientierender zeitlicher Ablauf der Weiterbildung

Vorabhinweis: Wurden in vorangegangenen Weiterbildungsabschnitten bereits Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten vermittelt, werden diese in den entsprechenden Abschnitten ergänzt, vertieft und weiterentwickelt.

1) Monat 1–3

Allgemein

Vorstellung der Praxis und Kennenlernen des Teams und der jeweiligen Arbeitsbereiche; Kennenlernen der Praxisabläufe, Einarbeitung in die EDV, in das Abrechnungssystem des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) und die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Für WBA ab dem zweiten Weiterbildungsjahr täglich eigenständige Sprechstunden mit Supervision, als regelhafter Vorstellung der Patientinnen und Patienten, der klinischen Untersuchungsbefunde, der Indikationsprüfung weiterführender Diagnostik, der zusammenfassenden diagnostischen Wertung und der Überprüfung und Einleitung therapeutischer Maßnahmen mit Weiterbildungsbefugten (WBB). Nach dem dritten Monat erfolgt dies – angepasst an den Weiterbildungsfortschritt – in geeigneter Form supervidiert.

Wöchentlich werden im Rahmen der Arztbesprechungen (eine Stunde montags) mit allen Ärztinnen und Ärzten der Gemeinschaftspraxis Problemfälle besprochen.

Inhalte

Falls WBA im ersten Weiterbildungsjahr sind, werden nachfolgende Inhalte in den ersten vier Wochen im Beisein mit Weiterbildenden erhoben:

a. Neurologische Anamneseerhebung und Untersuchung unter Berücksichtigung biografischer und psychosozialer Zusammenhänge, psychogener Symptome und somatopsychischer Reaktionen, auch unter Einbezug von Angehörigen/relevanten Drittpersonen, einschließlich Erhebung des neuropsychologischen und psychopathologischen Befundes

b. Klinisch-neurologische Untersuchungstechniken mit Erfassung von Hirnnervensyndromen, zerebraler Syndrome einschließlich Störungen des Bewusstseins, zerebelläre Syndrome, Hirnstamm-/Rückenmarkssyndrome, Syndrome der peripheren Nerven und der Muskeln (mit zunehmender Komplexität entsprechend des Ausbildungstandes beginnend mit den ambulant und der Weiterbildungspraxis sehr häufigen, typischen Engpasssyndromen zum Beispiel zunächst unter anderem Karpaltunnelsyndrom [CTS], Kubitaltunnelsyndrom), vegetative Syndrome, Schmerz, Gangstörungen und Stürze, Blasen- und Mastdarmfunktionsstörungen

c. Regelmäßige Beratung über präventive und rehabilitative Maßnahmen einschließlich der Verordnung von Heil-Hilfsmitteln sowie Indikationsstellung und Überwachung von physikalischen Therapiemaßnahmen, Erlernen situationsgerechter ärztlicher

Weiterbildungsberechtigung

Einen Übersichtsbeitrag zum Thema Weiterbildungsberechtigung für Vertragsärztinnen/Vertragsärzte finden Sie in dieser NeuroTransmitter-Ausgabe ab Seite 20 und online unter:

www.springermedizin.de/neurotransmitter

Geben Sie angehenden Fachärztinnen und Fachärzten den letzten Puzzlestein für ihre Ausbildung.

© TSUNG-LIN WU/stock.adobe.com

Gesprächsführung einschließlich der Beratung von Angehörigen, Aufklärung und Befunddokumentation, Durchführung einer strukturierten Patientenübergabe (z. B. bei stationärer Aufnahme, Weiterbetreuung innerhalb der Gemeinschaftspraxis)

d. Auswahl und Indikationsstellung der facheigenen diagnostischen Verfahren in fallspezifischer Hierarchie: Elektroenzephalografie (EEG), Untersuchung der Nervenleitgeschwindigkeit (NLG), Elektromyografie (EMG), evozierte Verfahren, elektrophysiologische Funktionsdiagnostik des autonomen Nervensystems, Ultraschalldiagnostik, krankheitsbezogenes Basislabor mit bereits Befundinterpretation; Veranlassung der externen neuroradiologischen Diagnostik

Grundlagen sind die ethische, wissenschaftliche und rechtliche Grundlage ärztlichen Handelns. Berücksichtigung der wesentlichen Gesetze, Verordnungen und Richtlinien, zum Beispiel Sozialgesetzbuch (SGB) V, Bürgergesetzbuch (BGB); dies unter Beachtung der ökonomischen und strukturellen Aspekte des Gesundheitswesens (u. a. Wirtschaftlichkeitsgebot in der ambulanten Versorgung nach § 12 SGB-V); des Weiteren Durchführung der Maßnahmen der ambulanten Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements einschließlich des Fehler- und Risikomanagements, Hygienemaßnahmen der Praxis (u. a. vierwöchentliche Praxisteamsitzungen mit Anpassungen des Qualitätsmanagement-Praxis-Ordners und von Praxis-Checklisten) sowie Anwendung von Leitlinien und Richtlinien

Mustercurriculum online abrufbar

Dieses (Muster-)Weiterbildungscurriculum können Mitglieder des BVDN/BVDP/BDN nach dem Login als Word-Dokument abrufen unter:

https://www.berufsverband-nervenaerzte.de/project/weiterbildungsberechtigung/

2) Monat 4–9

Inhalte

a. Mit Weiterbildenden zum Beispiel alle zwei Wochen, …, Visite in Pflegeheimeinrichtungen mit Betreuung von Patientinnen und Patienten mit neurologisch-geriatrischen Syndromen und Krankheitsfolgen, Beurteilung von Besonderheiten der Erkrankungen und Einschränkungen des Alters mit Therapieentscheidungen am Lebensende einschließlich Angehörigengespräche; interdisziplinäre (u. a. hausärztliche tätige Allgemeinmediziner, andere heimversorgende Facharztgruppen) und interprofessionelle Zusammenarbeit (Mitarbeitende der Altenpflege, Physio-und Ergotherapeuten, Logopäden) mit Teambesprechungen. Palliativmedizinisch zu versorgende Patientinnen und Patienten spielen in der hiesigen Weiterbildungsstätte keine wesentliche Rolle.

b. Pharmakotherapie, Pharmakovigilanz und Arzneimittelsicherheit sowie Arzneimittelmissbrauch mit in der täglichen Praxisarbeit; Indikationsstellung und Beurteilung von Nebenwirkungen von Schmerztherapie, Psychopharmakotherapie und neurologischer Pharmakotherapie einschließlich Immun- und Chemotherapie (nur multiple Sklerose), Neuralgien, sympathische unterhaltene Schmerzen, zentral und periphere chronische Schmerzsyndrome besonders in der Praxis häufige Kopf-Gesichts-Schmerzen mit unter anderem Migräneschmerztherapie mit CGRP(calcitonin gene related peptide)-Antagonisten können vollständig vermittelt werden.

c. Interdisziplinäre Indikationsstellung zur weiterführenden Diagnostik einschließlich Differenzialindikation und Interpretation bildgebender Befunde.

d. Kenntnisse über Risikofaktoren und Symptome neurologischer Gefäßerkrankungen des Gehirns und seltener des Rückenmarkes, besonders deren Verlauf nach der stationären Akutphase, deren Nachbetreuung mittels unter anderem Ultraschalldiagnostik, gegebenenfalls notwendiger Bildgebung (kraniale Computertomografie [CCT], kraniale Magnetresonanztomografie [KMRT]), Notwendigkeit ambulanter, oder nach Ausschöpfung dieser, erneute stationärer Rehabilitationsmaßnahmen zulasten der gesetzlichen Rentenversicherungsträger, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften. Epikritische Bewertung der durchgeführten Rehabilitationsverfahren mit Arztbrieferstellung an andere Weiterbehandelnde wird kontinuierlich, regelmäßig im Praxisbetrieb vermittelt.

e. Bedarfsabhängige Erstellung von erneuten Rehabilitationsanträgen besonders für Schlaganfallpatienten. Jeweils (z. B. Montag- und/oder Dienstag- und/oder Donnerstagvormittag) eigenständige Ableitung und Befundung sämtlicher in der Praxis anfallenden Elektroenzephalografien unter Anleitung und Supervision durch Weiterbildungsbefugte (Ziel 200); parallel Vertiefung der Diagnostik anfallsartiger Störungen des Bewusstseins einschließlich Synkopen. Diagnostik, Therapie und Prognose epileptischer Erkrankungen einschließlich Beratung zu rechtlichen Implikationen wie Fahrerlaubnisverordnung und Lebensplanung; Diagnostik, häufig der Therapie der Altersepilepsie bei degenerativen, vaskulären und anderen Läsionen unter Berücksichtigung der Besonderheiten der Pharmakotherapie von Antikonvulsiva

3) Monat 7–9

Inhalte

a. Weiter zeitgleiche, aber getrennte Visite in Pflegeheimeinrichtungen mit vor Ort Fallbesprechung mit Weiterbildenden regelmäßig, alle zwei Wochen; dies zusätzlich auch in der Praxis, mit Tätigkeitserweiterung durch Erhebung des geriatrischen Assessments einschließlich Test-, Untersuchungs- und Schätzskalen zur Einordnung und Behandlung von geriatrischen Syndromen und deren Krankheitsfolgen (Tinetti, Time-Up-Go-Test, geriatrische Depressionsskala, GAS-15); Durchführung der Prophylaxe alterstypischer und altersassozi-

ierter körperlicher und seelischer Erkrankungen sowie von Immobilität, Gangstörung und Stürzen

b. Auf der Grundlage von neuropsychologischer/verhaltensneurologischer Syndrome nach Hirnschädigung und bei Hirnfunktionsausfällen, Formen von kognitiven Störungen sowie Störungen der Emotion, Motivation und Persönlichkeit, eigenständige Durchführung und Befunderstellung auch von standardisierten Testverfahren und Skalen bei neuropsychologischen/verhaltensneurologischen Störungen (DemTect [Demenz Detection], Montreal-Cognitive-Assessment-Test [MoCa], Mini-Mental-Status-Test [MMST], Uhrentest, Zahlen-Verbindungs-Test [ZVT]; Zahl: XX). Damit verbunden ist die Durchführung von Neuro- und Psychopharmakotherapie bei neuropsychologischen Störungen. Dabei werden regelmäßig auch die Besonderheiten der Kommunikation mit kognitiven, affektiven und wahrnehmungsbeeinträchtigten Patientinnen und Patienten berücksichtigt und gegebenenfalls die Einwilligungsfähigkeit beurteilt und Angehörige beraten.

c. Therapieplanung einschließlich Festlegung und Überprüfung von Therapiezielen sowie Einleitung von Maßnahmen zur Wiedereingliederung in das Erwerbsleben und in das soziale Umfeld; Kenntnisse: Erfahrung der Besonderheiten der geriatrischen und neurologischen Rehabilitation im Alter

4) Monat 10–18

Inhalte

a. Jeweils (z. B. Montag-, Dienstag- und Donnerstagnachmittag) eigenständige Durchführung und Befunderstellung sämtlicher in der Praxis anfallenden Elektroneurografien inklusive Inching-Techniken (NLG; Zahl: XX) und EMG, Zahl: XX) unter Anleitung und Supervision durch Weiterbildungsbefugte.

b. Des Weiteren eigenständige Durchführung und Befunderstellung sämtlicher in der Praxis anfallenden Untersuchungen mit evozierten Potenzialen (somatosensorisch evozierte Potenziale [SSEP], visuell evozierte Potenziale [VEP], akustisch evozierte Potenziale [AEP], motorisch evozierte Potenziale [MEP]; Zahl: XX) unter Anleitung und Supervision durch Weiterbildungsbefugte; Durchführung der klinisch und elektrophysiologischen Diagnostik und konservativen Therapie der in der ambulanten Praxis häufigen Erkrankungen des peripheren Nervensystems mit Syndromen des Plexus brachialis und lumbosacralis, Syndromen der Nervenwurzeln, Polyneuropathien, Syndromen einzelner peripherer Nerven und ihrer Abschnitte über die schon vertrauten, häufigen Engpasssyndrome hinaus; dies insbesondere bei neurologischen Komplikationen des Diabetes mellitus, der Niereninsuffizienz (Kooperation mit diabetologischer und nephrologischer regionaler Schwerpunktpraxis), den alkoholassoziierten neurologischen Erkrankungen, chemotherapieassoziierten Erkrankungen; Diagnostik regelmäßig der neuralgischen Schulteramyotrophie, Myasthenie gravis und anderer myasthener Syndrome, sowie von autoimmunologischen und paraneoplastischen bedingten Myopathien (Polymyalgia rheumatica, Polymyositis, Dermatomyositis u. a.); ebenso regelmäßig die Erfassung von Blasen-, Mastdarm- und Erektionsstörungen inklusive deren Behandlung

c. Diagnostik, einschließlich der MRT-Kriterien der zeitlichen und räumlichen Dissemination, Schubdefinition, Akuttherapie und immunmodulatorische Therapie der multiplen Sklerose, inklusive Indikationsstellung für Liquordiagnostik (oder Liquordiagnostik selbst wird aus praxisorganisatorischen Gründen in Praxis nicht durchgeführt).

d. Diagnostik und Therapie des Morbus Parkinson und anderer degenerativer hypokinetischer-rigider oder hyperkinetischer Syndrome einschließlich relevanter Skalen, inklusive Indikationsstellung zu invasiven Therapiemaßnahmen (keine Betreuung von Patientinnen und Patienten mit diesen invasiven Therapieformen); Differenzialdiagnostik von Gangstörungen und bei Stürzen einschließlich posturaler Störungen

e. Praxisbesonderheit zum Beispiel Botulinumtoxin-Therapie

f. Regelmäßig Diagnostik und Therapie der Alzheimer-Demenz einschließlich der Abgrenzung zu anderen Demenzsyndromen, organisch und nicht organisch bedingten kognitiven Störungen im Alter (eventuell Weiterbildendende auch Fachärztinnen/Fachärzte für Psychiatrie, Zusatzbezeichnung Geriatrie).

g. Diagnostik und Therapie hereditärer degenerativer Erkrankungen wie amyotrophe Lateralskelrose (ALS), spinale Muskelatrophien

h. Nach zwischenzeitlich vorhandenen Kenntnissen der Grundlagen der Begutachtung, regelmäßige Gutachten zur Vorsorgevollmacht, Betreuung und Geschäftsfähigkeit des lokal zuständigen Vormundschaftsgerichtes am Amtsgericht … Sozialgericht …, Landessozialgericht … unter Gesamtsupervision der WBA in Weiterbildung durch Weiterbildenden Dr. ...

5) Monat 18–24

Inhalte

a. Dopplersonografien der extra- und intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße (Duplexsonografien, sonografische Untersuchungen der Nerven und Muskeln können ausstattungsbedingt in der Praxis nicht durchgeführt werden)

b. Neurologisch relevante Schlaf- und Vigilanzstörungen einschließlich Narkolepsie und Schlaf-Apnoesyndrome und deren Therapie

c. Erkennung von fachgebundenen hereditären, genetischen Krankheitsbildern mit genetischer Beratung zu diagnostischen und prädiktiven genetischen Untersuchungen

AUTOR

Dr. med. Günther Endrass

Facharzt für Neurologie, Psychiatrie, Klinische Geriatrie, Verkehrsmedizin
Obersülzer Straße 4
67269 Grünstadt

g.endrass@gmx.de

(Muster-)Weiterbildungscurriculum Psychiatrie in Rheinland-Pfalz

Welche Kernpunkte sind wichtig?

Besitzen Sie als Fachärztin oder Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder Neurologie eine Weiterbildungsberechtigung für die ambulante Weiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie, bietet Ihnen das hier vorgestellte Musterweiterbildungscurriculum für Psychiatrie und Psychotherapie einen ersten Leitfaden. Bis zu 24 Monate im ambulanten Bereich können auf die Weiterbildungszeit nach der Weiterbildungsordnung (WBO) Rheinland-Pfalz ab 2022 angerechnet werden.

Mustercurriculum online abrufbar

Dieses (Muster-)Weiterbildungscurriculum können Mitglieder des BVDN/BVDP/BDN nach dem Login als Word-Dokument abrufen unter:

https://www.berufsverband-nervenaerzte.de/project/weiterbildungsberechtigung/

Allgemeines

- Vorstellung der Weiterbildungsbefugten (WBB) mit Facharztzeichnung
- Darstellung wo die Weiterbildung stattfindet: in Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft
- Abdeckung des psychiatrischen ambulanten Diagnosespektrums mit Anzahl der Behandelten pro Quartal durch WBB und gegebenenfalls Anzahl der Behandelten in der Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft
- Betreuung von Altersheimen oder spezielle Hausbesuchskonstellationen sollten erwähnt werden.
- Darlegung Zusatzbezeichnungen, besondere Qualifikationen, Mitgliedschaften in Fachgesellschaften etc.

Orientierender zeitlicher Ablauf der Weiterbildung

1. Einführungsphase

Zu Beginn steht eine einmonatige allgemeine Praxiseinweisung. Die Weiterbildungsassistentin/Der Weiterbildungsassistent (WBA) werden mit dem Team und den allgemeinen Arbeitsabläufen in der Praxis bekannt gemacht und erhält Einweisung in das Computersystem mit Dokumentation in der elektronischen Patientenakte. Die WBA werden mit der Terminvergabe, elektronischem Terminplan und der Wiedereinbestellung von Patientinnen und Patienten vertraut gemacht. Sie erhalten Einweisung in die Gebührenabrechnung und Dokumentation von Anamnese und Behandlung psychiatrischer Patientinnen und Patienten sowie in die Verordnung von Heilmitteln und die Laborrichtlinien.

Nach allgemeiner Praxiseinweisung begleiten WBA die Patientenkontakte. Sie sind anfänglich beobachtend anwesend und werden zur Erhebung von Anamnese und Befund sowie den daraus folgenden diagnostischen und leitliniengerechten therapeutischen Maßnahmen mit den daraus folgenden Abrechnungsziffern angeleitet. Zunehmend erfolgt ein Rollenwechsel, indem die WBA bestimmte Patientinnen und Patienten übernehmen und nach dem Kontakt eine Besprechung erfolgt.

Endziel dieser Phase ist das selbstständige Arbeiten mit Erhebung der Anamnese, psychopathologischer Befunderhebung, Abklärung organischer Ursachen sowie Erstellung von Diagnose und Differenzialdiagnosen und Einleitung einer Therapie oder weiterer organischer Abklärung. Dabei werden die allgemeine und spezielle Psychopathologie, Entstehungsbedingungen, Verlaufsformen der Erkennung und der Behandlung psychischer Erkrankungen und Störungen (einschließlich der Transitionsphase) sowie Krankheitsverhütung, Früherkennung und Prävention vermittelt. Psychiatrisch-psychotherapeutische Gesprächsführung und Beziehung sowie die Gestaltung unter Berücksichtigung von Syndrom und Krankheitsstadium werden gelehrt.

Die gebotene Wirtschaftlichkeit, Einhaltung gesetzlicher Vorgaben, Voraussetzungen für Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und die korrekte Abrechnung werden diskutiert und besprochen.

2. Eingeschränkt selbstständiges Arbeiten (ca. drei bis neun Monate, je nach Vorkenntnis der WBA)

Den WBA werden zunehmend ausgewählte Patientinnen und Patienten zur alleinigen Behandlung zugewiesen. Anfänglich erfolgt eine sofortige (tagesgleiche) Rücksprache bezüglich des erhobe-

© rangizzz / stock.adobe.com

nen Befundes und des geplanten weiteren Prozedere.

Kenntnisse der Pharmakotherapie, Arzneimittelsicherheit, des Drug-Monitoring, der Erkennung und Verhütung unerwünschter Therapieeffekte, Probleme der Mehrfachverordnungen sowie zu Arzneimittelmissbrauch werden anhand der Patientenbesprechung vermittelt. Notfallbehandlungen werden vom WBB versorgt, die WBA nehmen teil. Die Indikation zu stationären Akuteinweisungen, geplante stationäre Behandlungen, Indikationen zu stationären Rehabilitationsmaßnahmen mit entsprechendem Kostenträger werden vermittelt. Suchtmedizinische Notfälle und Krisenintervention und mögliche Entzugs- und Substitutionsbehandlungen werden zunächst gemeinsam behandelt.

Folgende psychodiagnostische Testverfahren ... werden in der Praxis eingesetzt und Ausführung und Interpretation vermittelt.

3. Selbstständiges Arbeiten

Entsprechend dem Zugewinn an Kompetenz erfolgt ein zunehmend eigenständiges Arbeiten mit regelmäßigen Rücksprachen.

4. Arbeiten im Altersheim, bei Hausbesuchen oder in Wohngruppen (falls das in der Praxis angeboten wird)

Die Praxis versorgt … Altersheime und leistet Hausbesuche bei (… z. B. dementen immobilen Patientinnen und Patienten mit gerontopsychiatrischen Fragestellungen). Eine schrittweise Einarbeitung erfolgt zunächst in Begleitung und kann je nach Ausbildungsstand nach circa einem Jahr mit Rücksprache selbstständig erfolgen.

5. Praxisführung, Personalführung (falls das in der Praxis angeboten wird)

Regelmäßige Teamsitzungen circa sechswöchentlich werden durchgeführt, thematisch orientieren sich die Besprechungen an den Bedürfnissen der Teammitglieder und den im laufenden Praxisalltag auftretenden Problemen. In diese Organisation und den Ablauf werden die Assistentin oder der Assistent eingeführt.

AUTORIN

Dr. med. Christel Werner

Fachärztin für Psychiatrie, Fachkunde Geriatrie, Vorstandsmitglied des BVDP und der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz
Oggersheimer Straße 42
67112 Mutterstadt

dr.christel_werner@t-online.de

Springer Medizin

e.Medpedia

Schneller Zugriff statt schwere Wälzer

Wissen wird leicht: e.Medpedia ist die digitale Enzyklopädie für Ärztinnen und Ärzte und ermöglicht das schnelle Nachschlagen auf Basis medizinischer Standardwerke von Springer.

SpringerMedizin.de/eMedpedia

Nur im Abo nutzbar – inklusive App online und offline

Gleich informieren

Nachgefragt

Facharztnachwuchs besser vorbereiten!

Die junge Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. Julia-Maleen Kronsbein, Heringsdorf, engagiert sich schon lange berufspolitisch für die Jungen Psychiater im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN). Sie fordert eine bessere Vorbereitung auf die Arbeit in der Niederlassung bereits im Studium und in der Facharztausbildung.

© Maksym Yemelyanov/stock.adobe.com

Frisch Niedergelassene brauchen Unterstützung in der Praxisorganisation.

? *Frau Dr. Kronsbein, Sie haben sich als Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie gerade an der Ostsee niedergelassen und sind Mutter einer Tochter geworden – herzlichen Glückwunsch! Was waren Ihre Gründe für die Niederlassung?*

Dr. Julia-Maleen Kronsbein: Zum einen stand hinter dieser Entscheidung der Wunsch, mehr Möglichkeiten zum autonomen Handeln und selbstbestimmter Gestaltung und Organisation meiner Arbeit zu erreichen. Zum anderen wollte ich keine Nachtdienste oder Wochenendarbeit mehr leisten müssen. Allerdings sind in Mecklenburg-Vorpommern die Psychiater doch in den KV-Bereitschaftsdienst einbezogen, wobei es hier möglich sein soll, die Dienste abzugeben. Darüber hinaus finde ich die Möglichkeit reizvoll, mehr Geld als in der klassischen Anstellung verdienen zu können. Da meine Praxis eine Neugründung war und ich wenige Monate nach der Eröffnung in Elternzeit gegangen bin, konnte ich das Potenzial aber noch nicht ausschöpfen. Es hat sich jedoch schon gut angelassen, was aber auch mit hohem Arbeitsaufwand und persönlichen Einsatz verbunden ist.

? *Hätten Sie es als hilfreich empfunden, einen Teil Ihrer Weiterbildung in einer Vertragsarztpraxis erwerben zu können?*

Kronsbein: Auf jeden Fall. Im Studium und in der Facharztweiterbildung fehlen das Kennenlernen und die Vorbereitung auf die selbstständige Tätigkeit: einmal, was das ärztliche Handeln mit entsprechendem Spektrum betrifft, aber auch was die zusätzlichen Anforderungen an Organisation und Administration angeht. Ich würde es begrüßen, wenn ein Pflichtteil für die Weiterbildung in der Niederlassung bei vertragsärztlichen oder freiberuflich tätigen Kolleginnen und Kollegen eingeführt werden würde.

? *Wie sind Ihre Erfahrungen kurz nach der Niederlassung?*

Kronsbein: Die Tätigkeit macht auf jeden Fall viel Freude. Die Patientinnen und Patienten suchen mich persönlich als Ärztin auf und die Begegnung mit ihnen ist deshalb von einer anderen Qualität als im Klinikkontext. Mein Gefühl ist, dass ich eine persönlichere Verbindung eingehe und mehr Verantwortung übernehme. Aber ich kann auch die wertvolle Erfahrung aus meiner Zeit in der Klinik in meine Arbeit als Niedergelassene übertragen. Ich arbeite grundsätzlich gerne im Team, denn ich finde die Beratung, Intervision und den Austausch sehr wertvoll, mit Kolleginnen und Kollegen, aber auch zwischen den verschiedenen Berufsgruppen. Als Selbstständige habe ich deshalb schon begonnen, mir eine gewisse Form des Austauschs und der Beratung zu suchen, mit befreundeten Kolleginnen und Kollegen oder Personen anderer Berufsgruppen aus Einrichtungen, mit denen ich kooperiere. Das ist allerdings lange nicht so umfangreich und regelmäßig etabliert wie im stationären Rahmen. Die Tätigkeit in der Niederlassung hat ein viel breiteres Spektrum: medizinisch und organisatorisch. Dadurch ist die Arbeit sehr vielfältig. Allerdings gehören hier auch viele, eher administrative Aufgaben dazu, die mir die wertvolle Zeit mit den Patientinnen und Patienten verkürzt. Im Studium und in der Facharztweiterbildung wurden wir darauf leider nicht vorbereitet.

? *Wie könnten Ihrer Meinung nach der stationäre und der ambulante Sektor besser zusammenarbeiten?*

Kronsbein: Die sektorenübergreifende Zusammenarbeit verbessert sich meines Erachtens, wenn man jeweils die Welt des anderen kennt. Deshalb sollte eine Weiterbildung stationär und im vertragsärztlichen Bereich absolviert werden und darin sollte es wie gesagt nicht nur um die rein ärztliche Tätigkeit gehen, sondern auch um alles, was die Vertragsarzttätigkeit ausmacht.

Förderlich für die sektorenübergreifende Zusammenarbeit ist es auch, wenn man sich untereinander in der Region kennt, in der man arbeitet. Ich habe mich zum Bespiel bei den hausärztlichen Kolleginnen und Kollegen, bei dem Versorgungskrankenhaus, bei der psychiatrischen Institutsambulanz und Tagesklinik mit Sozialdienst in der Region vorgestellt. Der regionale SpD hat sich mit mir in Verbindung gesetzt. Dadurch hat sich die Zusammenarbeit deutlich verbessert, ohne dass zusätzlich spezielle sektorenübergreifende Instrumente implementiert wurden. Was man hier tun kann, ist sicher auch immer von den regional vorhandenen Strukturen und Angeboten abhängig. Es ist sinnvoll, regelhafte kooperative Strukturen zu schaffen.

? *Das Interview führte Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach.*

DGPPN-Kongress 2022

Das eigene Handeln hinterfragen

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) hat für ihren diesjährigen Kongress ein besonders tiefgreifendes Leitthema gewählt: Unter dem Motto „Ethik, Recht und psychische Gesundheit" stellen wir uns ethischen Dilemmata und festigen rechtliche Regelungen des ärztlichen Handelns in Psychiatrie und Psychotherapie.

Verhalten wir uns zu jeder Zeit moralisch einwandfrei? Ist uns das geltende Gesetz auch ohne Nachschlagen im Detail geläufig? Sein eigenes ethisches und rechtliches Handeln regelmäßig zu prüfen, ist die Pflicht jedes einzelnen Menschen. Im professionellen medizinischen Umfeld nehmen moralisch-rechtliche Fragen eine ganz eigene Färbung an. Doch so bedeutsam wie in Psychiatrie und Psychotherapie sind sie wohl in kaum einem anderen Fachgebiet.

Die DGPPN wird auf ihrem diesjährigen Kongress genau diese Fragen in den Mittelpunkt der Diskussion stellen. Wenn Sie beim Thema Ethik, Recht und psychische Gesundheit mitreden möchten, besuchen Sie vom 23. bis 26. November den DGPPN-Kongress im CityCube Berlin (Messedamm 26). Die Konferenz ist als Hybridmodell geplant; auch eine Online-Teilnahme ist möglich. Selbstverständlich wird auch der BVDP mit eigenen Veranstaltungen vertreten sein. Lesen Sie hier, an welchen Sessions der Verband beteiligt ist.

Mittwoch, 23. November 2022

- 15:30–17:30 Uhr: Workshop: Eigene Praxis – der Weg zum Erfolg (Dr. Christa Roth-Sackenheim, Dr. Sabine Köhler)

Donnerstag, 24. November 2022

- 8:30–10:00 Uhr: „Future-Skills" in der Psychotherapie (Dr. Christa Roth-Sackenheim, Dr. Sabine Köhler)
- 17:15–18:45 Uhr: Ambulante vernetzte Versorgung in Psychiatrie und Psychotherapie – der Zugang aus der Praxis und der Klinik (Dr. Christa Roth-Sackenheim, Dr. Sabine Köhler)

Freitag, 25. November 2022

- 8:30–10:00 Uhr: „Das ist alles nur psychisch" ... wenn der Psychiater zum medizinischen Detektiv wird (Dr. Christa Roth-Sackenheim). Beitrag im Symposium „Körperliche Abklärung psychischer Beschwerden und Mitbehandlung somatischer Komorbiditäten – eine Aufgabe der Versorgungskoordination"
- 10:15–11:45 Uhr: Zur Versorgungssituation von erwachsenen Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen in Deutschland (Dr. Christa Roth-Sackenheim, Prof. Dr. Ludger Tebartz van Elst)
- 12:00–14:00 Uhr: BVDP-Forum „Psychiater/in sein in eigener Praxis: warum Berufspolitik so entscheidend ist" (Dr. Christa Roth-Sackenheim, Dr. Sabine Köhler). Offen auch für Nichtmitglieder, Präsenzveranstaltung.

Samstag, 26. November 2022

- 8:30–10:30 Uhr: Umsetzung der G-BA-Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischem oder psychotherapeutischem Behandlungsbedarf (Dr. Christa Roth-Sackenheim, Dr. Sabine Köhler)
- 12:30-13:45 Uhr: Lesung: Michael Deuschle
  - DGPPN-Antistigma-Preis – Förderpreis zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen (Prof. Dr. Arno Deister)
  - Mental Health First Aid – jeder kann Erste Hilfe für psychische Gesundheit leisten! (apl. Prof. Dr. Michael Deuschle)

Dr. Christa Roth-Sackenheim, Andernach, Dr. Sabine Köhler, Jena

In Fragen von Recht und Moral sicher sein – dabei hilft ein Besuch des DGPPN-Kongresses. Die Sessions des BVDP greifen weitere praxisrelevante Themen auf.

© serts / Getty Images / iStock

Zi-Forum zum Versorgungsmodell

Evaluation des Innovationsfondsprojekts NPPV in Nordrhein

Das Projekt zur Verbesserung der neurologischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung endete am 31. Dezember 2021. Im Rahmen einer Fachtagung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung am 27. Juli 2022 wurden die Ergebnisse zusammengefasst. Nach Abschluss der geförderten Projekte stellt sich die Frage: Was ist die leitliniengerechte Versorgung von Menschen mit neurologischen und psychischen Erkrankungen der Gesellschaft wert?

Das Projekt zur Verbesserung der neurologischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung (NPPV) war ein Innovationsfondsprojekt in Nordrhein, das seit dem Jahr 2018 lief. Die eingeschlossenen Diagnosegruppen waren Demenz, Multiple Sklerose, Parkinson, Schizophrenie, Depression und Traumafolgestörungen. Nach vier Jahren erfolgte die Abschlussevaluation durch die beiden unabhängigen Evaluatoren, das Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) GmbH sowie das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi), beide in Berlin.

Evaluation durch das ZI

Analyse der vertragsärztlichen Abrechnungsdaten:

- Es erfolgte eine intensivere Versorgung der Interventionsgruppe mit ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen.
- Es erfolgte eine intensivere Versorgung der Interventionsgruppe mit leitliniengerechter Medikation.

Dabei ist jedoch nicht zu 100 % auszuschließen, dass bestehende Morbiditätsunterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe trotz Matching-Verfahren eine Rolle spielen.

© Poramet / stock.adobe.com

Die Abschlussevaluation durch das IGES-Institut und das Zi fallen verschieden aus.

Analyse der Befragung der Versorgenden:

- Die geschaffenen Strukturen werden in allen Erhebungswellen positiv angenommen und eingeschätzt.
- Die Versorgungsqualität wird seit der Implementierung des NPPV-Projekts von einer deutlichen Mehrheit der Befragten als verbessert bewertet: vor allem der Therapieerfolg, die Qualität der Versorgung und die Bindung von Patientinnen und Patienten, die Komplexbehandlung sowie die Versorgungsintensität.
- Der Austausch zwischen den Fachgruppen wird von über der Hälfte als positiv bewertet (64 %).
- Weit mehr als die Hälfte der teilnehmenden Versorger ist (sehr) zufrieden mit dem Erreichen der Ziele von NPPV (t3: 70 %).
- Die Erhebungswelle im Jahr 2021 konnte die Ergebnisse der drei Vorjahresbefragungen (2018, 2019, 2020) in ihrem positiven Trend bestätigen: 84 % (sehr) zufrieden mit NPPV im Allgemeinen.

Die hohe Weiterempfehlungsquote bei den Befragten (92 %) spiegelt die Akzeptanz und den Erfolg des NPPV-Projektes.

Evaluation durch das IGES-Institut

Das IGES-Institut hatte seinerseits nach den folgenden Endpunkten Ergebnisse ausschließlich für die psychiatrischen Indikationsgruppen evaluiert:

- geringere GKV-Leistungsausgaben,
- weniger und kürzere Krankenhausaufenthalte,
- bessere Behandlungskontinuität,
- weniger und kürzere AU-Zeiten,
- Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität,
- positive Bewertung Versorgungsqualität (Ergebnisauswahl),

Hier zeigte sich folgendes Fazit:

Positive Befunde waren

- bessere Behandlungskontinuität (einziger vollständig erreichter Endpunkt),
- weniger Krankschreibungen,
- kleine Effekte auf Lebensqualität,
- teilweise etwas bessere Einschätzung der Versorgungsqualität.

Negative Befunde waren

- höhere Leistungsausgaben aufgrund allgemein höherer Inanspruchnahme insbesondere psychiatrischer und neurologischer Leistungen (nicht nur Projektleistungen),
- längere und teilweise mehr Krankenhausaufenthalte,
- mehr Arbeitsunfähigkeitstage bei Krankschreibung,
- keine deutlich bessere Einschätzung der Versorgungsqualität durch NPPV-Teilnehmende.

Limitationen waren

- nicht randomisiertes Design,
- affektive Störungen machen 82 % der psychiatrischen Stichprobe aus,
- Befragungsdaten, die sich auf positiv selektierte Subgruppen bezogen,
- Kontrollgruppen, die gegebenenfalls geringere Krankheitslast aufweisen,
- Effekte, die länger als 24 Monate nicht beobachtbar waren, aber Hinweis auf langfristige Angleichung bei einem Teil der positiven und negativen Befunde.

Das IGES-Institut schlussfolgert:

- Nicht nur Kostensteigerung (ggf. Behebung von Unterversorgung), sondern auch negative Ergebnisse bei beispielsweise Krankenhausaufenthalten,
- keine uneingeschränkte Empfehlung für eine Übernahme von NPPV in die Regelversorgung, aber die Weiterentwicklung für psychiatrische Indikationsgruppen sollte geprüft werden.

Kommentar

Die beiden unterschiedlichen Evaluationen sind gegeneinander abzuwägen. Das Zi der KV zieht positivere Schlussfolgerungen (sehr hohe Zufriedenheit unter den Kooleginnen und Kollegen) als das IGES-Institut, welches das NPPV-Projekt nach den vorher im Innovationsfondsprojekt festgelegten Evaluationsparametern auswertete, die vorwiegend auf ein Kosteneinsparpotenzial abzielten.

Wir haben als Berufsverbände immer betont, dass eine intensivere, komplexere und niedrigschwelligere Versorgung erwartbar teurer werden muss. Wir sehen dies als eine notwendige Maßnahme zur Behebung der bisher bestehenden Unterversorgung an. Das Ergebnis der höheren Leistungsausgaben aufgrund höherer Inanspruchnahme muss insofern als Erfolg des NPPV-Projekts gewertet werden und nicht als Misserfolg.

Ein Teilergebnis soll allerdings auch nicht unerwähnt bleiben: In Krisensituationen erhielten 40 % der NPPV-Teilnehmenden einen Termin innerhalb eines Tages, in der Kontrollgruppe waren das 30 %. Innerhalb von zwei bis drei Tagen erhielten im NPPV-Projekt 61 %, in der Kontrollgruppe 51 % einen Termin. Das ist zwar ein spürbarer Vorteil für das NPPV-Projekt, zeigt aber auch die bestehende Leistungsfähigkeit der Regelversorgung und die Motivation der Kolleginnen und Kollegen. In der Kontrollgruppe fiel dabei auch die Neupatientenregelung ins Gewicht, die ab dem Jahr 2019 durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) zur Geltung kam.

Wir hoffen, dass mit der „Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf", kurz KSVPsych-RL, eine gangbare und langfristig tragende Lösung in die Regelversorgung kommt.

Quellen

1. https://www.zi.de/veranstaltungen/zi-forum/27-juli-2022
2. https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Veranstaltungen/2022-07-27/Zi-Forum_NPPV_2022-07-27_Wolff.pdf
3. https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Veranstaltungen/2022-07-27/Zi-Forum_NPPV_2022-07-27_Czihal.pdf

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach

SpringerMedizin

So geht Nachschlagen heute!

e.Medpedia – die digitale Enzyklopädie

- Vernetztes und vertiefendes Wissen
- Noch gezielter suchen
- Aktuelle Suchergebnisse auch aus Springer Fachzeitschriften

Zugriff auf die Inhalte von über 30 Referenzwerken.

Mehr Infos unter:
SpringerMedizin.de/eMedpedia

Gleich ausprobieren und Übersicht der Werke anschauen

Stationäre Behandlung von Menschen mit Behinderung

Begleitpersonen haben künftig Anspruch auf Krankengeld

Wer Menschen mit Behinderung bei einem stationären Krankenhausaufenthalt begleitet, hat ab dem 1. November 2022 bei einem Verdienstausfall laut § 44b Absatz 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch (SGB) V Anspruch auf Krankengeld. Gesetzliche Voraussetzung für den Krankengeldanspruch ist, dass beim stationär behandlungsbedürftigen Versicherten eine Behinderung im Sinne des § 2 Absatz 1 SGB IX vorliegt.

Der G-BA legte fest, wann eine Begleitung bei einem stationären Krankenhausaufenthalt als medizinisch notwendig erachtet wird und wie die Einweisung und notwendige Bescheinigungen sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch für die mitaufgenommene Begleitperson zu verfassen sind. Der Mitaufnahme gleichgesetzt ist eine ganztägige Begleitung, sofern sie mit An- und Abreise mehr als acht Stunden täglich umfasst.

Welche Menschen können begleitet werden?

Aus medizinischen Gründen kann eine Begleitung bei einem Krankenhausaufenthalt notwendig sein bei Menschen, die aufgrund einer schweren geistigen Behinderung oder fehlender sprachlicher Verständigungsmöglichkeiten durch eine vertraute Bezugsperson unterstützt werden müssen (siehe Kasten **Behinderung im Sinne des Sozialgesetzbuches**). In seiner Richtlinie konkretisiert der G-BA die drei nachfolgenden Fallgruppen:

- Begleitung, um während der Krankenhausbehandlung eine bestmögliche Verständigung mit der Patientin oder dem Patienten zu gewährleisten,
- Begleitung, damit die Patientin oder der Patient die mit ihrer Krankenhausbehandlung verbundenen Belastungssituationen besser meistern kann, vor allem bei fehlender Kooperations- und Mitwirkungsfähigkeit,
- Begleitung, um die Patientin oder den Patienten während der Krankenhausbehandlung in das therapeutische Konzept einbeziehen zu können oder zur Einweisung in die anschließend weiterhin notwendigen Maßnahmen.

Die in den jeweiligen Fallgruppen aufgeführten Schädigungen und Beeinträch-

Behinderung im Sinne des Sozialgesetzbuches

§ 2 Absatz 1 SGB IX

„Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist."

© J. Wicklund / stock.adobe.com (Symbolbild mit Fotomodellen)

Die neue Krankenhausbegleitungsrichtlinie gewährt Bezugspersonen Krankengeld, wenn sie Menschen mit Behinderung bei einer stationären Behandlung begleiten.

tigungen begründen jeweils für sich alleine als auch in ihrer Kombination die medizinische Notwendigkeit für die Mitaufnahme einer Begleitperson (**Tab. 1**).

Praxen bescheinigen den Bedarf einer Begleitung

Der medizinische Bedarf für die Mitaufnahme einer Begleitperson im Krankenhaus kann auf dem Formular der Krankenhauseinweisung bescheinigt werden: aufgrund von mindestens einem medizinischen Kriterium der Fallgruppen oder einer vergleichbaren Schädigung oder Beeinträchtigung. Zudem ist es möglich, den Bedarf einer Begleitung unabhängig von einer konkreten Krankenhauseinweisung medizinisch einzuschätzen und festzustellen. Befristet für die Dauer von bis zu zwei Jahren erhält die Patientin oder der Patient dann eine entsprechende Bescheinigung.

Bei Aufnahme muss das Krankenhaus seinerseits die Notwendigkeit einer Begleitperson bescheinigen.

Angehörige und Personen mit persönlicher Bindung

Begleitperson können nahe Angehörige sein, wie zum Beispiel Eltern, Geschwister und Lebenspartner, oder eine Person aus dem engsten persönlichen Umfeld, zu der die gleiche persönliche Bindung wie zu nahen Angehörigen besteht.

Bescheinigung für Krankenkasse und Arbeitsstelle

Das Krankenhaus bescheinigt der Begleitperson für den Krankengeldantrag bei ihrer Krankenkasse, dass ihre Mitaufnahme aus medizinischen Gründen notwendig ist. Das kann im Vorfeld oder während der Behandlung geschehen. Bei Bedarf kann sich die Begleitperson für ihre Arbeitsstelle auch eine Aufenthaltsbescheinigung über die Anwesenheitstage im Krankenhaus ausstellen lassen.

Richtlinie gilt ab 1. November 2022

Der Beschluss zur Erstfassung der Krankenhausbegleitungs-Richtlinie (KHB-RL) wird dem Bundesministerium für Gesundheit zur rechtlichen Prüfung vorgelegt. Bei Nichtbeanstandung wird sie im Bundesanzeiger veröffentlicht und tritt – gegebenenfalls auch rückwirkend – am 1. November 2022 in Kraft.

Tab. 1: Notwendigkeit einer Begleitung bei einem Krankenhausaufenthalt nach Fallgruppen

Fallgruppe	Kriterien
Fallgruppe 1 Begleitung zum Zweck der Verständigung	Erhebliche oder komplette Beeinträchtigung der Kommunikation, insbesondere im Bereich **1.** Kommunizieren, Sprechen, nonverbale Mitteilungen, Konversation und Gebrauch von Kommunikationsgeräten und -techniken oder **2.** der kognitiv-sprachlichen Funktion: **a)** mit mangelnder Fähigkeit, die eigene Symptomatik oder Befindlichkeiten, wie Schmerzen oder Wünsche, deuten, beschreiben oder verstehen zu können oder **b)** mit mangelnder Fähigkeit, die Informationen und Anweisungen des Behandlungsteams des Krankenhauses wahrnehmen, verstehen oder umsetzen zu können.
Fallgruppe 2 Begleitung zum Zweck der Unterstützung im Umgang mit durch die Krankenhausbehandlung verbundenen Belastungssituationen, insbesondere bei fehlender Kooperations- und Mitwirkungsfähigkeit	Schädigungen globaler oder spezifischer mentaler Funktionen, die sich insbesondere in Form von **1.** motorisch geprägten Verhaltensauffälligkeiten, **2.** eigen- und fremdgefährdendem Verhalten, **3.** Abwehr oder Verweigerung pflegerischer und anderer medizinischer Maßnahmen, **4.** Wahnvorstellungen, ausgeprägten Ängsten und Zwängen, **5.** Antriebslosigkeit somatischer oder psychischer Genese oder **6.** sozial inadäquaten Verhaltensweisen in erheblichem Ausmaß äußern.
Fallgruppe 3 Begleitung zum Einbezug in das therapeutische Konzept während der Krankenhausbehandlung oder zur Einweisung in nach der stationären Krankenhausbehandlung weiterhin notwendige Maßnahmen	Erhebliche Schädigungen oder Beeinträchtigungen, insbesondere **1.** gemäß der Fallgruppen 1 oder 2, **2.** neuromuskuloskeletaler und bewegungsbezogener Funktionen, **3.** der Atmungsfunktionen oder **4.** der Funktion der Nahrungsaufnahme, insbesondere des Schluckens.

Fazit für die Praxis

Die Kenntnis der neuen Krankenhausbegleitungs-Richtlinie ist für alle Kolleginnen und Kollegen unserer Fachgruppe wichtig, die zum Beispiel Menschen mit Intelligenzminderungen oder Behinderungen im Sinne von schweren Anfallsleiden, chronischen psychischen Erkrankungen, aber auch hirnorganischen Psychosyndromen, Demenzen und erworbene Hirnschädigungen behandeln. Auf der Krankenhauseinweisung muss die Notwendigkeit einer Begleitperson vermerkt und begründet werden. Es muss nur eines der drei oben genannten Kriterien für die Voraussetzungen zur Begleitung erfüllt sein, nicht alle drei. Auf der Einweisung soll das betreffende Kriterium vermerkt werden. Alternativ kann vorausschauend eine Bescheinigung gleichen Inhalts ausgestellt werden, die für die Dauer von zwei Jahren gültig ist.

Der Mitaufnahme gleichgesetzt ist eine tägliche Begleitung von acht oder mehr Stunden, einschließlich der An- und Abreise der Begleitperson.

Die Regelung ist nicht diagnose- oder altersgebunden, sondern orientiert sich am Funktionsniveau der Patientinnen und Patienten. Vertragsärztinnen und -ärzte bescheinigen die Notwendigkeit der Begleitung im Vorfeld der Krankenhausbehandlung. Das Krankenhaus bestätigt ebenfalls ärztlicherseits die Notwendigkeit einer Begleitung sieht sowie die genaue Dauer für die Geltendmachung des Krankengeldanspruchs.

Bitte machen Sie die Angehörigen Ihrer Patientinnen und Patienten auf diese Information aufmerksam.

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach

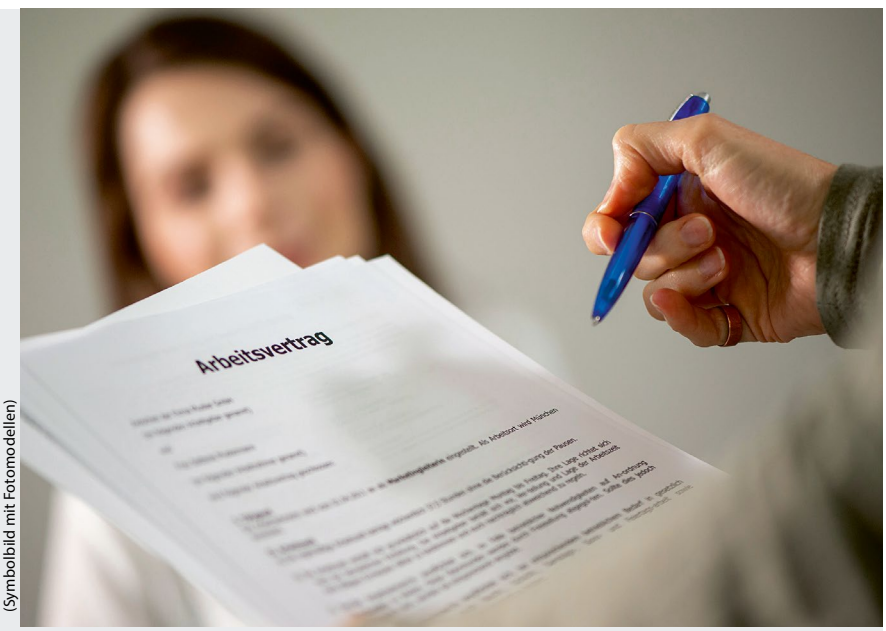
Der Beitrag basiert auf einer Pressemitteilung des G-BA vom 18. August 2022.

Umsetzung der EU-Vorgaben

Neue Regelungen für Arbeitsverträge – Handlungsbedarf für die Praxis

Durch das aktualisierte Nachweisgesetz sollen grundlegende Arbeitsbedingungen zukünftig besser dokumentiert werden. Für Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber bedeutet dies gestiegene Anforderungen an die Nachweise. Bei fehlenden oder falschen Informationen können Bußgelder verhängt werden.

Mit dem aktualisierten Nachweisgesetz setzt Deutschland die EU-Richtlinie 2019/1152 um. Die Gesetzesänderungen gelten seit dem 1. August 2022 und sollen die Verlässlichkeit und Transparenz in Arbeitsverhältnissen steigern. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die nach dem 1. August 2022 eingestellt werden, bekommen neben Basisinformationen wie Name und Anschrift des Betriebs weitere Details in ihren Vertrag geschrieben. Unter anderem steht dort, wie viel verdient wird und wie sich das Gehalt zusammensetzt – einschließlich Überstundenbezahlung, Zuschläge, Prämien und so weiter. Weitere nötige Details: vereinbarte Ruhezeiten, vereinbarte Schichtarbeit, Fortbildungsmöglichkeiten und Dauer der Probezeit (falls es eine gibt).



© Klaus-Dietmar Gabbert / dpa Themendienst / picture alliance (Symbolbild mit Fotomodellen)

Gab es bisher weder einen schriftlichen Arbeitsvertrag noch ein Nachweis der Arbeitsbedingungen, so muss gehandelt werden.

Auch Arbeitskräfte, die vor dem 1. August eingestellt wurden, können diese Informationen anfragen. Neue Arbeitskräfte müssen sie jedoch von Anfang an erhalten.

Was bedeutet dies für Ihre Praxis?

Ziel des Nachweisgesetzes ist es, einen transparenten Überblick über die bestehenden Arbeitsbedingungen im Arbeitsverhältnis zu geben. Das Nachweisgesetz sieht daher Informationspflichten der Betriebe gegenüber ihren Beschäftigten vor. Bereits heute muss die arbeitgebende Instanz ihren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern innerhalb eines Monats nach vereinbartem Beginn des Arbeitsverhältnisses die wesentlichen Vertragsbedingungen schriftlich niederlegen, die Niederschrift unterzeichnen und aushändigen.

Schriftlicher Nachweis der Arbeitsbedingungen

Die Information kann durch den Arbeitsvertrag erfolgen oder durch eine gesonderte Niederschrift. Der Abschluss eines Arbeitsvertrages war und bleibt formfrei (also auch mündlich) möglich. Danach ist den Angestellten ein schriftlicher Nachweis der Arbeitsbedingungen zu erbringen (schriftliche Mitteilung über die geltenden Arbeitsbedingungen, die nur vom Arbeitgebenden zu unterzeichnen ist).

Bei unsachgemäßer Information droht Bußgeld

Wer bisher einen Arbeitsvertrag geschlossen hatte, der den Anforderungen aus dem bis zum 1. August 2022 geltenden Nachweisgesetz genügte, musste und muss keinen weiteren Nachweis erstellen.

Wer als Arbeitgeberin oder Arbeitgeber bisher die Informationspflicht nicht oder nicht ordnungsgemäß erfüllt hatte, weil es keinen schriftlichen Arbeitsvertrag gab und auch kein Nachweis an die angestellte Person geschickt wurde, muss handeln: Seit 1. August 2022 kann bei fehlenden oder falschen Informationen ein Bußgeld von bis zu 2.000 € pro Verstoß verhängt werden. Zuständig für die Kontrolle sind die Gewerbeaufsichtsämter. Verstöße gegen die Nachweis- und Unterrichtungspflichten führen aber nicht zur Unwirksamkeit von Arbeitsverträgen.

Durch die neuen EU-Vorgaben sind die Anforderungen an die Nachweise gestiegen. Die wesentlichen Arbeitsbedingungen sind auch in Zukunft schriftlich niederzulegen, die elektronische Form bleibt ausgeschlossen.

Aufforderung durch Angestellte löst Nachweispflicht aus

Altverträge müssen aber nicht zwingend geändert werden: Hier müssen Nachweise nur vorgelegt werden, wenn Angestellte den Arbeitgeber oder die Arbeitgeberin dazu auffordern. Zur Erfüllung der Nachweispflichten reicht dann eine schriftliche, unterzeichnete Auflistung der Arbeitsbedingungen, die innerhalb einer Woche nach Aufforderung übersandt werden muss. Eine Änderung des Arbeitsvertrages selbst muss nicht erfolgen.

Für Neueinstellungen seit 1. August 2022 waren die Nachweispflichten stets, auch ohne Aufforderung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, zu erfüllen. Es reicht aus, wenn der Arbeitgeber oder die Arbeitgeberin eine schriftliche Auflistung erstellt, unterzeichnet und rechtzeitig übergibt. Wird ein Arbeitsvertrag geschlossen, muss dieser inhaltlich den Anforderungen aus dem neuen Nachweisgesetz entsprechen.

Zusätzlich zu nennende Arbeitsbedingungen

Folgende Arbeitsbedingungen müssen künftig zusätzlich zu den bereits jetzt in § 2 Nachweisgesetz genannten Arbeitsbedingungen aufgenommen werden:

- bei Kündigung des Arbeitsverhältnisses vom Betrieb und Angestellten einzuhaltende Verfahren; dies umfasst das Schriftformerfordernis, die Fristen für die Kündigung des Arbeitsverhältnisses sowie die Frist zur Erhebung einer Kündigungsschutzklage – gerade letzteres ist bislang in Arbeitsverträgen nicht aufgenommen, nun aber zwingend,
- die Zusammensetzung und Höhe des Arbeitsentgelts einschließlich der Vergütung von Überstunden, der Zuschläge, der Zulagen, Prämien und Sonderzahlungen sowie anderer Bestandteile des Arbeitsentgelts, die jeweils getrennt anzugeben sind, und deren Fälligkeit sowie die Art der Auszahlung,
- die Dauer der Probezeit (bei einem befristeten Arbeitsverhältnis muss diese zu der erwarteten Dauer der Befristung und der Art der Tätigkeit in einem angemessenen Verhältnis stehen),
- die vereinbarte Arbeitszeit, vereinbarte Ruhepausen und Ruhezeiten sowie bei vereinbarter Schichtarbeit das Schichtsystem, der Schichtrhythmus und Voraussetzungen für Schichtänderungen,
- die Möglichkeit der Anordnung von Überstunden und deren Voraussetzungen (sofern vereinbart).

Was ist zu tun?

- Überprüfung und Anpassung der bestehenden Arbeitsvertragsvorlagen.
- Einhaltung der neuen Vorgaben für Arbeitsverhältnisse, die seit dem 1. August 2022 bestehen, am besten in einem entsprechenden schriftlichen Arbeitsvertrag.
- Wird auch nach dem 1. August 2022 ohne schriftliche Arbeitsverträge gearbeitet, sind Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer die wichtigsten Bedingungen bereits am ersten Arbeitstag in Schriftform zu überreichen.
- Auf Verlangen von bereits vor dem 1. August beschäftigten Arbeitskräften ist zusätzlich zu dem bestehenden Arbeitsvertrag über die wesentlichen Arbeitsbedingungen schriftlich zu unterrichten, wenn diese Informationen nicht bereits im schriftlichen Arbeitsvertrag enthalten sind. Insbesondere der Hinweis auf die Frist zur Erhebung einer Kündigungsschutzklage fehlt meistens in den bisherigen Arbeitsverträgen. Hier ist zu empfehlen, ein separates Schreiben vorzubereiten und nicht alle Bestandsarbeitsverträge anzupassen. Schreiben Ihre Angestellten Sie an, versenden Sie dieses Schreiben.

Für die Prüfung und Ergänzung bestehender Vertragsmuster und der Gestaltung der Prozessabläufe sprechen Sie uns gerne an.

AUTOREN

Jörg Hohmann

Fachanwalt für Medizinrecht
Mittelweg 151
20148 Hamburg

jh@gesundheitsrecht.com

Martin Schmidt

Fachanwalt für Arbeitsrecht
Mittelweg 151
20148 Hamburg

Nachgefragt

„Beruf und Familie gehören zusammen“

Im Gespräch mit der BVDP-Vorsitzenden Dr. Christa Roth-Sackenheim berichtet Dr. Sibylle Schreckling aus Hürth über Meilensteine in ihrem beruflichen Werdegang und gewährt auch private Einblicke in ihr Leben.

? *Liebe Sibylle, als ich circa 1996 in die Berufspolitik kam, warst Du schon so etwas wie eine Legende. Im Jahr 1998 kam die Soziotherapie ins System der gesetzlichen Krankenkassen, ein wichtiger Meilenstein in der Sozialpsychiatrie. Du hattest das Konzept maßgeblich entwickelt und durch die politischen Instanzen geführt, einschließlich dem Modellversuch des Bundesgesundheitsministeriums, der damals die Grundlage für die Anerkennung als GKV-Leistung darstellte.*

Dr. Sibylle Schreckling: Der Modellversuch des Bundesgesundheitsministeriums – mit meiner Praxisbeteiligung – hatte offengelegt, dass die schwer psychisch Erkrankten mehrheitlich im ambulanten Bereich und nicht institutionell versorgt werden. Schade ist nur die aktuell geringe Verordnung der entsprechenden Ziffern durch unseren Berufsstand. Die finanzielle Vergütung ist nur ein Aspekt. Wichtiger sind die Einbettung und Vernetzung in die jeweilige sozialpsychiatrische Versorgung mit vielen für uns kostenlosen Zuarbeitenden, eine zufriedene Klientel (sehr nervenschonend) und die Möglichkeit zur Mitgestaltung der Psychiatrielandschaft. Kräftezehrend und eine Geduldsprobe ist die Auseinandersetzung mit den Schnittstellen wie unter anderem den KVen.

© S. Schreckling

Dr. med. Sibylle Schreckling, Hürth
Fachärztin für Neurologie/Psychiatrie

? *Du warst selbst damals schon seit mindestens 1990 in der Berufspolitik tätig, seit dieser Zeit im BVDN Nordrhein, Gründungsmitglied des BVDP im Jahr 2001 und anschließend 2. BVDP-Vorsitzende bis 2012. Schon im Jahr 1980 hast Du die APK Arbeitsgemeinschaft für psychisch Kranke im Rhein-Erft-Kreis e. V. gegründet, die die Werkstatt für Integration und Rehabilitation WIR betreibt. Deren hochwertige Produkte können unter www.entia.de erworben werden. Du standest ihr mehr als drei Jahrzehnte vor und bist immer noch als 2. Vorsitzende hier tätig.*

Schreckling: Unsere Werkstatt für psychisch Behinderte ist unter www.wir-ggmbh.de zu finden. Wir arbeiten in der Holzverarbeitung, Elektro-Fertigung und im Gartenbau; dank der „GALA Abteilung“, also dem Garten und Landschaftsbau, sind wir trotz Corona gut weitergekommen. Aktuell betreiben wir zwei Werkstätten mit je 150 Beschäftigten; die dritte ist gerade im Entstehen. Die APK ist quasi noch mein „Mutterverein“ mit einem 110-köpfigen Team.

? *Auch jetzt noch, im „Unruhezustand“ bist du Vorsitzende der Alzheimer-Gesellschaft im Rhein-Erft-Kreis. Unvergessen ist ja der Auftritt Deiner Tanzgruppe mit an Demenz erkrankten Menschen anlässlich des Neurologen- und Psychiatertages in Köln 2018.*

Schreckling: Die Alzheimer-Gesellschaft Rhein-Erft-Kreis besteht seit dem Jahr 2010 als „Tochtergesellschaft“ der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft und ist im Grunde ein Organisations- und Ratgeberkonstrukt. Sehr spannend sind die sogenannten Demenzsprechstunden mit einem niedrigschwelligen Betreuungsangebot, quasi eine Vorstufe zum Heim. Dort ist mein oben erwähnter Rehabilitationssport für Demenzkranke verortet. Sehr gesund für mich und die Beteiligten. Wie überhaupt die Arbeit mit Alterspatientinnen und -patienten anregend und dankbar ist, wenn man eben nicht mehr unter Zeitdruck steht. Seit dem Jahr 2018 gibt es ein Projekt mit dem Land NRW und verschiedenen Pflegekassen: Zwölf Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige sind inzwischen entstanden. Ab September 2020 läuft auch ein dementsprechendes gemeinsames Projekt mit dem Rhein-Erft-Kreis.

? *Du hast zudem lange für eine große Krankenkasse deren Versicherte beraten und vieles mehr.*

Schreckling: Ja, in der Fachberatung der AOK Rheinland war ich in den Jahren 2006 bis 2020 telefonisch beratend für anfragende Versicherte tätig. Das war in vielerlei Hinsicht interessant, offenbarte die Art und die Menge der Versichertenanfragen doch genau die Versorgungsengpässe, wegen der wir als Berufsverbände immer Alarm geschlagen haben: Defizite im schnellen passgenauen Zugang.

? *Ich denke, viele Leserinnen und Leser interessieren sich für Deinen Werdegang und Deine Haltung. Wie kamst Du zum Medizinstudium und schließlich zur Psychiatrie?*

Schreckling: Nach einer konfliktbelasteten Kindheit und Jugend mit einer alleinerziehenden Mutter wollte ich nach dem Abitur möglichst rasch auf eigenen Beinen stehen. Dafür hatte ich mir eine Ausbildung an der Fachhochschule für Sozialarbeit in München

ausgesucht. Während des dort vorgeschriebenen Krankenpflegepraktikums wollte ich dann doch den Menschen mit einer medizinischen ausgerichteten Ausbildung näherkommen und begann mit dem ersparten Schwestern-Helferinnen-Geld das Medizinstudium.

? *Wie war Dein beruflicher Werdegang?*
Schreckling: Nach dem Staatsexamen und der Medizinalassistentenzeit hatte ich eine Ausbildung in einer Kinderklinik in Hamburg geplant. Die dafür erforderliche Wartezeit war nach Überprüfung meiner Finanzen nicht möglich und so nahm ich gerne über eine Verbindung zur Neurologischen Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf, wo meine Doktorarbeit entstanden war, ein sofortiges Stellenangebot in der Neurologischen Universitätsklinik Würzburg an. In diesem Fachbereich, erweitert durch Psychiatrie, bin ich dann gerne verblieben und habe die Facharztausbildung nach heiratshalber erfolgtem Umzug nach Köln an der dortigen Universitätsklinik noch unter Prof. Dr. Werner Scheid beendet. Der Wunsch nach Eigenständigkeit hat allerdings die doch recht starre Klinikhierarche beendet und fast gleichzeitig mit Praxisgründung kam unser erstes Kind.
Die Praxisarbeit hat mich ausgefüllt, aber auch oft wütend gemacht, weil damals trotz der Zeit nach der Psychiatrie-Enquete wenig Auffangmöglichkeiten für chronisch Erkrankte bestanden. Zum Glück war ich geerdet durch die Familie, konnte auch aus beiden Bereichen Erfahrungen sammeln.

? *Gibt es Persönlichkeiten, die Dich besonders geprägt oder beeinflusst haben?*
Schreckling: Ich wollte mir ja trotzdem möglichst eine Arbeitszufriedenheit schaffen und kam durch die Verbindung mit dem Diplom-Soziologen Gerhard Holler, der gemeinsam mit Dr. Heiner Melchinger in der Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover arbeitete, ein Kontakt zu den Fördergremien des Bundesgesundheitsministeriums zustande. Das hat mir die ersten komplementären Behandlungsmöglichkeiten – Sozialarbeit und Ergotherapie – beschert und die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten gewährleistet.

? *Was hat Dich bewogen in die Berufspolitik zu gehen?*
Schreckling: In der Berufspolitik fand ich unser Fachgebiet als sprechende Medizin gegenüber den übrigen Fächern nicht genügend bewertet, insbesondere gegenüber den apparativ ausgerichteten Bereichen. Der Kampf um eine gerechte Honorierung unserer Berufsgruppe ist eine Sisyphusarbeit, darf aber niemals aufgegeben werden und wird auf lange Sicht auch weiterhin zu Erfolgen führen. Wichtig war mir daher auch der Blick über den Tellerrand und die Auseinandersetzung mit anderen Versorgungsbereichen, das heißt die Komplexleistung der stationären Behandlung auch im ambulanten Bereich fortführen zu können. Diese ganzheitliche Sicht zu erreichen war nicht einfach, hat aber meine Arbeit sehr erleichtert und mir viele kostenlose Informationsquellen und dauerhaft gute Verbindungen in meinem Versorgungsbereich geschaffen.

» Freiheit und Gestaltungsmöglichkeiten in eigener Praxis sind nicht mit Gold aufzuwiegen. «

? *Was ist Dein Fazit und was möchtest Du jungen Kolleginnen und Kollegen mit auf den Weg geben?*
Schreckling: Mein Fazit: Beruf und Familie gehören zusammen und sorgen dafür, dass man geerdet bleibt. Das jeweilige Arbeitsumfeld muss man sich mit langem Atem erarbeiten. Freiheit und Gestaltungsmöglichkeiten in eigener Praxis sind nicht mit Gold aufzuwiegen.

? *Liebe Sibylle, vielen Dank für das Interview!*

Springer Medizin

Lückenlos informiert!

Info Neurologie und Psychiatrie: 12 mal im Jahr – gedruckt und digital

- Das interdisziplinäre Fortbildungsmagazin
- Umfassender Überblick über die internationale Fachliteratur – Von Expertinnen und Experten selektiert und kritisch kommentiert
- Interaktive CME-Fortbildung
- Aktuelle Kongressberichte

SpringerMedizin.de/info-np

SpringerMedizin.de

130398

Ponvory® (ponesimod) once-daily tablets

READY FOR WHAT'S NEXT

JETZT AUCH MIT ERSTEN COVID-19-IMPFDATEN§,4

- Früher Einsatz in der RRMS-Erstlinientherapie*,1
- Klinischer Vorteil bei frühem Einsatz: ARR nachweislich um 47 % geringer vs. Teriflunomid bei Patient:innen mit EDSS ≤ 3#,2
- Die smarte Kombination aus überlegener Wirksamkeit†,3 und flexibler Therapie&,1

Erfahren Sie mehr zur RRMS-Therapie mit PONVORY®: QR-Code scannen oder unter **jmc.link/smart**

***** Erw. Pat. m. schubförmiger MS (RMS) m. aktiver Erkrankung, def. durch klinischen Befund od. Bildgebung.[1] **#** OPTIMUM-Studie (n = 1133), Subgruppenanalyse bei Pat. m. EDSS ≤ 3, relative Reduktion d. ARR unter PONVORY® (n = 400) um 47 % vs. Teriflunomid (n = 391), Rate Ratio = 0,530 (99 % KI: 0,372–0,755; p < 0,0001).[2] **†** Relative Reduktion d. mittleren ARR (prim. Endpunkt) bei PONVORY® vs. Teriflunomid 14 mg um 30,5 %, Rate Ratio = 0,695 (99 % KI: 0,536–0,902; p < 0,001).[3] **&** Lymphozytenzahlen bei > 90 % d. gesunden Proband:innen innerhalb 1 Woche nach Absetzen d. Therapie im Normbereich.[1] **§** In dieser Phase-2-Studie sind teilweise Impfstoffe untersucht worden, die in Deutschland nicht zugelassen sind und sich auf die klinischen Ergebnisse niederschlagen.[4]

ARR = jährliche Schubrate; **EDSS** = Expanded Disability Status Scale; **RRMS** = schubförmig remittierende Multiple Sklerose

1 Aktuelle PONVORY® Fachinformation. **2** Di Bernardo A, et al. ECTRIMS 2021 (13.–15.10.2021), Poster P359. **3** Kappos L, et al. JAMA Neurology. 2021; 78(5):558–567. **4** Wong J, et al. CMSC Annual Meeting 2022 (01.–04.06.2022), Poster 8380.

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Daher ist es wichtig, jeden Verdacht auf Nebenwirkungen in Verbindung mit diesem Arzneimittel zu melden.

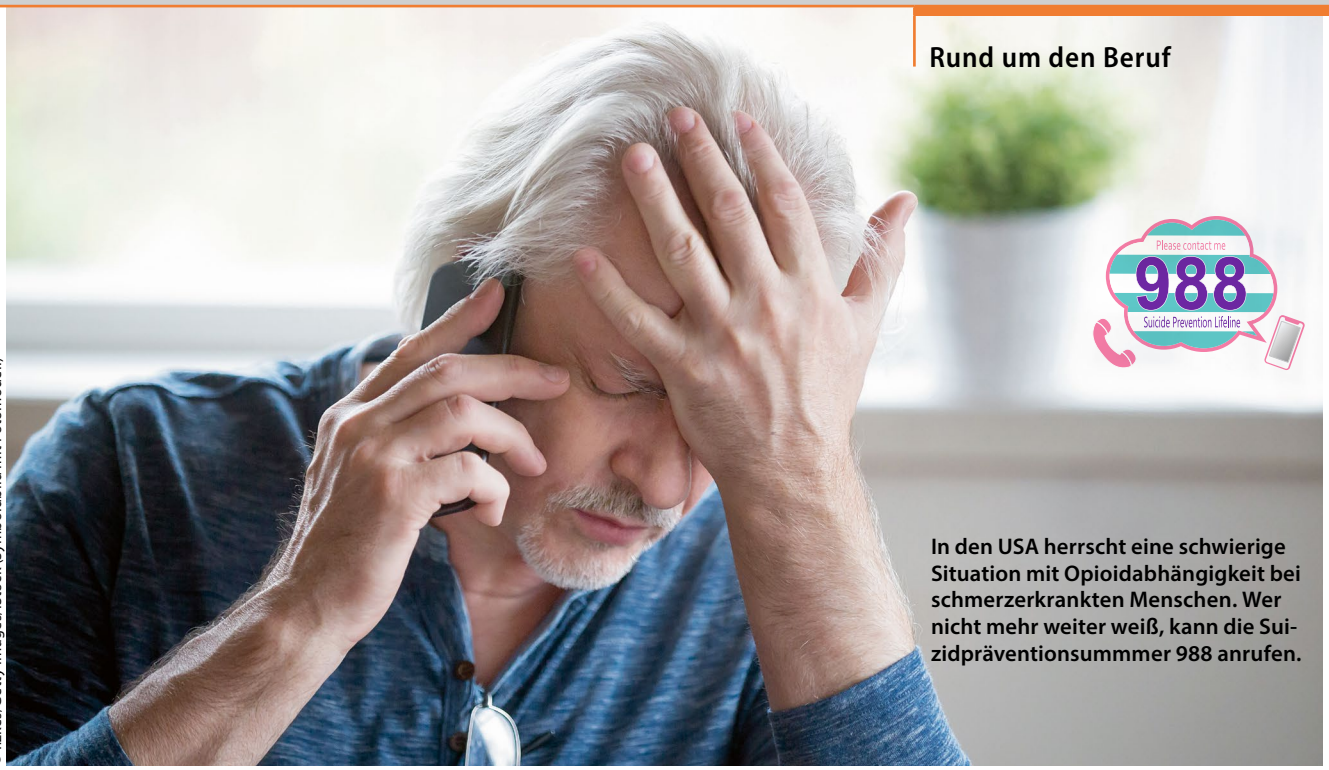
Ponvory® 2 mg; 3 mg; 4 mg; 5 mg; 6 mg; 7 mg; 8 mg; 9 mg; 10 mg; 20 mg Filmtabletten. Wirkstoff: Ponesimod. **Zusammensetz.:** *Arzneilich wirksamer Bestandt.:* 1 Filmtabl. 2 mg enth.: 2 mg Ponesimod; 1 Filmtabl. 3 mg enth.: 3 mg Ponesimod; 1 Filmtabl. 4 mg enth.: 4 mg Ponesimod; 1 Filmtabl. 5 mg enth.: 5 mg Ponesimod; 1 Filmtabl. 6 mg enth.: 6 mg Ponesimod; 1 Filmtabl. 7 mg enth.: 7 mg Ponesimod; 1 Filmtabl. 8 mg enth.: 8 mg Ponesimod; 1 Filmtabl. 9 mg enth.: 9 mg Ponesimod; 1 Filmtabl. 10 mg enth.: 10 mg Ponesimod; 1 Filmtabl. 20 mg enth.: 20 mg Ponesimod. *Sonst. Bestandt.:* Croscarmellose-Natrium, Lactose-Monohydr., Magnesiumstearat (Ph.Eur.) [pflanzl.], mikrokrist. Cellulose, Povidon K30, hochdisp. Siliciumdioxid, Natriumdodecylsulfat, Hypromellose 2910, Lactose-Monohydr., Macrogol 3350, Titandioxid (E171), Triacetin, Eisen (III)-oxid (E172) (3 mg, 4 mg, 7 mg, 8 mg, 9 mg, 10 mg Filmtabl.); Eisen (II, III)-oxid (E172) (4 mg, 5 mg, 8 mg, 9 mg Filmtabl.), Eisen (III)-hydroxid-oxid x H_2O (E172) (3 mg, 5 mg, 7 mg, 9 mg, 10 mg, 20 mg Filmtabl.). **Anw.geb.:** Bhdlg. erw. Pat. m. schubförmiger Multipler Sklerose (RMS) m. aktiver Erkr., defin. d. klin. Befund od. Bildgebung. **Gegenanz.:** Überempfindl. gg. d. Wirkstoff od. e. d. sonst. Bestandt., immunsupprim. Zust., Pat., d. i. d. letzt. 6 Mo. e. Myokardinfarkt, e. instabile Angina pectoris, e. Apoplex, e. transitor. ischämische Attacke (TIA), e. dekompens. Herzinsuffiz., d. e. Hospitalisierung erforderl. machte, hatten od. e. Herzinsuffizienz d. Klasse III od. IV gem. New York Heart Association (NYHA) haben, Pat. m. Vorliegen e. AV-Blocks 2. Grades v. Mobitz-Typ II, AV-Block 3. Grades od. e. Sick-Sinus-Syndroms, es sei denn, d. Pat. hat e. funktionstüchtigen Herzschrittm., schw. aktive Infekt., akt. chron. Infekt., akt. maligne Erkr., mittelschw. od. schw. Leberfunkt.störg. (Child-Pugh-Klassen B bzw. C), währ. d. Schwangersch. u. b. Frauen i. gebärfähigen Alter, d. keine zuverl. Verhütungsmethode anwenden. **Warnhinw.:** Arzneim. f. Kdr. unzugängl. aufbewahren. **Nebenwirk.:** Nasopharyngitis, Infekt. d. ob. Atemwege, Alaninaminotransferase erhöht, Lymphopenie, Lymphozytenzahl erniedrigt Harnwegsinfekt., Bronchitis, Grippe, Rhinitis, Atemwegsinfekt., Virusinfekt. d. Atemwege, Pharyngitis, Sinusitis, Virusinfekt., Herpes zoster, Laryngitis, Pneumonie, Depression, Schlaflosigk., Angst, Schwindelgef., Hypästhesie, Somnolenz, Migräne, Makulaödem, Vertigo, Hypertonie, Dyspnoe, Husten, Dyspepsie, Rückenschm., Arthralgie, Schmerz i. e. Extremität, Bänderzerrung, Fatigue, Fieber, periph. Ödeme, Brustkorbbeschw., Aspartataminotransferase erhöht, Hypercholesterinämie, Leberenzym erhöht, C-reaktives Protein erhöht, Transaminasen erhöht, Cholesterin i. Blut erhöht, Bradykardie, Mundtrockenheit, Gelenkschwellung, Hyperkaliämie. **Verschreibungspflichtig. Pharmazeut. Unternehmer:** Janssen-Cilag International NV, Turnhoutseweg 30, B-2340 Beerse, Belgien. Örtl. Vertreter für Deutschland: Janssen-Cilag GmbH, Johnson & Johnson Platz 1, D-41470 Neuss. **Stand d. Inform.:** 05/21.

CP-340911

Janssen-Cilag GmbH
www.janssen.com/germany

janssen Neuroscience

PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson & Johnson



© fizkes/Getty Images/iStock (Symboldbild mit Fotomodell)

In den USA herrscht eine schwierige Situation mit Opioidabhängigkeit bei schmerzerkrankten Menschen. Wer nicht mehr weiter weiß, kann die Suizidpräventionsummmer 988 anrufen.

Blick ins Ausland: Ein neues Angebot zur Suizidprävention in den USA

Die Lifeline und die Telefonnummer 988

Suizidgefährdete Personen können in den USA seit Sommer 2022 unter der Telefonnummer 988 und auf der Website https://988lifeline.org kompetente Unterstützung von den Beratenden der National Suicide Prevention Lifeline erwarten. Zuvor war die Telefonnummer zur Lifeline wesentlich länger, die dreistellige Nummer soll das Angebot leichter zugänglich machen. Die Arbeit der Beraterinnen und Berater wurde in mehreren Studien als hocheffektiv evaluiert.

In den USA hat sich seit dem Jahr 2005 eine landesweite Telefonberatung in seelischen Krisen und bei Suizidalität bewährt. Wer die 988 wählt, antextet oder im Chat anschreibt wird rund um die Uhr an jedem Tag der Woche mit der National Suicide Prevention Lifeline verbunden. Hier sprechen, texten oder chatten die Anrufenden dann mit geschulten Beraterinnen und Beratern des Lifeline-Netzwerks, die zunächst zuhören und sodann im weiteren Gespräch versuchen, zu verstehen, wie die individuelle Notlage aussieht, die Hilfe anbieten und gegebenenfalls auch direkten Kontakt mit Hilfestellen herstellen können (https://988lifeline.org/).

Die dreistellige Telefonnummer 988 hat die vorher jahrelang bestehende Lifeline-Nummer 1-800-273-8255 im Juli 2022 abgelöst, um den Zugang noch niederschwelliger zu gestalten. Diese alte Nummer bleibt jedoch weiter unbegrenzt aktiv.

Das Lifeline-Netzwerk besteht mittlerweile aus über 200 Krisenzentren in allen Bundesstaaten der USA. Die Arbeit der „Counselors“ wurde in mehreren Studien als hocheffektiv evaluiert. Die Anrufenden fühlen sich weniger suizidal, weniger depressiv, weniger hilflos und deutlich hoffnungsvoller nach den Kontakten. Die Counselors halten die Kontakte auch aktiv nach und begleiten die Hilfesuchenden oft längere Zeit per Telefon, Textnachrichten oder Chat.

Erhöhte Suizidgefahr in den USA

Die USA mit ihren über 330 Millionen Einwohnern haben ein völlig anderes Gesundheitssystem als wir in Deutschland. Mehr als 45 Millionen Menschen mit US-Staatsangehörigkeit sind gar nicht krankenversichert. Die überwiegende Mehrheit (ca. 60 %) ist über den Arbeitsplatz krankenversichert, wobei es keinen Anspruch auf eine Krankenversicherung gibt. Darüber hinaus stehen weitere staatliche Hilfsprogramme zur Verfügung, wie beispielsweise Medicare für ältere Menschen ab 65 Jahren oder solche mit einer Behinderung. Hier werden ungefähr 40 Millionen Versicherte gezählt. Weitere circa 40 Millionen Menschen mit niedrigem Einkommen können bei dem Gesundheitsfürsorgeprogramm Medicaid versichert sein.

Letztlich ist das Gesundheitssystem in den USA aus unserer Perspektive sehr unübersichtlich und von der Überzeugung getragen, dass die Gesundheitsfürsorge grundsätzlich in der Verantwortung jedes Einzelnen liege. Es gibt eine

Vielzahl von Versicherern, die in der Regel selbst bestimmen, in welchem Umfang sie die Menschen versichern. Eine klare Regelung, welche Leistungen eine Krankenversicherung umfasst, wie wir es in Deutschland für selbstverständlich halten, kennen die US-Bürgerinnen und US-Bürger nicht. Eine gewisse Ausnahme bildete die Versorgung von Kriegsveteranen. Letztlich ist der Versicherungsschutz für psychische Erkrankungen aus der hiesigen Sicht eher unzulänglich. Die USA haben einen sehr hohen Anteil an psychisch kranken Personen unter den Wohnungslosen und eine schwierige Situation mit der Opioidabhängigkeit von schmerzerkrankten Menschen.

Wissenschaftlich unterstütztes Beratungssystem

Als auch in den USA deutlich wurde, dass die Zahl der Suizidtoten höher war als die der Verkehrstoten beziehungsweise die der Mordopfer und AIDS-Toten zusammengenommen, starteten die U.S. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) und Vibrant Emotional Health die Lifeline am 1. Januar 2005. Vibrant Emotional Health, die Managementgesellschaft der Zuschüsse und Spenden, arbeitet in Partnerschaften mit der National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD), dem National Council for Behavioral Health und anderen zusammen. Das geschieht vor allem auch mit der Organisation Living Works, Inc., die international anerkannt und spezialisiert ist auf die Ausbildung in verbalen Interventionen zur Suizidprävention.

Die 988 Suicide & Crisis Lifeline wird von einem bundesweit geförderten Untersuchungsteam der Columbia University's Research Foundation for Mental Hygiene evaluiert und fortlaufend durch Suizidpräventionsfachleute und Verbraucherschutzorganisationen beraten und unterstützt.

Das TIME-Magazine beschrieb die Lifeline in seiner Juli-Ausgabe 2022 wie folgt: *„Still, 988's launch is a landmark moment. The new crisis line represents the first major investment – $ 432 million from the federal government – in mental-health services in the country in decades, and it couldn't come at a more crucial time. Mental-health struggles among Americans have reached unprecedented levels due to the pandemic and the widespread anxiety, depression, and emotional stressors that have resulted from lockdowns, disease, and job losses. Depression and anxiety among adults in the U.S. were four times higher between April 2020 and August 2021 than they were in 2019; every 11 minutes, an American died by suicide in 2020. Rates of depression and anxiety are rising especially quickly among teens. Mental-health professionals are struggling to keep up with the wave of demand."*

In der Vergangenheit waren es US-amerikanische Bürgerinnen und Bürger gewohnt, in Notfällen ausschließlich die 911 zu wählen. Meist waren die in der Notfallmedizin Tätigen und die Polizei nicht in der Deeskalierung von Krisensituationen geschult. Nun wird gehofft, mit der Nummer 988 einen höheren Bekanntheitsgrad und eine höhere Akzeptanz für die Suizidpräventionsnummer zu erreichen.

Anders als die unter Kriterien der Anonymität arbeitende Telefonseelsorge in Deutschland, die ursprünglich von den beiden großen Kirchen gegründet wurde, heute jedoch auch Konfessionslose berät, kann die Lifeline auch aktiv tätig werden in Nachkontakten und Hilfevermittlung

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach

Blick ins Ausland: Nationale Autismusstrategie im Vereinigten Königreich

Neuausrichtung der Ziele 2021 bis 2026 für autistisch Erkrankte

Während in Deutschland vor zwei Jahren die S3-Leitlinie Autismusspektrumstörungen (ASS) verabschiedet wurde und zum Beispiel in Bayern Menschen mit ASS „automatisch" als behindert gelten, wurde im Vereinigten Königreich (UK) bereits im Jahr 2009 der „Autism Act" als gesundheitspolitischer Meilenstein verabschiedet. Nun wurden die Ziele des Gesetzes in einem 5-Jahres-Plan weiterentwickelt. Dies könnte als Vorbild für eine nationale Autismusstrategie in Deutschland fungieren.

Der „Autism Act" der UK war die erste krankheitsbildspezifische Gesetzgebung der Geschichte. Die wesentlichen Ziele waren die Verbesserung des Verständnisses und der Unterstützungsleistungen für Menschen mit Autismus und deren Familien sowie deren Teilhabe am sozialen Leben und in der Arbeitswelt. In Zusammenarbeit mit dem National Health Service, der gesetzlichen Krankenversorgung in Großbritannien, wurden seit dem Jahr 2009 regelmäßige Umfragen (Surveys) erstellt. Der Bekanntheitsgrad für das Thema Autismus wurde hierdurch auf circa

99,5 % der britischen Bevölkerung gebracht [1].

Im Jahr 2021 wurden die Ziele des ursprünglichen Autism Acts unter dem Einfluss der COVID-19-Pandemie in einem 5-Jahres-Plan weiterentwickelt. Helen Whately MP, Minister of State for Social Care, und Vicky Ford MP, Parliamentary Under-Secretary of State for Children and Families, formulierten sie so:

„*Over the next 5 years, we want to create a society that truly understands and includes autistic people in all aspects of life; one in which autistic people of all ages, backgrounds and across the country have equal opportunities to play a full part in their communities and to have better access to the services they need throughout their lives. This is our vision to make life fundamentally better for autistic people, their families and carers by 2026 and we are determined to make it happen.*“

Die neu definierten sechs Ziele lauten demnach [2]:

- Verbesserung von Verständnis und Akzeptanz von Autismus in der Gesellschaft,
- Verbesserung des Zugangs von autistischen Kindern und Jugendlichen zu Bildung und Unterstützung von erfolgreicher Transition ins Erwachsenenalter,
- Erhöhung der Anzahl von autistischen Menschen in Erwerbstätigkeit,
- Ausräumen von Benachteiligungen von Menschen mit Autismus im Gesundheits- und Sozialsystem,
- Aufbau von angemessener Unterstützung in den Gemeinden und bei Krankenhausbehandlung und
- Verbesserung der Unterstützung im (Jugend-)Strafvollzug.

Versorgungssituation in Deutschland

In Deutschland ist die Versorgung von Menschen mit ASS weiterhin verbesserungswürdig. Es gibt zwar mittlerweile eine gut vernetzte Selbsthilfeszene, die ihrerseits auch verschiedene Leitfäden und Ratgeber veröffentlicht hat, etwa zur Unterstützung von Menschen mit ASS in Arbeit und beruflicher Bildung oder an Hochschulen durch die Leitungsgremien, Dozierende und Fachkräfte. Es existieren zudem einzelne Forschungszentren, wie etwa in Frankfurt am Main, Freiburg, München und Hamburg (siehe **Ansprechpartner und Informationen zu Autismusspektrumstörungen**). Es bleibt aber häufig der Einzelinitiative betroffener Eltern überlassen, sich mühsam Hilfe zu organisieren. Es fehlt an einer nationalen Strategie, welche die Diagnostik, den Zugang und die Förderung bei ASS in einen sinnvollen Ablauf bringt, ähnlich wie bei der Versorgung von Krebserkrankungen, HIV, dialysepflichtiger Nierenerkrankungen oder ähnlichen Programmen.

In Bayern ist die Ihnen nicht zuletzt aus einem NeuroTransmitter-Artikel aus 2019 bekannte, hochkompetente Aktivistin Dorothea Heiser, zuletzt mit einer am 17. März 2022 eingereichten Petition an den Bayerischen Landtag erfolgreich gewesen: „… wende ich mich an den Bayerischen Landtag mit der dringenden Bitte, die Autismus-Spektrum-Störung (ASS), wie von der WHO gefordert, als Erkrankung nach ICD und DSM und als gesundheitliche Priorität zu behandeln wie zum Beispiel Diabetes, wie von der WHO gefordert, und nicht ‚nur als Behinderung' wie dies bisher geschieht! Dazu gehört, dass auch für Erwachsene mit ASS ein barrierefreier Zugang zur Diagnostik nach ICD und zu einer evidenzbasierten Therapie gemäß der S3-Leitlinien gewährleistet sein muss."

Letztlich fordern auch wir als Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie eine Nationale Autismusstrategie! Der britische „Autism Act" kann hierfür ein Vorbild sein!

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach

Kontakte und Informationen zu Autismusspektrumstörungen

- Leitfäden und Ratgeber von Selbsthilfeorganisationen, zum Beispiel vom Bundesverband autismus Deutschland e. V.: https://www.autismus.de/service-und-materialien.html
- Leitfäden für das Hochschulstudium: https://www.autism-uni.org/bestpractice/leitfaden-zur-best-practice/
- Forschungszentren zum Thema Autismus:
  - Labor für Molekulare Genetik der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Universitätsklinikum Frankfurt am Main: https://www.kgu.de/einrichtungen/kliniken/zentrum-fuer-psychische-gesundheit/psychiatrie-psychosomatik-und-psychotherapie-des-kindes-und-jugendalters/forschung/labor-fuer-molekulare-genetik
  - AG um Prof. Dr. Ludger Tebartz van Elst der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg: https://www.uniklinik-freiburg.de/psych/team/tebartz-van-elst.html
  - Neurodevelopmental Disorders and Interaction (NEVIA) Group der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am LMU-Klinikum München: https://www.lmu-klinikum.de/psychiatrie-und-psychotherapie/forschung-research/working-groups/neurodevelopmental-disorders/21c7cc81f20c26df
  - Projekt BarrierefreiASS am UKE Hamburg: https://www.uke.de/kliniken-institute/institute/institut-und-poliklinik-f%C3%BCr-medizinische-psychologie/forschung/arbeitsgruppen/klinische-versorgungsforschung-psychische-stoerungen/ueber-das-projekt/index.html

(Liste nicht vollständig)

Literatur

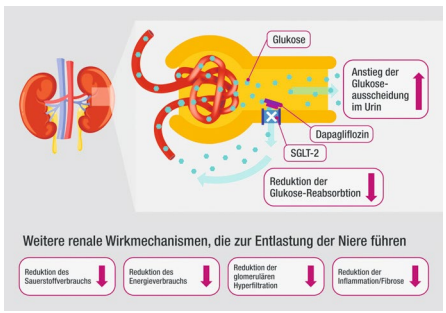
1. The All Party Parliamentary Group on Autism (APPGA). The Autism Act, 10 Years On: A report from the All Party Parliamentary Group on Autism on understanding, services and support for autistic people and their families in England; https://pearsfoundation.org.uk/wp-content/uploads/2019/09/APPGA-Autism-Act-Inquiry-Report.pdf (zugegriffen am 31.8.2022)
2. Department for Education and Department of Health & Social Care of UK. Policy paper – The national strategy for autistic children, young people and adults: 2021 to 2026; https://www.gov.uk/government/publications/national-strategy-for-autistic-children-young-people-and-adults-2021-to-2026/the-national-strategy-for-autistic-children-young-people-and-adults-2021-to-2026#introduction (Stand: 22.7.2021)

Galenus-von-Pergamon-Preis
Die Kandidaten für 2022

Herausragende Arzneimittel-Innovationen werden mit dem Prix Galien in insgesamt 15 Ländern in Europa und Nordamerika gewürdigt.
In Deutschland ist der nationale Preis der von der Springer Medizin Verlag GmbH gestiftete Galenus-von-Pergamon-Preis.
Er wird in den Kategorien „Primary Care“, „Specialist Care“ und „Orphan Drugs“ vergeben.
Um den Preis können sich Unternehmen mit einem Arzneimittel bewerben, das zum Zeitpunkt der Einreichung nicht länger als drei Jahre in der eingereichten Indikation in Deutschland zugelassen und erhältlich ist.
Die Preisverleihung findet im Rahmen eines Festakts am 20. Oktober 2022 in Berlin statt.

www.aerztezeitung.de

Primary Care



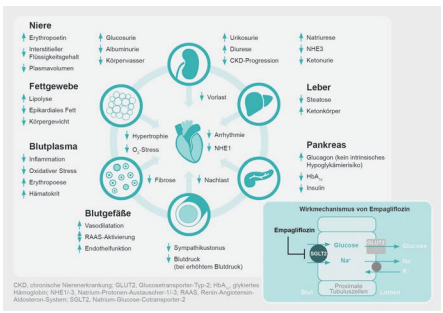
ASTRAZENECA

Forxiga®

Dapagliflozin (Forxiga®), ein SGLT-2 (Natrium-Glucose-Cotransporter-2)-Inhibitor, ist der erste zugelassene Wirkstoff dieser Substanzklasse bei chronischer Niereninsuffizienz. Er verlangsamt die Progression der Nierenerkrankung, verringert kardiovaskuläre und renale Komplikationen und reduziert damit die Gesamtmortalität. Studiendaten zufolge ist die Wirksamkeit unabhängig von der Nierenfunktion zu Studienbeginn, vom Blutdruck und vom Vorliegen eines Typ-2-Diabetes.

www.astrazeneca.de

Primary Care



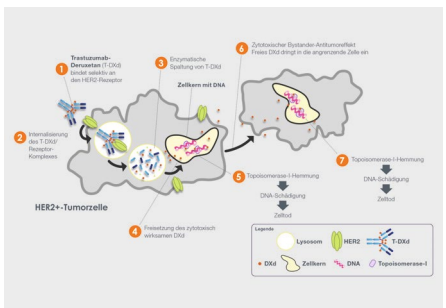
BOEHRINGER INGELHEIM

Jardiance®

Empagliflozin (Jardiance®), ein SGLT-2 (Natrium-Glucose-Cotransporter-2)-Inhibitor, hat bei Erwachsenen mit symptomatischer, chronischer Herzinsuffizienz kardioprotektive Effekte. Er kann unabhängig von der linksventrikulären Ejektionsfraktion und unabhängig davon, ob ein Diabetes mellitus vorliegt, angewandt werden. In den EMPEROR-Studien konnten die Rate kardiovaskulärer Ereignisse sowie Klinikeinweisungen unter Empagliflozin deutlich gesenkt werden.

www.boehringer-ingelheim.de

Specialist Care



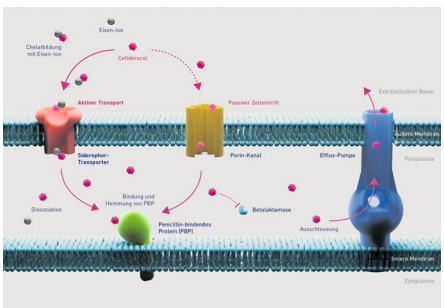
DAIICHI SANKYO

Enhertu®

Trastuzumab-Deruxtecan (Enhertu®) ist ein gegen das HER2-Protein gerichtetes Antikörper-Wirkstoff-Konjugat der neuesten Generation. Als Monotherapie verzögert es bei intensiv vorbehandeltem, inoperablem oder metastasiertem HER2-positivem Brustkrebs die Progression der Erkrankung. In der DESTINY-Breast01-Studie wurden nach median 26,5 Monaten eine hohe Ansprechrate von 62 Prozent und ein medianes progressionsfreies Überleben von 19,4 Monaten erreicht.

www.daiichi-sankyo.de

Specialist Care



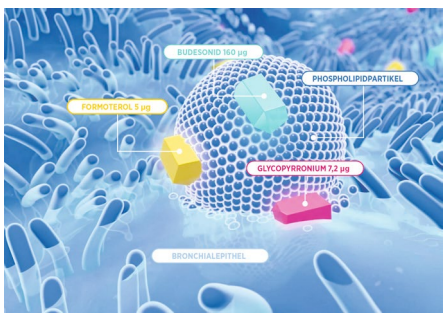
SHIONOGI

Fetcroja®

Cefiderocol (Fetcroja®) ist das einzige Siderophor-Cephalosporin, das gegen alle relevanten multiresistenten aeroben gramnegativen Problemkeime wirkt. Das Antibiotikum nutzt das bakterieneigene Eisenaufnahmesystem, um wie ein „trojanisches Pferd“ in die Bakterienzelle zu gelangen. Es umgeht so wichtige Resistenzmechanismen. Bei mit den genannten Bakterien infizierten Schwerkranken konnten mit Cefiderocol Überlebensraten von über 60 Prozent erreicht werden.

www.shionogi.com

Primary Care



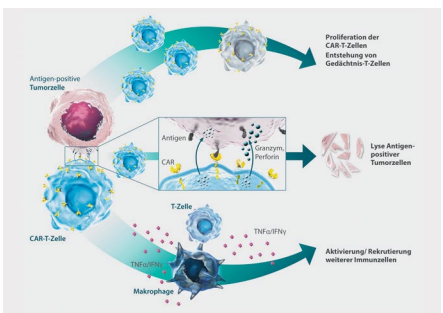
ASTRAZENECA

Trixeo Aerosphere®

Trixeo Aerosphere® ist eine neue Dreifachfixkombination aus Formoterolfumarat, Glycopyrronium und Budesonid als Dosieraerosol. Indiziert ist sie zur Erhaltungstherapie bei Erwachsenen mit moderater bis schwerer chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD). Die ausgeprägte Lungendeposition wird mit Phospholipid-Nanopartikeln erreicht. In Studien senkte die Fixkombination die Exazerbationsrate deutlich besser als Zweifachkombinationen dieser Inhaltsstoffe.

www.astrazeneca.de

Orphan Drugs



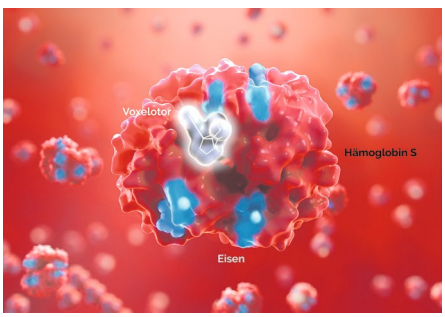
BRISTOL MYERS SQUIBB

Abecma®

Idecabtagen vicleucel (Ide-Cel; Abecma®) ist eine gegen das B-Zell-Reifungsantigen (BCMA) gerichtete chimäre Antigen-Rezeptor (CAR)-T-Zelltherapie für Erwachsene mit dreifach vortherapiertem, rezidiviertem/refraktärem multiplem Myelom. In der Zulassungsstudie wurden mit einer Einmal-Infusion von Ide-Cel in verschiedenen Dosierungen über alle Dosierungen hinweg eine Gesamtansprechrate von 73 Prozent und eine mediane Überlebenszeit von 24,8 Monaten erzielt.

www.bms.com/de

Orphan Drugs



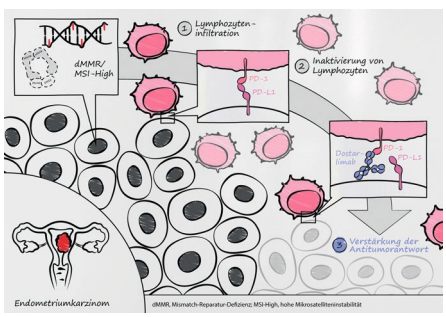
GLOBAL BLOOD THERAPEUTICS

Oxbryta®

Voxelotor (Oxbryta®), ein oraler Hemmer der Hämoglobin-S-Polymerisation in den Erythrozyten, wirkt bei Menschen mit Sichelzellkrankheit der Zerstörung der Erythrozyten direkt entgegen. Zugelassen für betroffene Erwachsene, Jugendliche und Kinder ab zwölf Jahren erhöht Voxelotor die hämatologische Ansprechrate, führt zu einer anhaltenden Verbesserung des Hämoglobinspiegels sowie zur Reduktion akuter anämischer Episoden und vasookklusiver Krisen.

www.gbt.com/de

Specialist Care



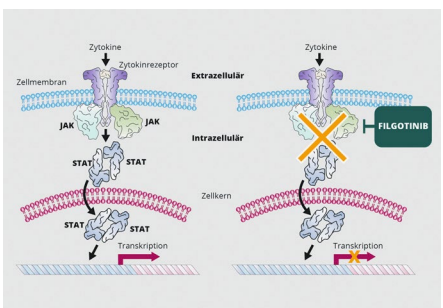
GLAXOSMITHKLINE

Jemperli

Dostarlimab (Jemperli) ist der erste Immuncheckpoint-Inhibitor zur Therapie von Patientinnen mit schwer behandelbarem, rezidiviertem oder fortgeschrittenem Endometriumkarzinom mit Mismatch-Reparatur-Defizienz (dMMR) und hoher Mikrosatelliten-Instabilität (MSI-H). Es können hohe Ansprechraten induziert werden. Aufgrund der hohen und anhaltenden Antitumoraktivität von Dostarlimab besteht Hoffnung auf eine deutliche Verbesserung der Prognose.

www.gsk.com

Specialist Care



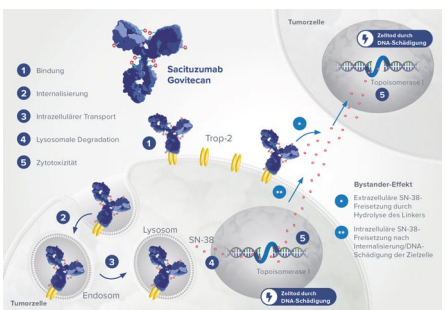
GALAPAGOS

Jyseleca®

Filgotinib (Jyseleca®), ein präferenzieller Januskinase-1 (JAK1)-Hemmer, kann bei Patientinnen und Patienten mit vorbehandelter mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa eine rasche Symptomlinderung induzieren und zu einer anhaltenden klinischen Remission, auch ohne Steroidgabe, führen. In der SELECTION-Studie zeigten nach 58 Wochen rund zwei Drittel der Behandelten ein klinisches Ansprechen, und die Remissionsrate lag bei 37 Prozent.

www.glpg.com

Specialist Care



GILEAD SCIENCES

Trodelvy®

Sacituzumab Govitecan (Trodelvy®) ist das erste zur Behandlung des rezidivierten/refraktären triple-negativen Mammakarzinoms zugelassene Antikörper-Wirkstoff-Konjugat. In der ASCENT-Studie konnten mit dem Medikament bei Betroffenen, die bereits mindestens zwei Vortherapien erhalten hatten, das Gesamtüberleben im Vergleich zu Chemotherapien verdoppelt und das progressionsfreie Überleben deutlich verlängert werden.

www.gileadsciences.de

Das AMDP-System stellt einen Kompromiss zwischen einem umfassenden psychopathologischen Befund und einer Operationalisierung dar.

© izusek / Getty Images / iStock (Syymbolbild mit Fotomodellen)

Erhebung des psychopathologischen Befundes

Das AMDP-System – von der Forschung zum Standard

Das AMDP-System zur Dokumentation psychiatrischer Befunde und anamnestischer Daten ist ein Kompromiss zwischen einem umfassenden psychopathologischen Befund und einer Operationalisierung. Es folgt einer klaren Entscheidungslogik und umfasst Aspekte der Selbst- sowie Fremdbeurteilung und Mischformen. Der Hauptnutzen des Systems besteht heute in der Ausbildung und guten Schulung in der Psychopathologie.

MARKUS WEIH, BEREND MALCHOW, BERNHARD KIS

Die Geschichte des AMDP-Systems (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie) kann am besten im Kontext der europäischen Entwicklung der Psychopharmakologie, Psychopathologie und der psychometrischen Methodenentwicklung verstanden werden.

Entwicklung des AMDP-Systems

Die großen Innovationen in den Substanzklassen der Antipsychotika, Antidepressiva, Anxiolytika oder Hypnotika wurden alle in der „stürmischen" zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts entwickelt. Die Fülle der oft für andere Indikationen geplanten Präparate traf dabei auf unterentwickelte beziehungsweise mit heutigen Maßstäben nicht vergleichbare Strukturen der klinischen Studien, fehlende statistische Methoden, nosologisch unpräzise diagnostische Standards sowie ein lebhaftes Nebeneinander von vorbestehenden psychopathologischen und vorpharmakologischen Schulen (z. B. Kraepelin, Jaspers, Bleuler, Schneider).

Als eine gutes Beispiel aus der Psychopathologie hierfür kann die Wahnwahrnehmung dienen. Dieser Begriff wurde von Schneider geprägt, steht in jedem Lehrbuch und gehört seit Jahrzehnten zu den ICD-Kriterien einer Schizophrenie [1]. Was aber versäumt wurde, war, den Begriff genauer zu definieren oder gar zu operationalisieren. Dies gilt für viele weitere psychopathologischen Symptombeschreibungen. Das daraus unmittelbar resultierende Problem der eingeschränkten Validität und Reliabilität in der Befunderhebung zeigte sich jedoch erst mit der weiteren wissenschaftlichen Methodenentwicklung und ist sicherlich nicht spezifisch für die Psychiatrie, sondern betrifft gleichzeitig auch die Anamnese und klinische Befunderhebung in der Neurologie oder Inneren Medizin in vergleichbarer Weise. Während bei den somatischen Erkrankungen und Fachgebieten die klinischen Befunde durch apparative Untersuchungen und Biomarker aber oft verifiziert werden können, ist es für die Psychiatrie und Psychotherapie essenziell, ein gut operationalisiertes Befunderhebungssystem mit guter Reliabilität und Validität einerseits sowie hoher Praktikabilität mit guter Durchdringung zu besitzen. Des Weiteren problematisch sind die sehr variablen Verläufe der klinischen Bilder und unterschiedlichen Standards in der Befunddokumentation [2]. Im Gegensatz zu anderen Fächern war die Differenzialdiagnostik in der Psychiatrie zunächst unterentwickelt, so lange es keine spezifischen Behandlungsansätze gab. Mit der Verfügbarkeit von Neuroleptika und Antidepressiva stellte sich dann aber spätestens die Frage, wie die Wirksamkeit beziehungsweise die Veränderung des psychischen Befundes unter Therapie umfassend evaluiert werden kann, wenn sich doch die Mehrzahl der psychopathologischen Phänomene in Ermangelung von validierten Biomarkern weiter auf der scheinbar „subjektiven Ebene" des Patienten oder in der Fremdwahrnehmung des Arztes abspielte. Hinzu kamen kulturelle oder nationale Unterschiede in der Befunderhebung. War es zum Beispiel in Europa üblich, dass der Arzt den Medikamenteneffekt in einer firmengesponserten Studie diagnosebezogen beurteilte, war es in anderen Ländern wie den USA beim National Institute of Mental Health (NIMH) schon lange Usus, nicht ärztliches Fachpersonal zu verwenden und als Endpunkt die Besserung von Zielsymptomen oder Skalen zu definieren. Vergessen ist heute auch, das bis in die 1960er-Jahre namhafte deutsche Psychiater sowohl Placebo als auch den Doppelblindversuche in der Psychiatrie ablehnten.

Im Rahmen des Übergangs der Kasuistiken und unkontrollierten klinischen Versuche entwickelte sich dann aber langsam eine am Experiment und der somatischen Medizin orientierte

Abb. 1: Das AMP-System (aus Beiträge zur Geschichte; Schriftenreihe zur Medizin-Geschichte)

klinisch-psychiatrische Forschung mit einheitlichen Dokumentationsstandards. Befördert wurde dieser Fortschritt über die ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) und das DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

Parallel dazu entstanden wieder neue Probleme. Durch die aufkommende Psychopathometrie wurden zahllose Spezial- und Subskalen validiert, die zwar eine klare Einschätzung eines klinischen Syndroms oder Krankheitsbildes erlaubten oder bei den damals noch sprudelnden Zulassungen eine Rolle spielten (z. B. die Montgomery-Asberg Depression Rating Scale [MADRS] bei Depressionen oder die Positive and Negative Symptome Scale [PANSS] bei Schizophrenien), aber gleichzeitig ging der Überblick über den Gesamtbefund verloren. So ist es zu erklären, dass in den 1960er-Jahren viele psychiatrische Dokumentationssysteme zeitgleich entstanden.

Maßgebliche Gesellschaften, die die Entwicklung des späteren AMDP-Systems vorangetrieben haben, waren zum Beispiel die Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakotherapie (AGNP) oder das Collegium Internationale Psychopharmakologicum beziehungsweise Scalarum (CINP, CIPS).

Besonders zu erwähnen ist der deutsche „5er-Club", bestehend aus Hanfried Helmchen (*1933) und Hanns Hippius (1925–2021), Max-Paul Engelmeier (Essen), Kurt Heinrich (Mainz) und Dieter Bente (Erlangen), die im Jahr 1965 die Arbeitsgemeinschaft für Methodik in der Psychiatrie (AMP) gegründet haben [3]. Ihr oberstes Ziel war eine atheoretische Standardisierung auf deskriptiver Basis. Der Befund – Schwerpunkt waren Schizophrenien und Depressionen – sollte dann auf eine Stammkarte geschrieben werden, die an die Patientenakte gehängt wurde. Schnell zeigte sich allerdings, dass in der klassischen Literatur über 100 relevante psychopathologische Merkmale beschrieben waren. Die Stammkarte und die Befunderhebung würde also keine kurze Sache sein können.

Zusammen mit schweizerischen und österreichischen Arbeitsgruppen wurde das Modell im Jahr 1969 als AMP-System vorgestellt (**Abb. 1**). Im Jahr 1971 erschien das erste manualisierte AMP, ausgewertet noch mit Lochkarten. Im Jahr 1979 benannte man sich dann in Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) um. Das AMDP-System hat sich seither vor allem im deutschsprachigen Raum durchgesetzt. Seine Objektivität, Reliabilität, Validität, Verlaufsempfindlichkeit und Spezifität wurden im Verlauf durch eine Vielzahl von Untersuchungen und klinischen Studien bestätigt. Interessante Fragestellungen taten sich auf, als Symptome wie Feindseligkeit oder fehlende Krankheitseinsicht untersucht wurden.

Durch die AMDP-Systemgruppe wurden ebenso ein Leitfaden, aktuell gültige Ratingbögen oder das Praxisbuch erarbeitet [4]. Übersetzungen gibt es in acht Sprachen, unter anderem in Japanisch. Später wurde das System zunehmend auch in der studentischen Lehre eingesetzt. Den größten Nutzen heute hat das System aber als Training in der Facharztausbildung, da es sich wie kein anderes System didaktisch eignet, strukturiert und einheitlich psychopathologisches Grundwissen zu vermitteln und zu erhalten [5].

Eigentlich ist das AMDP-System Standard und Instrument der Wahl in Klinik und Praxis. In gängigen Praxisverwaltungssystemen (PVS) ist es leider nicht vorhanden und es existiert auch kein verbreitetes Computerprogramm zur Auswertung, was den flächendeckenden Einsatz bisher verhindert hat.

Neben dem AMDP-System gibt es weitere Ratingskalen, wie die Present State Examination (PSE), die Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Comprehensive Psychiatric Rating Scale (CPRS), HAMD oder HONOS.

Struktur

Zunächst werden zwölf soziodemografische Merkmale, wie Geschlecht, Wohnsituation, Schulbildung, Erwerbstätigkeit, Familienanamnese, Schweregrad (CGI) usw. erfragt. Die anschließende Bewertung des Befundes erfolgt nach einer definierten Entscheidungslogik (**Abb. 2**). Diese orientiert sich an folgendem Schema:

1. Symptom beurteilbar oder untersuchbar (z. B. mutistische oder unkooperative Patientinnen und Patienten können nicht befragt werden).
2. Entscheidung sicher oder fraglich (z. B. bei Erkrankten, die nicht ausreichend Auskunft geben).
3. Symptom vorhanden oder nicht.
4. Quantifizierung in leicht, mittel, schwer.

Das Kriterium 4 steht im Gegensatz zu den meisten ICD-10- oder DSM-5-Diagnosen und ist besonders wichtig für den Behandlungseffekt.

Kernpunkte des AMDP-Systems sind 100 psychopathologische Basismerkmale, die seit dem Jahr 1979 nahezu unverändert sind, damit die Befunde vergleichbar bleiben. Der Nachteil dieser Vorgehensweise ist, dass Fortschritte in der psychiatrischen Diagnose und Klassifikation (z. B. bei Angsterkrankungen, ICD- oder DSM-Veränderungen) oder neuere diagnostische Konzepte nicht übernommen werden. Für jedes Merkmal gibt es eine präzise und exakte Definition, Erklärung, Beispiele, Anmerkungen zur Beurteilung und eine Differenzialdiagnose. Auch wenn kein formaler AMDP-Befund erhoben wird, kann das System damit als umfassendes psychopathologisches Glossar verwendet werden.

Wenn die Informationen von den Patientinnen und Patienten selbst stammen, wird das im AMDP-System mit S gekennzeichnet, so zum Beispiel für das Symptom 15 „gehemmt". Ansonsten wird von einer Fremdbeurteilung (F) ausgegangen, wie zum Beispiel beim Symptom 22 „ideenflüchtig". Es gibt auch Symptome, in denen beide Datenquellen relevant sind (SF), wie bei der Antriebsarmut (Symptom 80). Letztlich liegt die Bewertung und Gewichtung aber immer bei den Untersuchenden (**Abb. 3**).

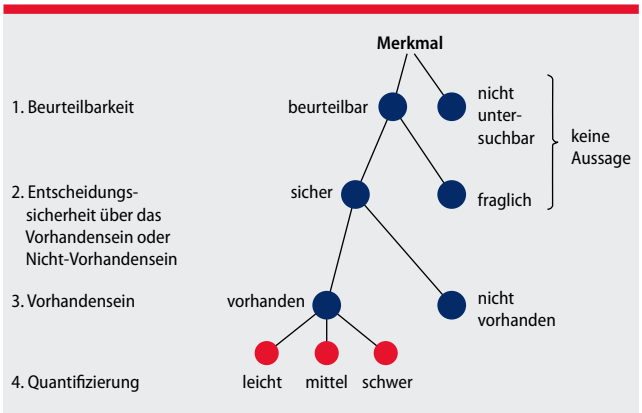


Abb. 2: Entscheidungslogik (mod. nach AMDP-System)

Hauptbestandteile

Die Hauptbestandteile des AMDP-Systems sind (Nummerierung)

- Bewusstsein (Minderung, Trübung, Einengung, Verschiebung, 1–4),
- Orientierung (zeitlich, örtlich, situativ, zur Person, 5–8),
- Aufmerksamkeit und Gedächtnis (Auffassung, Konzentration, Merkfähigkeit, Gedächtnis, Konfabulation, Paramnesie, 9–14),
- formale Denkstörungen (gehemmt, verlangsamt, umständlich, eingeengt, perseverierend, grübelnd, Gedankendrängen, ideenflüchtig, vorbeireden, gesperrt/Gedankenabreißen, inkohärent/zerfahren, Neologismen, 15–26),
- Befürchtungen und Zwänge (Misstrauen, Hypochondrie, Phobien, Zwangsgedanken, Zwangsimpulse, Zwangshandlungen, 27–32),
- Wahn (Stimmung, Wahrnehmung, Einfall, Gedanken, systematisierter Wahn, Dynamik, Beziehung, Beeinträchtigung/Verfolgung, Eifersucht, Schuld, Verarmung, Hypochondrisch, Größenwahn, andere Wahninhalte, 33–46),
- Sinnestäuschungen (Illusionen, Stimmenhören, andere akustische Halluzinationen, optisch, Körper, Geruch/Geschmack, 47–52),
- Ich-Störungen (Derealisation, Depersonalisation, Gedankenausbreitung, Gedankenentzug, Eingebung, anderes Fremdbeeinflussungserleben, 53–58),
- Affektstörungen (ratlos, gefühllos, affektarm, Störung der Vitalgefühle, deprimiert, hoffnungslos, ängstlich, euphorisch, dysphorisch, gereizt, unruhig, klagsam/jammerig, Insuffizienzgefühle, gesteigertes Selbstwertgefühl, Schuldgefühl, Verarmung, Ambivalenz, Parathymie, affektlabil, affektinkontinent, affektstarr, 59–79),
- Antrieb und Psychomotorik (antriebsarm, gehemmt, gesteigert, unruhig, Parakinesien, Manieriertheit, theatralisch, mutistisch, logorrhoisch, 80–88),
- zirkadiane Besonderheiten (morgens oder abends schlechter, abends besser, 89–91),
- andere Störungen einschließlich Suizidalität, Krankheitseinsicht (sozialer Rückzug, Umtriebigkeit, Aggressivität, Suizidalität, Selbstbeschädigung Mangel an Krankheitsgefühl oder -einsicht, Behandlungsablehnung, Pflegebedürftigkeit, 92–100)

Des Weiteren gibt es Reservemerkmale zur freien Ergänzung und einige Zusatzmerkmale mit klinischer Relevanz (Panikattacken, Beziehungsideen, desorganisierte Handlungen, überwertige Ideen usw.)

Der somatische Befund besteht aus folgenden Komponenten:

- Schlafstörungen (101–105),
- Appetenz- und sexuelle Störungen (106–109),
- gastrointestinale Störungen (110–116),
- kardiorespiratorische Störungen (117–120),
- andere vegetative Störungen (121–130),
- Konversionssymptome (131),
- EPS/neurologische Störungen (132–140).

Besonders wichtige klinische Syndrome und Syndromskalen wurden in größeren Stichproben validiert und sind beigefügt (hirnorganisches Psychosyndrom/Demenz, paranoid-halluzinatorisches Syndrom, Manie, Depression, Feindseligkeit, autonomes Syndrom, Apathie,Zwang).

Beispielsweise ist das manische Syndrom durch folgende AMDP-Symptome definiert:

22. Ideenflüchtigkeit
66. Euphorie
72. Gesteigertes Selbstwertgefühl
82. Antriebssteigerung
83. Motorische Unruhe
88. Logorrhö
93. Gesteigerte Sozialkontakte

Am Ende wird der Befund in einem vierseitigen Dokumentationsbogen festgehalten und bildet so ein authentisches Bild des beurteilten Erkrankten. Die Dauer der Befunderhebung beträgt 30 bis 45 Minuten, die Dokumentation können Geübte in we-

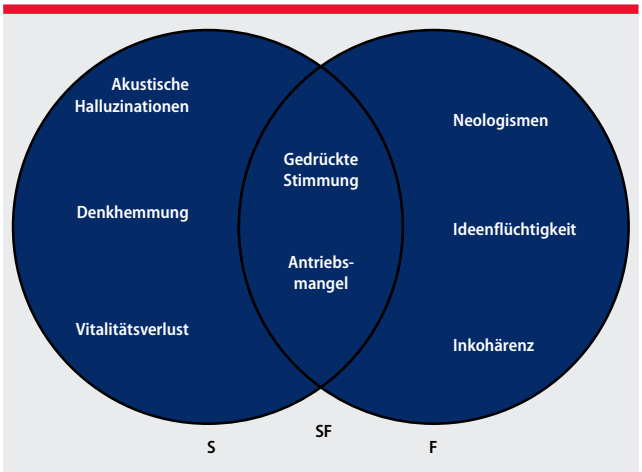


Abb. 3: Selbst- (S), Fremdbeurteilung (F) und Mischformen (SF) im AMDP

nigen Minuten erledigen. Neben der strukturierten Befunddokumentation erfolgt die Beschreibung des Befundes als schriftlicher Befund.

Beispiel für einen zusammengefassten Befund

Wach, voll orientiert. Aufmerksamkeit und Gedächtnis reduziert. Denkverlangsamung, Verfolgungsideen, akustische und fragliche visuelle Halluzinationen, die aber verneint werden. Patient ist verzweifelt (despair). Antrieb vermindert, sporadische Suizidgedanken, von denen sich in der Untersuchung distanziert wird. Von Kritikern wurde einerseits vorgebracht, dass der Zeitaufwand für die Befunderhebung zu hoch sei, andererseits, dass die Begrenzung auf 100 Symptome nicht ausreichend sei. Mehrheitlich wird jedoch davon ausgegangen, dass die Symptomauswahl einen guten Kompromiss darstellt.

Beispiele für Selbstbeurteilung, Fremdbeurteilung und Mischung aus beiden Informationsquellen

Im Folgenden werden einige Merkmale stellvertretend für das ganze System genauer dargestellt. Auf die Bewusstseins- und Orientierungsstörungen wird verzichtet, da deren Definition im Vergleich zu den restlichen Merkmalen eher einfach ist.

Aufmerksamkeit und Gedächtnis

Konzentrationsstörung (SF, Merkmal 10)

- **Definition:** Verminderte Fähigkeit, die Aufmerksamkeit einer Tätigkeit oder einem Thema ausdauernd zuzuwenden.
- **Erläuterung und Beispiel:** Zur Prüfung können Aufgaben, wie „von 81 immer 4 abziehen“ oder „die Monatsnamen rückwärts aufsagen“ verwendet werden. Dabei muss sichergestellt sein, dass die kranke Person zur Lösung einfacher Subtraktionsaufgaben oder zum Nennen der Monatsnamen in der richtigen Reihenfolge prinzipiell in der Lage ist. Konzentrationsstörungen zeigen sich in klinischen Prüfungen weniger durch die absolute Anzahl, sondern eher durch die Zunahme von Fehlern im Verlauf oder durch eine Verlangsamung und schließlich den Abbruch einer begonnenen Aufgabe.
- **Graduierung**
  - Leicht: Eine Störung der Konzentrationsfähigkeit wird berichtet und erscheint plausibel, wird im Gespräch jedoch nicht deutlich.
  - Schwer: Das Gespräch wird durch Konzentrationsstörung deutlich erschwert.
- **Abzugrenzende Merkmale:** Auffassungsstörung (9), Eingeengt (18), Merkfähigkeitsstörung (11), Gedächtnisstörung (12)

Denkstörung

Ein typisches Beispiel für eine Selbstbeurteilung (S) ist die formale Denkstörung vom gehemmten Typus (Merkmal 15).

- **Definition:** Das Denken wird von der Patientin oder dem Patienten subjektiv als gebremst oder blockiert (wie gegen einen inneren Widerstand) empfunden.
- **Erläuterung und Beispiel:** Die Patientin oder der Patient kann die Hemmung des Denkablaufs nur mit Mühe überwinden. Denkhemmung kann sich bis zu dem subjektiven Erleben ausweiten, überhaupt nicht mehr denken zu können.
- **Graduierung**
  - Leicht: Die Patientin oder der Patient fühlt sich durch die Denkhemmung nur geringfügig beeinträchtigt. Den üblichen Aufgaben kann aber nachgekommen werden.
  - Schwer: Die Patientin oder der Patient ist nahezu vollständig gehemmt. Es wird berichtet, dass die Worte nur äußerst mühsam über die Lippen kommen. Oder die Hemmung des Denkablaufs führt zu einer deutlichen subjektiven Beeinträchtigung der Funktionen beziehungsweise ist quälend.
- **Abzugrenzende Merkmale:** Verlangsamtes Denken (Merkmal 16), Grübeln (20).

Denkstörung Ideenflüchtigkeit (F, Merkmal 22)

- **Definition:** Vermehrung von Einfällen, die aber nicht mehr von einer Zielvorstellung straff geführt werden. Das Ziel des Denkens kann aufgrund von Assoziationen häufig wechseln oder verloren gehen.
- **Erläuterungen und Beispiele:** Die ideenflüchtige Person gerät vom Hundersten ins Tausendste und führt einen Gedanken oft nicht zu Ende, weil das Denken ständig von dazwischenkommenden Einfällen abgelenkt wird. Die Ablenkung vom stringenten Gedankengang kann auf äußere Einflüsse (z. B. Geräusche) oder auf gedanklichen Assoziationen beruhen. Das Denken muss dabei nicht beschleunigt sein.
- **Hinweise zur Graduierung**
  - Leicht: Die Exploration wird trotz Ideenflucht nicht behindert.
  - Schwer: Immer wieder springt die Patientin oder der Patient von Thema zu Thema. Gesprächsbeteiligte können dem Gedankengang folgen, jedoch ist der Gang der Exploration deutlich erschwert.
- **Abzugrenzenden Merkmale:** Umständlich (17), Inkohährent/zerfahren, Logorrhoisch (88).

Affektstörungen

Das Merkmal 63 „deprimiert“ ist ein wichtiges Merkmal für eine gemischte Selbst- und Fremdbeurteilung (SF). Dies ist auch

klinisch wichtig, wenn zum Beispiel eine Indikation für eine stationäre Aufnahme gestellt oder die Diagnose einer schweren depressiven Episode überprüft werden soll.

- **Definition:** Negativ getönte Befindlichkeit (niedergedrückt, niedergeschlagen).
- **Erläuterungen und Beispiele:** Hier wird ein breites Spektrum von Gefühlen abgebildet, das von der Formulierung „ich bin traurig" über die Beschreibung einer Stimmung des Unbehagens, der Niedergeschlagenheit, Sorge, Gram oder Hilflosigkeit bis hin zur Angabe einer „entsetzlichen, unbeschreiblichen inneren Qual" reichen kann. Dabei kann der Ausdruck deprimierter Stimmung von sichtbarer Niedergeschlagenheit mit Weinen und heftiger Bewegtheit bis zur völligen Erstarrung im Schmerz gehen.
- **Graduierung**
  - Leicht: Die Patientin oder der Patient gibt an, verändert zu sein, obwohl an seinem Verhalten (Aktivität, Sprechen, Mimik, Gestik) nur wenig auf Deprimiertheit hindeutet.
  - Schwer: Auch aufgrund Körperhaltung, Bewegung, Mimik, Gestik ist die Verfassung der erkrankten Person offensichtlich.
- **Abzugrenzende Merkmale:** affektarm (61), affektstarr (79).

Antrieb und Psychomotorik

Eine Antriebsstörung oder Antriebsarmut (Merkmal 80) ist ein wichtiges Symptom bei der Depression. Sie wird sowohl von den Betroffenen beschrieben, aber auch von Angehörigen oder auf der Station durch das Personal. Sie gehört damit zu den typischen Merkmalen mit Selbst und Fremdbeurteilung (SF).

- **Definition:** Mangel an Energie, Initiative und Interesse.
- **Erläuterung und Beispiele:** Die Störung wird von der betroffenen Person berichtet oder ist dem Untersuchenden erkennbar, etwa an der spärlichen spontanen Motorik oder der mangelnden Initiative im Gespräch. Die Patientin erzählt, das bisher ausgeübte Hobbys vernachlässigt werden („Ich mache in letzter Zeit viel weniger als früher") oder ein Patient sitzt lang vor dem Fernseher und ist nur schwer zu anderen Aktivitäten anzuregen.
- **Graduierung**
  - Leicht: Schwung und Initiative sind vermindert, beeinträchtigen Alltagsfunktion aber nicht.
  - Schwer: Anregungen von außen erreichen die Patientin oder den Patienten kaum oder nicht mehr. Alltagsfunktionen sind deutlich beeinträchtigt. Hier wird auch Stupor markiert.
- **Abzugrenzende Merkmale:** Antriebsgehemmt (81), Mutistisch (87), sozialer Rückzug (92).

Fazit für die Praxis

Das AMDP-System entwickelte sich in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts im deutschsprachigen Raum im Zug der Psychopharmakologie, der Methodenentwicklung klinischer Studien und von Fortschritten der standardisierten Psychometrie.

Es stellt einen gelungenen Kompromiss zwischen einem umfassenden psychopathologischen Befund und einer Operationalisierung dar. Es folgt einer klaren Entscheidungslogik und umfasst Aspekte der Selbst- und Fremdbeurteilung und Mischformen.

Während früher die Hoffnung bestand, damit die Effekte von Psychopharmaka besser standardisiert einschätzen zu können, besteht heute der Hauptnutzen des Systems in der Ausbildung und guten Schulung in der Psychopathologie.

Literatur

1. https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kodesuche/htmlgm²022/block-f20-f29.htm) Zugriff am 2.6.2022
2. Stieglitz RD, Haug A, Fähndrich E et al. Comprehensive Psychopathological Assessment Based on the Association for Methodology in Psychiatry (AMDP) System: Development, Methodological Foundation, Application in Clinical Routine, and Research. Frontiers in Psychiatry. 2017; 8:1-12
3. https://www.amdp.de/wp-content/uploads/The-AMDP-System.pdf, Zugriff am 18.6.2022
4. Das AMDP-System: Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde Broschiert Hogrefe Verlag (2018)
5. Voderholzer, Weih et al. Lehre im Fach Psychiatrie und Psychotherapie: Ein Handbuch. Kohlhammer-Verlag (2007)

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass sie sich bei der Erstellung des Beitrages von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließen. Sie legen folgende potenzielle Interessenkonflikte offen: B. Kiss ist Vorstandsmitglied des AMDP 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

Prof. Dr. med. Markus Weih

BVDN Bayern, Mitglied des Vorstands
Medic Center Neurologie & Psychiatrie Schweinauer
Hauptstraße 43
90441 Nürnberg

m.weih@mediccenter.net

PD Dr. med. Berend Malchow

Vorstandsmitglied der AMDP e. V.
Geschäftsführender Oberarzt
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsmedizin Göttingen
Von-Siebold-Straße 5, 37075 Göttingen

berend.malchow@med.uni-goettingen.de

PD Dr. med. Bernhard Kis

Vorstandsmitglied der AMDP e. V.
Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
St. Elisabeth-Krankenhaus Niederwenigern
Contilia Gruppe
Essener Straße 31, 45529 Hattingen

b.kis@contilia.de

Das AMDP-System – von der Forschung zum Standard

FIN gültig bis 1.11.2022:
NT221N2G

Teilnehmen und Punkte sammeln können Sie

- als e.Med-Abonnent*in von SpringerMedizin.de
- als registrierte*r Abonnent*in dieser Fachzeitschrift
- als Berufsverbandsmitglied (BVDN, BDN, BVDP)
- zeitlich begrenzt unter Verwendung der abgedruckten FIN.

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

Was trifft auf die Geschichte des AMDP-Systems zu?
- ○ Ist abgeleitet aus dem amerikanischen System.
- ○ Gehört zu den Aufgaben eines medizinischen Dokumentars.
- ○ Ist eine Dokumentationssystem von Bleuler und Schneider.
- ○ Ist ein Standard-PC-System in der Psychiatrie.
- ○ Ist ein standardisierter Psychopathologischer Befund.

Was trifft für das AMDP-System *nicht* zu?
- ○ Ist Grundlage für Medikamentenzulassung.
- ○ Ist geprägt durch europäische Psychiater.
- ○ Ist ein methodischer Fortschritt.
- ○ Ermöglicht einheitliche Dokumentation.
- ○ Befund kann kurz zusammengefasst werden.

Wie ist das AMDP-System aufgebaut?
- ○ Haupt- und Nebenkriterien
- ○ Soziodemografie, Entscheidungslogik, 100 Basismerkmale, somatischer Befund
- ○ Ein- und Ausschlusskriterien
- ○ Analog zum ICF-11
- ○ Deutsches Pendant der Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

Ein 35-jähriger Patient wird wegen Depressionen aufgenommen. Er fühlt sich tief deprimiert, traurig und hoffnungslos. Auf die Frage nach Suizidalität wirkt er ausweichend. Was trifft in dem Fall auf die Entscheidungslogik des AMDP-Systems zu?
- ○ Bewusstseinslage ist nicht beurteilbar.
- ○ Der Patient ist nicht untersuchbar.
- ○ Die Entscheidungssicherheit zur Suizidalität ist fraglich.
- ○ Affektive Symptome sind nicht vorhanden.
- ○ In dem Fall ist das AMDP-System nicht anwendbar.

Wofür steht im AMDP-System „SF"?
- ○ Sexuelle Funktionsstörung
- ○ Von Erkrankten selbst beurteilte Funktionseinschränkung
- ○ Nur Selbstbeurteilung
- ○ Selbst- und Fremdbeurteilung relevant
- ○ Nur Fremdbeurteilung

Welches Merkmal gehört zur Fremdbeurteilung?
- ○ Ideenflüchtigkeit
- ○ Gedrückte Stimmung
- ○ Antriebsarmut
- ○ Denkhemmung
- ○ Stimmenhören

Was ist *kein* Bestandteil der AMDP-Dokumentation?
- ○ Orientierung
- ○ Denkstörungen
- ○ Panikstörung mit/ohne Agoraphobie
- ○ Affektstörung
- ○ Suizidalität

Was gehört auch noch zum AMDP-System?
- ○ Smartphone-APP
- ○ Videotrainingskurs
- ○ Positive und Negative Symptomskala (PANSS)
- ○ Somatischer Befund, Zusatzmerkmale
- ○ Global Assessment of Functioning (GAF)

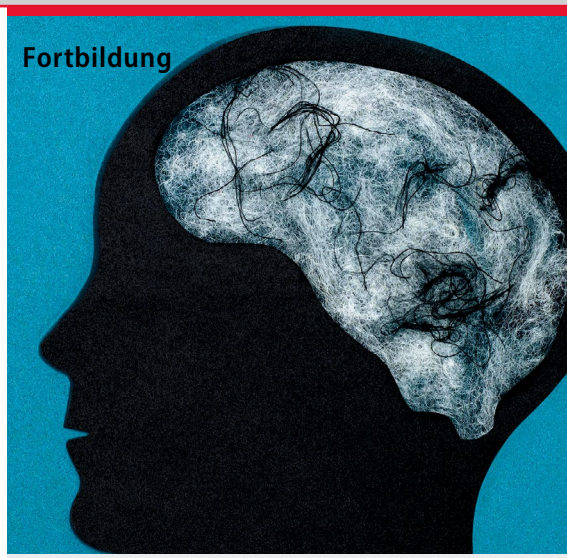
Eine 78-jährige Frau ist wach, zeitlich und örtlich schwer desorientiert, hat leichte Auffassungsstörungen, das Denken ist verlangsamt, keine Suizidgedanken. Welche Aussage trifft auf den Befund zu?
- ○ Der Befund ist schlecht erhoben.
- ○ Ein AMDP-Bogen kann so zusammengefasst werden.
- ○ Der Befund ist zu ausführlich.
- ○ Der Befund enthält keine Fremdbeurteilung.
- ○ Der Befund ist mit dem AMDP-System unvereinbar.

Was trifft allgemein auf das AMDP-System zu?
- ○ Es ist nur noch historisch von Bedeutung.
- ○ Was fehlt, ist ein ausführliches Glossar.
- ○ Es ersetzt psychiatrische Diagnostik.
- ○ Der Befund kann nicht zusammengefasst werden, ist also immer zu lang.
- ○ Es kann gut in der Aus- und Fortbildung eingesetzt werden.

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

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

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



Psychiatrische Kasuistik

Organische wahnhafte Störung bei Schlaganfall

Aktuelle Anamnese

Die stationäre Aufnahme des 75-jährigen Patienten erfolgte nach Vorstellung in unserer Notaufnahme in Begleitung seiner Familie. Er berichtete, er habe seit einigen Tagen starke Ängste entwickelt, dass seine Ehefrau an einer Parkinson-Erkrankung leide oder er von Unbekannten verfolgt und bestohlen werde. Darüber hinaus schilderte er, den Russland-Ukraine-Krieg stark auf sich zu beziehen. Symptome wie beispielsweise Halluzinationen oder Ich-Störungen wurden von dem Patienten verneint.

Vor einigen Wochen habe der Patient bereits unter ähnlichen Symptomen gelitten, was zu einer Zwangseinweisung und stationären psychiatrischen Behandlung geführt hatte. Damals wurde bei unauffälliger kranialer Computertomografie (cCT), kranialer Magnetresonanztomografie (cMRT) und Lumbalpunktion (LP) die Diagnose „Akute polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie“ (ICD-10: F23.0) gestellt. Es wurde eine antipsychotische Medikation mit Risperidon begonnen. Hierunter kam es rasch zu einer Remission, jedoch habe er Risperidon im weiteren Verlauf selbstständig wieder abgesetzt. Seit wenigen Tagen erlebe er nun erneut wahnhafte Symptome.

Psychiatrische Anamnese

Mit Ausnahme der wahnhaften Symptomatik der letzten Wochen und der daraus resultierenden Zwangseinweisung und psychiatrischen Behandlung sei der Patient bisher nie psychiatrisch auffällig gewesen.

Substanzanamnese

Er trinke Alkohol in moderaten Mengen zu gesellschaftlichen Anlässen. Darüber hinaus verneinte er jeglichen weiteren Substanzkonsum.

Psychopharmakologische Anamnese

Der Patient gab an, vor den Ereignissen der letzten Wochen bisher nie Psychopharmaka eingenommen zu haben. Das vor einigen Wochen begonnene Risperidon habe er vor kurzem selbstständig abgesetzt, nehme dies aber seit einigen Tagen wieder ein – aktuell in einer Dosis von 0,5 mg pro Tag.

Familienanamnese

In der Familie des Patienten seien keine psychiatrischen Vorerkrankungen bekannt.

Soziobiografische Anamnese

Der Patient berichtete, früher als Lehrer gearbeitet zu haben und seit dem 65. Lebensjahr regulär berentet zu sein. Er sei verheiratet und wohne mit seiner Ehefrau selbstversorgend in einer Wohnung.

Somatische Anamnese

Er erwähnte, an einer Hypercholesterinämie zu leiden, die durch diätetische Maßnahmen kontrolliert sei. Darüber hinaus verneinte er internistische oder neurologische Vorerkrankungen.

Psychopathologischer Befund bei Aufnahme

Zum Zeitpunkt der Aufnahme war der Patient wach, bewusstseinsklar und zu allen Qualitäten voll orientiert. Im Kontaktverhalten wirkte er schüchtern und unsicher, das Erscheinungsbild war gepflegt. Das Kurz- und das Langzeitgedächtnis waren unbeeinträchtigt. Die Auffassung war intakt, das formale Denken eingeengt. Es zeigte sich kein Anhalt für Halluzinationen, jedoch berichtete er von ausgeprägtem Verfolgungs- und Beeinträchtigungserleben (die Nachbarschaft würde versuchen, in seine Wohnung einzudringen und ihn auszurauben; der Russland-Ukraine-Krieg sei

© 13-Smile / Getty Images / iStock

Testen Sie Ihr Wissen!

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

Die Kasuistiken der letzten Ausgaben

NT 9/2022
Ein Anfall mit Hirnläsion

NT 7-8/2022
Vertrauen ist gut, Kontrolle besser

NT 6/2022
„Mein Mann hat ein Anspannungsproblem“

NT 5/2022
Hautveränderungen unter Glatirameracetat

NT 4/2022
Wenn die Sprache langsam schwindet

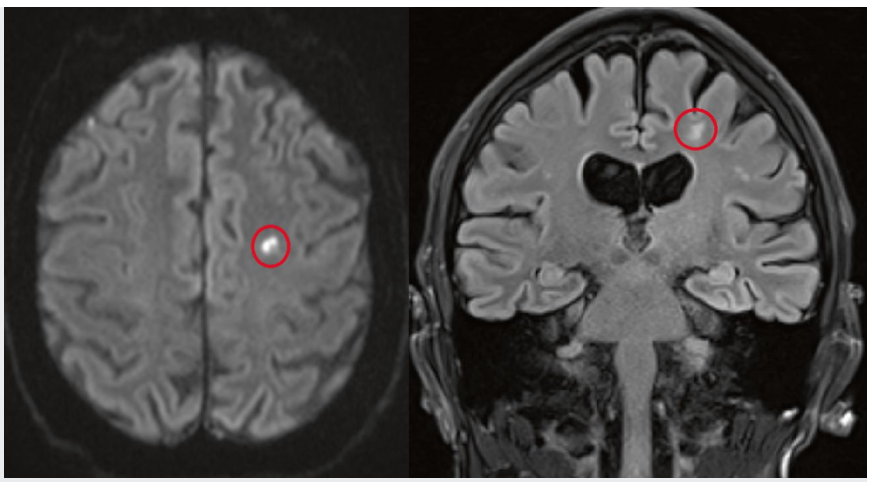
NT 3/2022
Tinnitus kann alles oder nichts sein

NT 1–2/2022
PTBS in postpartaler Phase

NT 12/2021
Augenlid behindert die Sicht: Was steckt dahinter?

NT 11/2021
Depression bei Parkinson

Das Online-Archiv unter
https://www.springermedizin.de/link/16383722



© Charité – Universitätsmedizin Berlin

Abb. 1: cMRT-Untersuchung

© Charité – Universitätsmedizin Berlin

Abb. 2: cMRT/MR-A- und cCT-A-Untersuchung; A) Darstellung der intrakraniellen hirnversorgenden Arterien mittels cMRT/MR-A. Es fehlt das Flussignal der linken subbasalen ACI, erst ab dem petrösen Segment ist die linke ACI mit filiformem Signal und im weiteren mit im Seitenvergleich deutlich reduziertem Kaliber zu erkennen. B) In der cCT-A bestätigt sich der Verschluss der linken ACI (schwarzer Pfeil), zudem zeigt sich eine hochgradige Stenose der rechten ACI knapp oberhalb der Karotisbifurkation (weißer Pfeil).

durch ihn mitverursacht worden) sowie von starken Ängsten, dass seine Ehefrau an einer Parkinson-Erkrankung leiden könnte. Es fand sich kein Anhalt für Ich-Störungen. Die Stimmung wirkte subjektiv sowie objektiv gedrückt, zudem zeigte sich eine reduzierte affektive Schwingungsfähigkeit. Der Antrieb war ebenso reduziert und er gab eine ausgeprägte Anhedonie an. Psychomotorisch wirkte er ruhig und verneinte Phobien und Zwänge. Es gab keine Hinweise auf Suizidalität oder andere Gefährdungsmomente.

Internistisch-neurologischer Untersuchungsbefund

In der internistischen Untersuchung zeigte der Patient einen guten Allgemein- und normalen Ernährungszustand mit einem altersentsprechenden Normalbefund. Die neurologische Untersuchung blieb ohne Anzeichen eines fokal-neurologischen Defizits.

Labordiagnostik

Die durchgeführte Labordiagnostik brachte eine leichte normozytäre, normochrome Anämie (Hb = 12,1 g/dl [Ref: 12,5–17,2 g/dl]) ans Licht. Darüber hinaus wurden Normwerte im Differenzialblutbild, in der klinischen Chemie und im Gerinnungs- und Vitaminstatus sowie in der Urinuntersuchung, einschließlich des toxikologischen Screenings, festgestellt.

Elektrokardiogramm bei Aufnahme

Im Elektrokardiogramm waren ein Sinusrhythmus mit einer Herzfrequenz von 72 pro Minute, ein Indifferenz-Typ und ein unvollständiger Rechtsschenkelblock zu sehen. Es zeigten sich keine relevanten Erregungsrückbildungsstörungen, die QTc-Zeit und alle sonstigen Zeiten waren in der Norm.

Liquordiagnostik

Die Liquordiagnostik erbrachte eine unauffällige Zellzahl sowie Normwerte für Protein und Glucose. Darüber hinaus gab es keinen Anhalt für ein autoimmunologisches oder infektiöses Geschehen. Einzig auffällig waren ein leicht erhöhtes Gesamt-Tau-Protein (426 pg/ml [Ref: < 420 pg/ml]) bei normwertigem Phospho-Tau sowie ein leicht erniedrigtes Beta-Amyloid 1-42 (590 pg/ml [Ref: > 599 pg/ml]).

Bildgebende Diagnostik

cMRT-Untersuchung mit Angiografie

In der cMRT-Untersuchung mit Angiografie (cMRT/MR-A) war eine altersentsprechende Hirnvolumenminderung mit konsekutiver symmetrischer Erweiterung des Ventrikelsystems zu erkennen. Darüber hinaus fanden sich beidseitig mehrere, zum Teil frische kleine Infarkte unterschiedlichen Alters in den Grenzzonen zwischen den A. cerebri media- beziehungsweise A. cerebri anterior-Territorien, die größte Läsion dabei linksseitig (**Abb. 1**). In der MR-A zeigte sich ein Fehlen des Flusssignals in der linken proximalen A. carotis interna (ACI) mit Restitution des dann deutlich

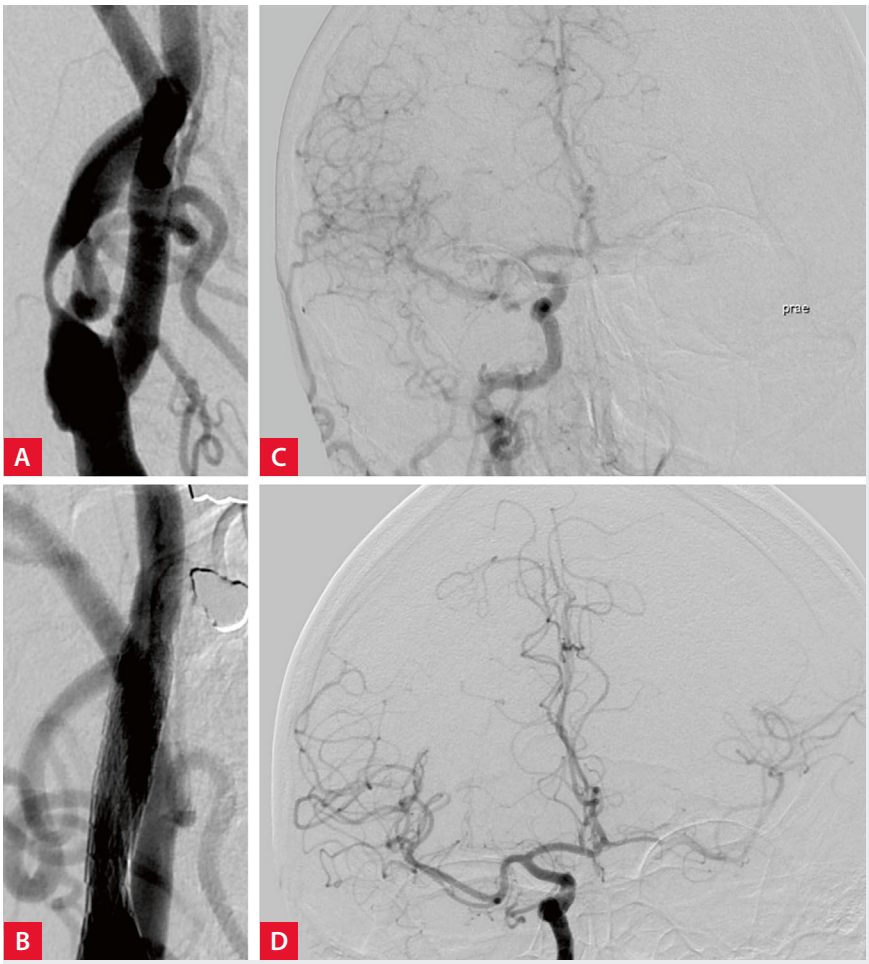
kaliberreduzierten Gefäßes über Kollateralen ab dem petrösen Segment (**Abb. 2a**).

cCT-Untersuchung mit Angiografie

In der cCT-Untersuchung mit Angiografie (cCT-A) fand sich korrespondierend zur MR-A ein Abgangsverschluss der linken ACI bei ausgeprägten, zum Teil verkalkten Plaques. Die rechtsseitige ACI zeigte eine hochgradige abgangsnahe Stenose (ca. 90 % entsprechend dem North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial, NASCET). Diese Befunde sind in der coronaren Rekonstruktion der cCT-A gut zu erkennen (**Abb. 2b**).

Therapie und Verlauf

Der Patient wurde zur Diagnostik und Therapie eines wahnhaften Syndroms aufgenommen. Die internistisch-neurologische Untersuchung ergab unauffällige Befunde. Ebenso zeigten sich keine Auffälligkeiten in den aktuellen Labor- sowie in den vor einigen Wochen zuvor vorgenommenen cCT-, cMRT- und LP-Untersuchungen. In der Zusammenschau der Befunde diskutierten wir eine psychotische Störung und erhöhten die vor einigen Tagen erneut begonnene Medikation mit Risperidon auf eine Dosis von 2 mg pro Tag. Zudem erfolgte die Eindosierung von Lorazepam 0,5 mg pro Tag. Unter allgemeiner Reizabschirmung und der medikamentösen Behandlung kam es zu einer leichten Besserung der zur Aufnahme führenden wahnhaften Symptomatik. Bei letztendlich unklarer Ätiologie veranlassten wir weitere Untersuchungen. Während sich in der Liquordiagnostik kein Hinweis auf ein neurodegeneratives, infektiöses oder autoimmunologisches Geschehen zeigte, stellten sich in den durchgeführten MR-A- und cCT-A-Untersuchungen eine hochgradige (ca. 90%ige gemäß NASCET-Kriterien) abgangsnahe Stenose der rechten ACI und ein vollständiger Verschluss der linken ACI dar, was sich im Weiteren auch duplexsonografisch bestätigte. Zudem zeigten sich mehrzeitige ischämische Läsionen in den Grenzzonen der beiden Großhirnhemisphären. In der klinisch-neurologischen Untersuchung wurde dabei kein objektivierbares fokal-neurologisches Defizit festgestellt. Unmittelbar nach der Entdeckung der Schlaganfälle wurde der Patient auf die Stroke Unit unseres Campus verlegt und eine duale Thrombozytenaggregationshemmung mit ASS 100 mg pro Tag und Clopidogrel 75 mg pro Tag begonnen sowie eine Therapie mit Atorvastatin 80 mg pro Tag.



© Charité – Universitätsmedizin Berlin

Abb. 3: Angiografische Darstellung der rechten Karotisbifurkation mit hochgradiger Stenose vor (A) und nahezu vollständiger Resolution der Stenose nach Stentimplantation (B). Angiographische Kontrolldarstellungen (Kontrastmittelinjektion jeweils in die rechte ACC) vor (C) und nach Stentimplantation (D). Nach Stentimplantation deutlich bessere zerebrale Perfusion mit augmentiertem Cross-Flow nach links (bei chronischem ACI-Verschluss links).

Neuroradiologische Mitbehandlung

Nach interdisziplinärer Falldiskussion unter Einbeziehung der Neurologie und Neuroradiologie erfolgte bei akuten mehrzeitigen ischämischen Schlaganfällen im Versorgungsgebiet der MCA beidseits bei ACI-Verschluss links und hochgradiger ACI-Stenose rechts eine neuroradiologisch-interventionelle Revaskularisation mit Stentimplantation in die rechte ACI. Unmittelbar nach der Stentfreisetzung zeigte sich angiografisch eine Verbesserung der zerebralen Perfusion mit Augmentierung des Cross-flows in die linke vordere Zirkulation (**Abb. 3**). Klinisch kam es prompt zu einer weiteren deutlichen Besserung der wahnhaften Symptomatik. Nach Abschluss der neurologischen Behandlung kam der Patient zurück in unsere psychiatrische Klinik.

Weiterführende Behandlung

Nach Rückverlegung in unsere Klinik zeigte der Patient einen durchweg unauf-

fälligen psychopathologischen Befund. Er konnte sich von den zuvor berichteten wahnhaften Symptomen vollständig distanzieren. Aufgrund des fraglichen zeitlichen Zusammenhangs zwischen dem Beginn der wahnhaften Symptomatik und der neu diagnostizierten Schlaganfälle im Versorgungsgebiet der MCA beidseits bei ACI-Verschluss links und hochgradiger ACI-Stenose rechts diskutierten wir die Diagnose „Organische wahnhafte Störung" (ICD-10: F06.2). Vor dem Hintergrund des in der Literatur beschriebenen möglichen Risikos für neurovaskuläre Ereignisse im Rahmen von antipsychotischen Behandlungen entschieden wir uns, die bisher durchgeführte Medikation mit Risperidon auszuschleichen. Die Risperidon-Reduktion erfolgte über insgesamt zwei Wochen und gestaltete sich unkompliziert. Dabei kam es bei dem Patienten zu keinem Wiederauftreten wahnhafter Symptome und er konnte symptom- und beschwerdefrei in die ambulante Weiterbehandlung entlassen werden. Mehrere Wochen nach der Entlassung erhielten wir eine Postkarte von dem Patienten mit der Nachricht, dass es ihm weiterhin gut gehe.

Diskussion

Die vorliegende Kasuistik beschreibt eine organische wahnhafte Störung, die im fraglichen zeitlichen Zusammenhang mit mehreren beidseitigen ischämischen MCA-Infarkten auftrat und nach vorübergehender antipsychotischer sowie neurologisch-interventioneller Behandlung rasch und vollständig remittierte. Vor dem Hintergrund der aktuellen radiologischen Befunde reevaluierten wir die im Vorfeld diskutierte Diagnose „Akute polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie" (ICD-10: F23.0) hin zur Diagnose „Organische wahnhafte Störung" (ICD-10: F06.2; **Tab. 1**). Interessanterweise präsentierte der Patient schon während seines ersten Krankenhausaufenthalts wahnhafte Symptome, wobei die damals durchgeführte cMRT-Untersuchung keine Ischämien zeigte. Folglich vermuteten wir, dass die ACI-Stenosen zu diesem früheren Zeitpunkt bereits in klinisch relevanter Ausprägung vorlagen, aber noch keine im cMRT nachweisbaren Infarkte verursachten.

Tab. 1: ICD-10 Kriterien der organischen wahnhaften Störung

Organische wahnhafte [schizophreniforme] Störung (ICD-10: F06.2)
Allgemeine Kriterien für F06 müssen erfüllt sein (objektiver Nachweis einer ZNS-Funktionsstörung; wahrscheinlicher Zusammenhang; Rückbildung nach Besserung der vermutlich zugrunde liegenden Krankheit).
Das klinische Bild wird durch Wahnideen bestimmt (Verfolgungswahn, Wahn körperlicher Veränderung, Krankheits-, Todes- oder Eifersuchtswahn), die einen unterschiedlichen Grad an Systematisierung aufweisen.
Das Bewusstsein ist klar und das Gedächtnis ist intakt.

Organische wahnhafte Störungen sind allgemein definiert als Wahnsymptome, die ursächlich mit einer primären oder sekundären Hirnerkrankung oder mit toxischen oder metabolischen Grunderkrankungen in Zusammenhang stehen. Einem systematischen Review zufolge treten Wahnsymptome bei etwa 5 % der Betroffenen nach Schlaganfällen auf [1]. Die zugrunde liegenden Pathomechanismen der wahnhaften Symptome bei Schlaganfällen sind bisher ungeklärt, vermutet werden jedoch Läsionen des rechten lateralen präfrontalen Kortex, oder Läsionen mit entsprechender Verbindung zu diesem Areal [2]. Darüber hinaus gibt es vereinzelt Hinweise, dass Wahnsymptome möglicherweise häufiger bei rechtshemisphäriellen Hirnläsionen auftreten [2, 3].

Im Zusammenhang mit organischen wahnhaften Störungen sind verschiedene Syndrome beschrieben, wie etwa das Capgras-Syndrom (bei dem die wahnhafte Überzeugung besteht, dass nahestehende Personen ausgetauscht wurden) oder das Cotard-Syndrom (bei dem Betroffene die eigene Existenz anzweifeln) [4]. Darüber hinaus ist auch eine besondere Form des Eifersuchtswahns im Rahmen des Othello-Syndroms bei organischen wahnhaften Störungen beschrieben [5]. Zusammenfassend konnten wir jedoch keines dieser spezifischen Wahnsyndrome bei unserem Patienten beobachten.

Aktuell fehlen einheitliche Empfehlungen zur medikamentösen Behandlung von organischen wahnhaften Störungen, sodass klinische Therapieentscheidungen bei Betroffenen individuell getroffen werden müssen. In der Literatur sind mehrere Fallberichte von Menschen mit wahnhaften Symptomen bei Schlaganfällen beschrieben, die mit Antipsychotika behandelt wurden, zum Beispiel der Fall einer Patientin, die bei wahnhaften Symptomen nach Schlaganfall unter Quetiapin eine Remission erreichte und bei der die Remission nach Medikamentenreduktion anhielt [6]. Andererseits ist ein Fall eines Patienten dargestellt, der mit wahnhaften Symptomen nach Schlaganfall unter Risperidon eine Remission erlangte und bei dem nach Absetzen von Risperidon erneut wahnhafte Symptome auftraten, sodass ein Wiederansetzen der antipsychotischen Behandlung notwendig wurde [7]. Zuletzt sind zwei weitere Fälle von Patienten mit wahnhaften (und anderen psychotischen) Symptomen nach Schlaganfall beschrieben, die nicht auf herkömmliche antipsychotische Behandlungen ansprachen [8, 9].

Zusammengefasst sollte das primäre Behandlungsziel bei der organischen wahnhaften Störung die Behebung beziehungsweise Behandlung der zugrunde liegenden medizinischen Ursache sowie die Reduktion der wahnhaften Symptomatik (durch z. B. eine sedierende und/oder antipsychotische Medikation) sein. Wie lange eine psychopharmakologische Behandlung nach erfolgreicher Remission fortgeführt werden sollte, ist individuell zu entscheiden. Im Falle unseres Patienten entschieden wir uns dafür, Risperidon vor dem Hintergrund des möglichen neurovaskulären Risikoprofils von Antipsychotika [10] rund zwei Wochen nach erreichter Remission wieder zu reduzieren und abzusetzen.

Fragen und Lösungen

Frage 1

Ab welcher Konstellation sollte eine invasive (operative oder interventionelle) Behandlung einer ACI-Stenose zumindest erwogen werden?

a. Jede Stenose mit beliebigem Grad
b. Jede symptomatische Stenose und asymptomatische Stenosen sollten konservativ behandelt werden.
c. Jede symptomatische Stenose sowie asymptomatische Stenosen ≥ 90 %
d. Jede symptomatische Stenose (ab 50 %) sowie asymptomatische Stenosen ≥ 60 %
e. Stenosen der ACI sollten immer konservativ behandelt werden.

Lösung

Antwort d ist die gesuchte Antwort. Laut aktueller Leitlinie sollen symptomatische Stenosen ab 70 % Stenosegrad operativ oder interventionell behandelt werden, Stenosen ab 50 %, sofern kein erhöhtes OP-Risiko vorliegt. Bei asymptomatischen Stenosen ab 60 % und normalem OP-Risiko sollte eine invasive Behandlung erwogen werden, wenn klinische oder bildgebende Befunde ein erhöhtes Schlaganfallrisiko nahelegen. Neben der offenen Operation kommt in vielen Fällen auch eine minimalinvasive endovaskuläre Behandlung mittels Stent in Betracht. Die konservative Therapie von Carotisstenosen beinhaltet neben Nikotinverzicht und Empfehlungen zu körperlicher Aktivität und gesunder Ernährung die Einnahme eines Statins sowie gegebenenfalls einer Thrombozytenaggregationshemmung (i. e. L. mit ASS).

Frage 2

Welcher Befund gehört zu den Diagnosekriterien einer organischen wahnhaften Störung nach ICD-10?

a. Positive Anamnese für Rauschmittelkonsum
b. Bewusstseinsstörung
c. Akustische Halluzinationen
d. Sprachstörung
e. Objektiver Nachweis einer ZNS-Funktionsstörung

Lösung

Antwort e ist die gesuchte Lösung. Der Nachweis einer ZNS-Funktionsstörung ist nach ICD-10-Kriterien obligat für die Diagnosestellung einer organischen wahnhaften Störung. Dieser muss verbunden sein mit einem Rückgang der wahnhaften Symptomatik nach Behandlung der zugrunde liegenden Erkrankung. Der Ursprung der ZNS-Funktionsstörung muss nicht zwingend im ZNS liegen (wie z. B. beim Hirntumor oder Schlaganfall), sondern kann beispielsweise auch Folge einer metabolischen Störung oder eines toxischen Einflusses sein.

Frage 3

Wie ist der Wirkmechanismus von Risperidon am ehesten zu beschreiben?

a. Serotonin- und Dopaminantagonismus
b. Reiner Dopaminagonismus
c. Noradrenalinagonismus
d. Opioid-Rezeptorantagonismus
e. Glutamaterger NMDA-Antagonismus

Lösung

Antwort a ist korrekt. Risperidon bindet an serotonerge 5-HT_2- und dopaminerge D_2-Rezeptoren und blockiert damit die Wirkung von Dopamin und Serotonin im Gehirn. Nervosität und innere Unruhe werden gemindert sowie andere Symptome, etwa Halluzinationen/Wahnvorstellungen, Erregung, Aggressivität und bestimmte Reflexe, abgeschwächt. Die Affinität zum serotonergen Rezeptor ist größer als die zum dopaminergen Rezeptor. Es wird vermutet, dass Risperidon deshalb weniger extrapyramidale-motorische Symptome verursacht als andere Antipsychotika. Auch löst sich der Wirkstoff schneller als andere Antipsychotika wieder vom Rezeptor und unterbricht die Blockade, was wohl ein weiterer Grund ist, warum Risperidon weniger unerwünschte Wirkungen hat. Zusätzlich besteht eine leichte Affinität zu anderen Rezeptoren wie alpha-1- und alpha-2-adrenergen sowie H_1-histaminergen Rezeptoren. Welche Auswirkungen diese Affinität hat, ist noch unklar.

Referenzen

1. Stangeland H, Orgeta V, Bell V. Poststroke psychosis: a systematic review. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2018;89(8):879-85
2. Joyce EM. Organic psychosis: The pathobiology and treatment of delusions. CNS Neurosci Ther. 2018;24(7):598-603
3. Gurin L, Blum S. Delusions and the Right Hemisphere: A Review of the Case for the Right Hemisphere as a Mediator of Reality-Based Belief. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2017;29(3):225-35
4. Sotille F et al. Cotard and Capgras Syndrome after Ischemic Stroke. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2015 Apr;24(4):e103-4
5. Rocha S et al. Othello syndrome after cerebrovascular infarction. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2014 Summer;26(3):E1-2
6. Parfianowicz D, Espiridion ED. Chronic Post-stroke Psychosis with Left Cortical and Bilateral Inferior Cerebellar Involvement. Cureus. 2019;11(12): e6437
7. Ferreira MDC et al. Post-stroke psychosis: how long should we treat? Trends Psychiatry Psychother. 2017;39(2):144-6
8. Agrawal R et al. Dilemma of Treating Psychosis Secondary to Stroke. Cureus. 2021;13(1):e12763
9. Bielawski M, Bondurant H. Psychosis following a stroke to the cerebellum and midbrain: a case report. Cerebellum & Ataxias, 2015;2(1):17
10. Herrmann N, Lanctot KL. Do atypical antipsychotics cause stroke? CNS Drugs. 2005;19(2):91-103

AUTOREN

Marcel Andes

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

Dr. med. Amani Suboh

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

Dr. med. Natalie A. Schloss

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

Dr. med. Justus F. Kleine

Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Neuroradiologie, Campus Benjamin Franklin, Hindenburgdamm 30, 12203 Berlin

Dr. med. Dr. med. univ. Dominique Piber

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin Hindenburgdamm 30, 12203 Berlin
dominique.piber@charite.de

CT bei leichtem Schädel-Hirn-Trauma? – Ein Bluttest gibt die Antwort

Ab sofort steht in Deutschland für Personen ab 18 Jahren ein Labortest mit CE-Kennzeichnung zur Verfügung, der bei Verdacht auf ein leichtes Schädel-Hirn-Trauma (SHT) eingesetzt werden kann. Die Entscheidung, ob eine CT erforderlich ist, wird dadurch deutlich einfacher.

Jährlich erleiden über 420.000 Menschen in Deutschland ein SHT. Die Folgen sind nicht zu unterschätzen, denn auch bei einem leichten SHT können intrakranielle Blutungen auftreten. In der Notaufnahme wird die Einteilung des Schweregrads anhand des Glasgow Coma Score (GCS) vorgenommen. Das weitere Vorgehen ist davon abhängig, ob ein leichtes (GCS 13–15), mittelschweres (GCS 9–12) oder schweres SHT (3–8) vorlag.

„Patienten mit einem GCS von neun bis 12 oder unter neun erhalten immer eine CT", erklärte Prof. Dr. Peter Biberthaler, Leiter der Abteilung für Unfallchirurgie TU München. Schwieriger sei die Entscheidung in der Gruppe mit leichtem SHT. „Daher sind wir sehr froh, jetzt bei diesen Fällen einen zugelassenen Bluttest einsetzen zu können, der uns die Entscheidung erleichtert", betonte der Experte. Der Labortest (Alinity™-i-TBI-Test) misst zwei komplementäre Biomarker in Blutplasma und Serum – Ubiquitin-Carboxyl Terminal-Hydrolase L1 und Glial Fibrillary Acidic Protein. In nur 18 Minuten steht das Ergebnis fest; ist es negativ, lässt sich eine Hirnverletzung mit hoher Sicherheit ausschließen und die CT erübrigt sich. Ein positiver Test ist dagegen ein Alarmzeichen und erfordert eine weitergehende Diagnostik.

Wie die prospektive Studie ALERT-TBI mit 2.011 Teilnehmenden mit leichtem SHT zeigte, liegt die Sensitiviät des Tests bei 96,7 % [Bazarian JJ et al. Acad Emerg Med. 2021;28:1308-17]. Entscheidend sei laut Biberthaler der negative Vorhersagewert, der angibt, wie viele Betroffene mit negativem Test tatsächlich keine akute intrakranielle Läsion aufweisen. Dieser sei mit 99,4 % sehr gut.

Dr. Marion Hofmann-Aßmus

Virtuelles Pressegespräch: „Game-Changer in der Diagnostik von Schädelhirntraumata. Testen Sie schon oder bewerten Sie noch?", 7.7.202; Veranstalter: Abbott

Multiple Sklerose: kognitiven Abbau frühzeitig verhindern

Die MS-assoziierte Schwächung der kognitiven Funktion korreliert mit der Atrophie von Thalamus und kortikaler grauer Substanz und ist oft bereits im frühesten Erkrankungsstadium nachweisbar. Laut Dr. Pavle Repovic, Swedish Medical Center, Cherry Hill Campus, Seattle, USA, beeinträchtigten kognitive Schäden die Funktionen des täglichen Lebens von MS-Patientinnen und -Patienten. Zudem seien sie mit einem erhöhten Risiko von Arbeitslosigkeit, verminderter Fahrtüchtigkeit und Verkehrsunfällen assoziiert. Ein besonders kritischer kognitiver Faktor im Hinblick auf die Alltagsaktivität und die Teilnahme am täglichen Leben sei die Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung.

Krankheitsmodifizierende Therapien haben einen gering bis moderat günstigen Effekt auf die kognitive Leistungsfähigkeit. Eine frühe Intervention sei daher nach Einschätzung Repovics mit einem besseren Langzeit-Outcome verknüpft.

Wie Prof. Dr. Ralf Gold, St. Josef-Hospital, Bochum, erläuterte, stabilisiere oder verbessere Ozanimod (Zeposia®) die Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit bei einem Großteil der Betroffenen. Eine Post-hoc-Analyse der Phase-III-Studie SUNBEAM ergab, dass sich der SDMT(Symbol Digit Modalities Test)-Score – ein Maß für die Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit – im Verlauf einer einjährigen Ozanimod-Therapie bei 78 % der Teilnehmenden verbessert hatte oder stabil geblieben war [DeLuca J et al. Mult Scler Relat Disord. 2021; 48:102673]. Im Vergleich zur Kontrollgruppe, die mit Interferon β-1a behandelt wurde, war unter Ozanimod häufiger eine Verbesserung (36 % vs. 28 %) und seltener eine Verschlechterung (22 % vs. 28 %) gegenüber dem Ausgangsbefund eingetreten.

In der offenen Extensionsstudie DAYBREAK, in die 2.994 Teilnehmende der Phase-I- bis -III-Studien mit Ozanimod eingeschlossen wurden, betrug der Anteil mit stabilem oder verbessertem SDMT-Score nach dreijähriger Ozanimodbehandlung 77 %. 43 % hatten nach drei Jahren einen höheren SDMT-Score als bei Studienbeginn [DeLuca J et al. AAN 2020; Poster 1-017].

Dr. Günter Springer

Satellitensymposium „Brain preservation across the spectrum: preventing cognitive decline impacts outcomes in MS" am 27.6.2022 beim 8. EAN-Kongress 2022;
Veranstalter: Bristol-Myers Squibb

Mehr Lebensqualität bei chronischer Sialorrhoe

Botulinum Neurotoxin Typ A stellt ein wichtiges Element in der Therapie von Dysphagien dar. Zur symptomatischen Therapie der chronischen Sialorrhoe ist mit Xeomin® aktuell das einzige komplexproteinfreie Botulinum Neurotoxin Typ A zugelassen. Es inhibiert nach Injektion in die großen Speicheldrüsen dosisabhängig und reversibel die cholinerge neuroglanduläre Signalübertragung. Dadurch wird weniger Speichel produziert und der Speichelfluss lässt nach.

Eine chronische Sialorrhoe führt zu physischen Beeinträchtigungen (wie Hautmazerationen, Dehydrierung, Schmerzen), Stigmatisierung und sozialem Rückzug. Die S2k-Leitlinie Hypersalivation nennt als mögliche Therapien die funktionale Dys-

phagietherapie, kieferorthopädische Maßnahmen, Medikamente, Operationen und Bestrahlung. Injektionen mit IncobotulinumtoxinA (IncoBoNT/A) sind bei chronischer Sialorrhoe bei Erwachsenen und Kindern ab zwei Jahren als medikamentöse Therapie etabliert. Ein neuer Konsensus bietet hierzu Praxisempfehlungen [Jost W et al. Fortschr Neurol Psychiatr- 2022;90:212-21]. Prof. Dr. Armin Steffen, Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, fasste die Vorteile einer Therapie mit BoNT/A zusammen: „Die Therapieangebote können intensiviert werden, die Nahrungsaufnahme wird erleichtert, die Lebensqualität gesteigert und die Artikulation verbessert."

Die konkreten Therapieziele sind stets an die Situation des Betroffenen anzupassen. Die IncoBoNT/A-Dosisfeststellung richtet sich nach dem Alter und bei pädiatrischen Patienten oder Patientinnen zusätzlich nach dem Körpergewicht. Für Erwachsene ist eine Gesamtdosis von 100 Einheiten vorgesehen, wobei eine Verteilung auf die Gll. parotidae und Gll. submandibulares im Verhältnis 3 : 2 empfohlen wird. Die Identifikation der Injektionspunkte und die Injektionen selbst erfolgen ultraschallgestützt, um die gerade bei Kindern variable Größe und Lage vor allem der Gll. submandibulares zu berücksichtigen und eine Injektion in die Mundbodenmuskulatur und die damit provozierte Schluckstörung zu vermeiden.

Dr. Beate Grübler

Symposium „Botulinum Neurotoxin Typ A bei chronischer Sialorrhoe vom Kindes- bis zum Erwachsenenalter" am 27.5.2022 bei der DGHNO-Jahresversammlung; Veranstalter: Merz

Eptinezumab – schnelle Migräneprophylaxe durch intravenöse Applikation

Migräne schränkt die Lebensqualität stark ein. Umso wichtiger ist eine effektive Prophylaxe. Ein kausaler Ansatz sind monoklonale Antikörper (mAB) gegen das am Pathomechanismus beteiligte Calcitonin gene-related peptide (CGRP). Mit Erenumab, Galcanezumab und Fremanezumab sind bereits drei subkutan applizierbare mAB auf dem Markt. Im Januar 2022 wurde der CGRP-bindende mAB Eptinezumab (Vyepti®) in Europa zur Migräneprophylaxe bei Erwachsenen mit mindestens vier Migränetagen pro Monat zugelassen. Seit September 2022 ist er in Deutschland verfügbar.

Eptinezumab wurde spezifisch für die intravenöse Gabe entwickelt. „Patienten wünschen sich einen schnellen Wirkeintritt", erklärte Prof. Dr. Patricia Pozo-Rosich, Universitätskrankenhaus Vall d'Helbron und Quirón-Krankenhaus Barcelona. Mit Eptinezumab stellt sich die Wirkung durch die i. v. Applikation schneller ein als mit der subkutanen [Baker B et al. International Headache Congress 2015; PO034]. Die maximale Plasmakonzentration wird bereits zum Ende der 30-minütigen Infusion erreicht. Eine Gabe ist nur alle zwölf Wochen nötig [Baker B et al.Pharmacol Res Perspect. 2020;8(2):e00567].

Wirksamkeit und Sicherheit von Eptinezumab bei episodischer und chronischer Migräne wurden in den PROMISE-1- und -2-Studien gezeigt [Ashina M et al. Cephalalgia. 2020;40:241-54; Lipton RB et al. Neurology. 2020;94(13):e1365-77]. Die präventive Wirkung stellte sich bereits ab dem ersten Tag nach der Infusion ein [Dodick DW et al. Headache. 2020;60(10):2220-31]. In der RELIEF-Studie, in der Eptinezumab zur Initiierung einer Prophylaxe während einer akuten Migräneattacke untersucht wurde, waren Teilnehmende unter Verum schneller schmerzfrei als unter Placebo [Winner PK et al. JAMA. 2021;325(23):2348-56] (**Abb. 1**). Zuletzt wurde mit der Phase-IIIb-Studie DELIVER belegt, dass Eptinezumab auch bei Betroffenen mit mehrfachen erfolglosen Vortherapien eine signifikante Prophylaxewirkung hat [Ashina M et al. Lancet Neurol. 2022;21(7):597-607].

Unerwünschte Wirkungen waren unter anderem Nasopharyngitis und Beschwerden an der Injektionsstelle. Weniger als 2 % der Teilnehmenden brachen die Therapie aufgrund von Nebenwirkungen ab [Smith TR et al. J Headache Pain. 2021;22:16]. Wichtig bei Fruktoseintoleranz: Die Formulierung des Präparats enthält Sorbitol.

Bei Bedenken zur Logistik der i. v. Gabe gab Dr. Astrid Gendolla, Neurologin aus Essen, Entwarnung: Die Verabreichung entspreche der üblichen klinischen Praxis; es sei kein spezifisches Monitoring erforderlich. Zudem könne sich der regelmäßige Praxisbesuch positiv auf die Adhärenz auswirken.

Katja Schäringer

Launch-Pressekonferenz „Dunkelheit ist keine Therapie: Vyepti® als neue Option in der Migräneprophylaxe" am 26.6.2022 beim 8. EAN-Kongress 2022. Veranstalter: Lundbeck

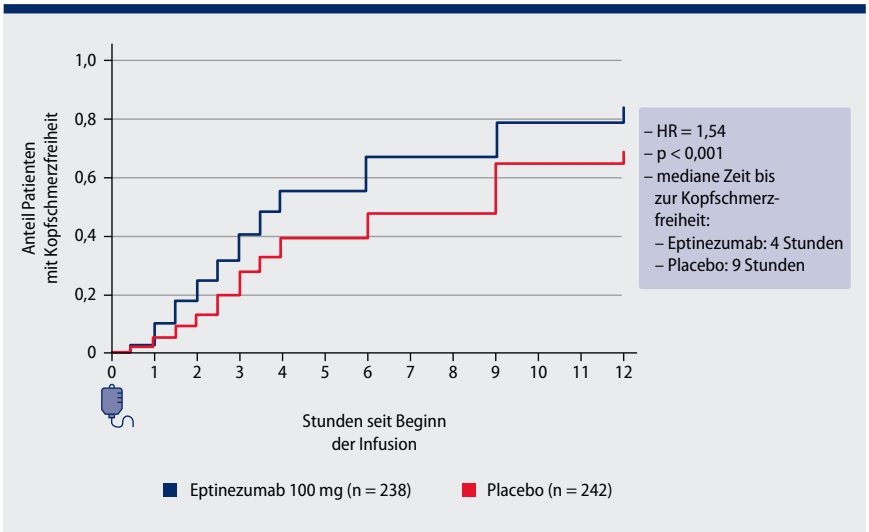


Abb. 1: Zeit bis zur Kopfschmerzfreiheit nach Gabe von Eptinezumab versus Placebo (mod. nach [Winner PK et al. JAMA. 2021;325(23):2348-56])

Es tut sich was beim Thema Demenz: Fortschritte in der Diagnostik und bald auch bei der Therapie

Neurodegenerative Störungen sind vielfältig. Und nicht jede Demenz sei gleich Alzheimer, erklärte Prof. Dr. Thomas Duning vom Klinikum Bremen-Ost, denn in nur etwa 50 % der Fälle handele es sich um Alzheimer. Demenz sei keine Krankheit, sondern ein Symptomkomplex, führte der Experte aus. Besonders wichtig sei die rechtzeitige und richtige Diagnostik einer Demenz. Die Testung setze dabei voraus, dass ein Abfall der Intelligenz vorliege – es müsse einen messbaren Verlust der Hirnleistung geben, so Duning. Eine Diagnose könne dabei nicht bei der ersten Visite festgestellt, vielmehr müsse über einen zeitlichen Verlauf eine Progredienz beobachtet werden.

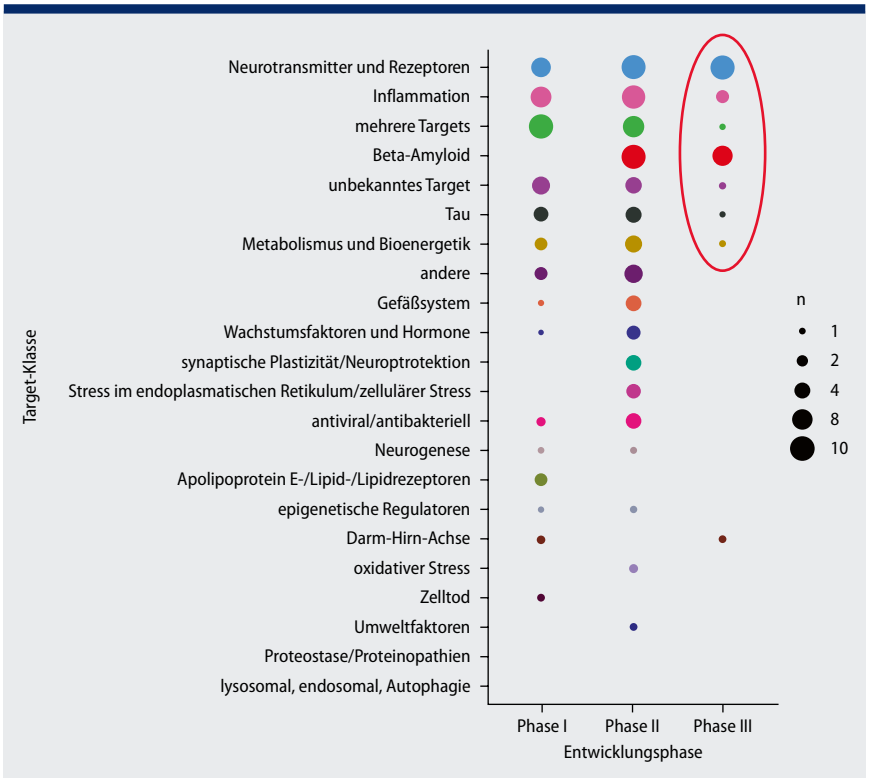


Abb. 1: Aktuelle Studien zu monoklonalen Amyloid-Antikörpern (mod. nach [van Bokhoven P et al. Alzheimers Res Ther. 2021;13(1):186])

Für eine Alzheimer-Demenz sprächen laut dem Experten Gedächtnisstörungen, kognitive Defizite, alltagsrelevante Beeinträchtigungen und ein progredienter Verlauf. Darüber hinaus seien der Einsatz und die Bestimmung von Biomarkern wie Gesamt-Tau-Protein, Phospho-Tau-Protein, Beta-Amyloid 40 und 42 für die Diagnostik relevant und auch effektiv. Anhand der Veränderung von Biomarkern ließe sich eine Erkrankung schon Jahre vor den Symptomen als solche erkennen. Biomarker seien auch für die differenzialdiagnostische Abgrenzung von einer Multiplen Sklerose oder einem Morbus Parkinson relevant, erläuterte Duning weiter.

In Europa werden die Empfehlungen der International Working Group angewendet. Danach werden zuerst Alzheimer-Symptome, dann Biomarker und am Ende die Wahrscheinlichkeit abgeschätzt, dass die Symptome durch eine Alzheimer-Pathologie verursacht werden [Dubois B et al. Lancet Neurol. 2021;20(6):484-96]. Eine Risikostratifizierung ist möglich, asymptomatische Patientinnen und Patienten erhalten ein Progressionsrisiko.

Diverse Studien mit verschiedenen monoklonalen Antikörpern gegen Amyloid machen Hoffnung auf neue therapeutische Optionen: „Aktuell gibt es 24 Phase-III-Studien, es wird also etwas auf den Markt kommen“, schloss Duning (**Abb. 1**).

Dr. Henrike Ottenjann

Virtuelles NeuroForum „Neurodegenerative Erkrankungen“, 13.5.2022;
Veranstalter: Novartis

Perspektivwechsel bei der Migräneprophylaxe: Der 30-jährige Leidensweg einer Patientin

Menschen mit Migräne tragen eine große Krankheitslast, werden jedoch längst nicht optimal versorgt. Das zeigte eine bundesweit durchgeführte telefonische Querschnittsbefragung [Porst M et al. J Health Monit. 2020;5(S6)2-24]. Demnach haben nur 40,6 % der Frauen mit Migräne und 38,5 % der männlichen Betroffenen im letzten Jahr eine ärztliche Behandlung in Anspruch genommen. „Viele gehen zwar zum Arzt, bekommen jedoch keine korrekte Diagnose“, berichtete Dr. Borries Kukowski, NeuroCentrum Hildesheim. Dann setze sich der Leidensweg fort – obwohl mit Antikörpern gegen Calcitonin gene-related peptide (CGRP) wie Fremanezumab (Ajovy®) speziell für die Migräneprophylaxe entwickelte Medikamente zur Verfügung stünden.

Über Jahre behandelte sich eine Patientin von Kukowski, die im Alter von 14 Jahren eine Migräne entwickelte, mehr schlecht als recht selbst. „Es wurde mir nie wirklich geholfen“, erklärte sie. Das änderte sich erst,

als sie in die neurologische Praxis von Kukowski kam. Nach 30-jährigem Leiden wurde sie dort endlich über ihre Erkrankung aufgeklärt und erhielt eine leitliniengerechte Therapie. „Wie vom G-BA vorgegeben, haben wir alle vorgeschriebenen Prophylaktika ausprobiert", erklärte der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie. Nachdem sich diese als unverträglich oder ineffektiv herausstellten, erhielt die Patientin Fremanezumab. „Für mich war das wie ein neues Leben", betonte sie. Die Anzahl ihrer monatlichen Migränetage verringerte sich von 14 auf etwa zwei, die ständige Angst vor einer Attacke verschwand. Anfangs konnte die Patientin kaum glauben, dass der anti-CGRP-Antikörper so gut hilft. „Jetzt lebe ich wieder", freute sie sich.

Diese Erfahrungen bestätigen klinische Daten zur raschen und anhaltenden Wirksamkeit von Fremanezumab. Das Präparat bietet als einziger Anti-CGRP-Antikörper den Vorteil einer monatlichen oder vierteljährlichen Dosierung.

Dr. Marion Hofmann-Aßmus

Virtuelles Pressegespräch „Migräneprophylaxe mit anti-CGRP-Antikörpern – von den Studiendaten zur Patientenrealität", 11.7.2022; Veranstalter: Teva

Alle Phasen der Schizophrenie mit einem Präparat adressieren

Die Negativsymptomatik der Schizophrenie lässt sich in der klinischen Praxis bisher nur unzureichend therapeutisch adressieren. Allerdings besitzt sie eine große Bedeutung für das Langzeit-Outcome der Erkrankten. Deshalb sei es für Fatih Keskin, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinik Königshof, Krefeld, ein großer Fortschritt, mit Cariprazin (Reagila®) eine Substanz zu haben, mit der die Negativsymptome der Schizophrenie signifikant reduziert werden können. Wie Keskin anhand verschiedener Beispiele aus seinem eigenen klinischen Alltag zeigte, ließ sich im Zuge der Behandlung mit Cariprazin eine Steigerung des psychosozialen Funktionsniveaus und der kognitiven Leistungsfähigkeit beobachten. So könne einer Vielzahl von Patientinnen und Patienten eine Rückkehr in ihren gewohnten Alltag ermöglicht werden.

Nach den Worten von Fatih sei Cariprazin das erste atypische Antipsychotikum, das bei überwiegender Negativsymptomatik eine statistisch signifikante und für an Schizophrenie Erkrankte relevante Verbesserung gegenüber einem anderen modernen Antipsychotikum (Risperidon) erzielen konnte.

Auch bei der Verbesserung des persönlichen und sozialen Funktionsniveaus erreichte das Antipsychotikum eine signifikante und relevante Überlegenheit versus Risperidon [Németh G et al. Lancet. 2017;389:1103-13].

Cariprazin ist ein selektiver Partialagonist der D_2- und D_3-Dopaminrezeptoren mit höchster D_3-Affinität. Dem Dopamin-D_3-Rezeptor wird eine bedeutende Rolle bei der Beeinflussung der Negativsymptomatik einer Schizophrenie zugeschrieben, außerdem wird aktuell eine Wirkung auf die Stimmung sowie die Kognition diskutiert.

Partialagonisten der Dopaminrezeptoren wie Cariprazin nähmen eine Sonderstellung unter den verfügbaren Antipsychotika ein, da sie eine breite Wirksamkeit bei verschiedenen Symptomausprägungen der Schizophrenie zeigten, erklärte Dr. Thomas Aubel, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Suchtmedizin der Kliniken Essen-Mitte.

Die Erfahrungen des Experten zeigten, dass sich bei richtiger Anwendung und Einstellung auf Cariprazin mittels zügiger Auftitrierung akute Exazerbationen der Schizophrenie nach der Hochakutphase innerhalb von wenigen Tagen gut kontrollieren lassen. Durch die geringen Nebenwirkungen (und die gleichzeitige Wirksamkeit auf die Negativsymptomatik) erfahren die Patientinnen und Patienten häufig schnell eine deutliche Besserung ihres Allgemeinzustands und können ambulant mit Cariprazin weiterbehandelt werden.

Dr. Kirsten Westphal

Virtuelle Pressekonferenz „Von First Episode bis Negativsymptomatik – Was kann Reagila® leisten?", 30.6.2022; Veranstalter: Recordati

Safinamid zum neuen Festbetrag

Safinamid ist als Add-on-Therapie zu Levodopa bei Morbus Parkinson indiziert und reguliert die Dysbalance zwischen dem verringerten dopaminergen Tonus und der erhöhten Glutamatkonzentration, die zur Krankheitsprogression beiträgt. Der GKV-Spitzenverband hatte im Mai dieses Jahres beschlossen, den Festbetrag für Safinamid (Xadago®) mit Wirkung zum Juli 2022 anzupassen. Zambon hat den Preis des Medikaments daraufhin um 22 % abgesenkt. Eine Aufzahlung durch die gesetzlich Versicherten lehnt das Unternehmen ab. **red**

Nach Informationen von Zambon

Auswahl an Cannabisextrakten wird größer

Ab sofort stehen zwei neue Cannabis-Vollspektrumextrakte zur Verfügung: Der CannabiStada® Extrakt THC 30/CBD 30 enthält 30 mg/ml Tetrahydrocannabinol (THC) und 30 mg/ml Cannabidiol (CBD) und kann für Personen hilfreich sein, die bereits einen balancierten Extrakt erhalten, aber eine höhere THC/CBD-Konzentration benötigen. Der CannabiStada® Extrakt THC 10/CBD 100 enthält 10 mg/ml THC und 100 mg/ml CBD und ist geeignet, wenn eine hohe CBD-Komponente benötigt wird. Beide Extrakte werden in die Rabattverträge mit der IKK Classic, AOK Nordost und AOK Rheinland-Hamburg eingeschlossen. **red**

Nach Informationen von Stada

Schlaf durch Add-on von Eszopiclon verbessern

Mit seiner anxiolytischen und schlafanstoßenden Wirkung ist Eszopiclon geeignet, die begleitende Insomnie bei affektiven Störungen zu behandeln: Durch die zusätzliche Gabe von Eszopiclon (Lunivia®) zu Fluoxetin oder zu Escitalopram ließen sich Schlafproblematik sowie Tagesfunktion bei Patientinnen und Patienten mit affektiven Störungen im Vergleich zur Monotherapie signifikant verbessern [Fava et al. Biol Psychiatry. 2006;59:1052-60; Pollack et al. Arch Gen Psychiatry. 2008;65(5):551-62]. Somit kann eine Kombinationstherapie von Antidepressiva und Eszopiclon empfehlenswert sein. **red**

Nach Informationen von Hennig Arzneimittel

Journal

Seelisch verwendbare Strophen

Anmerkungen zu Doktor Kästners „Lyrischer Hausapotheke“

Zu den Stichworten „Poesie- und Bibliotherapie“ ist bei Wikipedia zu lesen, sie seien „künstlerische Therapieformen wie die Musik- und Tanztherapie, die sich ursprünglich unabhängig voneinander entwickelt haben, und die ‚Heilkraft der Sprache‘, das Lesen beruhigender und aufbauender Literatur sowie das Schreiben und Gestalten eigener literarischer Texte verwenden, um Heilungsprozesse zu unterstützen, Probleme zu lösen und Persönlichkeitsentwicklung zu fördern.“ Zum Einsatz kommen dabei unterschiedliche, häufig kombinierte Modalitäten.

Seit den 1970er-Jahren wird die Poesie- und Bibliotherapie durch impulsgebende Initiativen von Hilarion Petzold und Ilse Orth vorangebracht. Auf internationaler Ebene hat sich die Bibliotherapie in Kliniken, Schulen, Gefängnissen, Rehabilitationszentren, Beratungsstellen, Kinder- und Altersheimen durchgesetzt. Die wissenschaftliche Grundlegung durch empirische Nachweise ist zwar in Ansätzen vorhanden, strebt aber noch ein breiteres Fundament an. Historisch werden die ersten Impulse in den USA durch Jack Leedy (1969), Arthur Lerner (1978) und Rhea Joye Rubin (1978) verortet. Im Jahr 1984 wurde die „Deutsche Gesellschaft für Poesie- und Bibliotherapie e. V.“ als Berufs- und Fachverband und im Jahr 2010 das „Deutsche Institut für Poesie- und Bibliotherapie“ an der „Europäischen Akademie für Biopsychosoziale Gesundheit“ gegründet. Ein Blick in die Literaturgeschichte zeigt jedoch, wie weit die Wissenschaft hinterherhinkt, denn das therapeutische Potenzial der Literatur wurde weit früher erkannt.

Ohne daraus den verstiegenen Anspruch ableiten zu wollen, hier auf einen der entscheidenden Initialtexte zu verweisen, greifen wir aus der prall gefüllten Kiste der Literatur ein besonders treffliches Beispiel heraus, das Leserinnen und Leser aller Gesellschaftsschichten anzusprechen vermag. Erich Kästners Gedichtsammlung mit dem vielsagenden Titel „Doktor Erich Kästners lyrische Hausapotheke“ erschien im Jahr 1936 in einer für den Autor komplizierten Zeit, über die uns sein Biograph Sven Hanuschek in seiner umfassenden Lebensbeschreibung „Keiner blickt dir hinter das Gesicht“ (1999) Auskunft gibt. Der Band der „Hausapotheke“ erschien beim Schweizer Atrium Verlag mit einem Einband-Entwurf von dem inzwischen ausgewanderten Walter Trier und enthielt eine Auswahl der „unpolitischen Gedichte“ Kästners sowie einige neue Epigramme („Moral: Es gibt nichts Gutes/ außer: Man tut es.“). Hanuschek notiert: „Im Ausland war die Hausapotheke relativ erfolgreich, einige handgeschriebene Exemplare kursierten sogar später im Warschauer Ghetto. Eines davon ging als Geburtstagsgeschenk von seiner Freundin und späteren Frau an den jungen Marcel Reich-Ranicki.“

Doktor Kästner

Der Vertrieb des Buches in Deutschland war schwierig. Es gab Gutachten, die es sogar ganz ablehnten. Begründung: „Die Arzneien dieser Hausapotheke sind uns zu bitter und entpuppen sich bisweilen leider als Gifte, die wir lieber meiden wollen.“ Kästner wurde zum wiederholten Male von der Gestapo verhaftet und drei Stunden verhört, schließlich aber wieder (mit Pass) entlassen.

Anzumerken ist, dass der Titel „Doktor Kästner“ weder geschummelt noch ausschließlich mit einem Augenzwinkern Richtung Medizin zu verstehen ist. Tatsächlich wurde Erich Kästner im Jahr 1925 mit seiner germanistischen Doktorarbeit „Friedrich der Große und die deutsche Literatur. Die Erwiderungen auf seine Schrift ‚De la littérature allemande‘“ mit 26 Jahren im Jahr 1925 bei Georg Witkowski in Leipzig promoviert; im Jahr 1972 wurde die Dissertation auf Initiative des Münchner Germanisten Walter Müller-Seidel bei Kohlhammer, Stuttgart, wieder aufgelegt. Kästner war also ein veritabler Doktor Kästner.

„Mich lässt die Heimat nicht fort“

Als die „Lyrische Hausapotheke“ herauskam, war er als Schriftsteller längst kein Unbekannter mehr. Der Leserschaft bekannt waren Werke wie „Herz auf Taille“ (1928), „Emil und die Detektive“ (1929), „Lärm im Spiegel“ (1929); „Pünktchen und Anton“ (1931) oder seine bedeutenden Romane „Fabian“ (1931), „Das fliegende Klassenzimmer“ (1933) oder „Drei Männer im Schnee“ (1934). Er hatte da schon unliebsame Bekanntschaft mit dem Nationalsozialismus gemacht. Immerhin waren bereits im Jahr 1933 seine Bücher „wider den deutschen

© agsandrew / stock.adobe.com

Geist" von den Nazis öffentlich verbrannt worden. Sein Name wurde von Joseph Goebbels an dritter Stelle genannt. Kästner war sogar unerkannt in der Menge Augenzeuge dieses Autodafé. Deshalb wählte er künftig oft verschiedene Pseudonyme, unter denen er, trotz mehrfacher Verhaftung, weiter publizieren konnte. Dass er, was ihm vielfach vorgehalten wurde, nicht in die Emigration ging, rechtfertigte er an einer Stelle mit wenigen Versen: „*Ich bin ein Deutscher aus Dresden in Sachsen. / Mich lässt die Heimat nicht fort. / Ich bin wie ein Baum, der – in Deutschland gewachsen –/ wenn's sein muss, in Deutschland verdorrt.*" Er blieb bei seinen Leserinnen und Lesern populär, wurde aber vom Régime als „Asphaltliterat" verfolgt und gehasst.

» Lesen ist Probehandeln in Simulationsräumen bei herabgemindertem Risiko. «

Dieter Wellershoff

Gebrauchsanweisung

Im Folgenden geht es nicht um einzelne Gedichte der „Hausapotheke" und deren Interpretation, sondern im Zentrum sollen Überlegungen zu dem beigegebenen Vorwort und der „Gebrauchsanweisung" stehen, die Kästner einem Beipackzettel gleich seiner Sammlung vorangeschickt hat. Der Schriftsteller bekennt, es sei von jeher sein Bestreben gewesen, „seelisch verwendbare Strophen" zu schreiben, mithin ein „der Therapie dienendes Taschenbuch. Ein Nachschlagewerk, das der Behandlung des durchschnittlichen Innenlebens gewidmet ist." Interessant dabei ist nun, wie Kästner zwischen körperlichen und seelischen Leiden unterscheidet: „Wer Kopfweh hat, nimmt Pyramidon. Wer an Magendrücken leidet, schluckt doppeltkohlensaures Natron. Bei Halsschmerzen gurgelt er mit Wasserstoffsuperoxyd. Und in dem Schränkchen, das Hausapotheke heißt, halten sich, dem Menschen zu helfen, überdies Baldrian, Leukoplast, Choleratropfen, Borsalbe, Pfefferminztee, Mullbinden, Jodtinktur und Sublimatlösung in Alarmbereitschaft. Aber manchmal helfen keine Pillen. Denn was soll einer einnehmen, den die trostlose Einsamkeit des möblierten Zimmers quält oder die nasskalten, nebelgrauen Herbstabende! Zu welchen Rezepten soll der greifen, den der Würgeengel der Eifersucht gepackt hat? Womit soll ein Lebensüberdrüssiger gurgeln? Was nützen dem, dessen Ehe zerbricht, lauwarme Umschläge? Was soll er mit einem Heizkissen anfangen? Die Einsamkeit, die Enttäuschung und das übrige Herzeleid zu lindern, braucht es andere Medikamente. Einige davon heißen: Humor, Zorn, Gleichgültigkeit, Ironie, Kontemplation und Übertreibung. Es sind Antitoxine."

Offenkundig, dass sich Kästner weder mit dem Etikett noch mit dem Effekt des Humoristen zufriedengibt. Er nennt durchaus noch andere, ja widersprüchliche Möglichkeiten. Als Ziel seines Gedichtbandes gibt er die „Therapie des Privatlebens" an. Das Buch richtet sich (nicht nur anno 1936), „zumeist in homöopathischer Dosierung, gegen die kleinen und großen Schwierigkeiten der Existenz. Es betrifft die Pharmazie der Seele". Hinsichtlich der Homöopathie bezieht der Autor aber klar Stellung mit der Bemerkung, „dass es zweckvoller ist, mit einem Pfeil ins Schwarze als mit einer Granate ins Blaue zu treffen."

Bewährte Heilmethoden

Ein bereitgestelltes Schlagwortregister soll dem Leser als Handreichung bei Akutfällen dienen. Naturgemäß kann dieses Register nur unvollständig sein, denn „es gibt zu viele Anlässe, mit sich selber und anderen zu hadern. Einen therapeutischen Ansatz erkennt Kästner auch in der Tatsache, dass der jeweils Leidende nicht alleine mit seinem Problem ist. In erster Linie setzt er auf die Versprachlichung der Problematik: „Die Formulierung, die Verallgemeinerung, die Antithese, die Parodie und die übrigen Variationen der Maßstäbe und der Empfindungsgrade, alles das sind bewährte Heilmethoden." Darin drückt sich aber auch die Bedeutung des Eigenanteils an der Therapie aus: Die Leserin, der Leser müssen mitmachen wollen und zur Reflexion bereit sein. Einige Beispiele mögen hier genügen, um zu zeigen, worauf Kästner mit dem Register abzielt. Es gibt Textvorschläge, „wenn das Alter traurig stimmt", „wenn man der Armut begegnet", "wenn man das Dasein überschaut", „wenn die Ehe kaputtgeht", „wenn man die Einsamkeit schwer erträgt", „wenn man zur Faulheit neigt", „wenn man in der Fremde hockt" bis hin zu den Themenkreisen Gefühlsanämie, Heimweh, körperliche Leiden, Lebensüberdruss, schwankendes Selbstvertrauen, Schlaflosigkeit, Alltagsärger. Der psychopathologische Bedeutsamkeitsgrad mag höchst unterschiedlich sein – aber alles kann Anlass für ernstere Krisen sein, denen mittels der Kästner'schen Hausapotheke vorgebeugt werden kann. Zwar kann die Behandlung immer nur symptomatisch, nie aber ursächlich sein, doch der Prozess der Erkenntnis etwa genauerer Ursachen einer Störung wird damit durchaus gefördert.

Über Kunst in Zeiten der Krise schreibt die englische Kulturkritikerin Olivia Laing im „Guardian" 2020: „ Art can't forcibly induce a change in behaviour. It's not a re-education pill. Empathy is not something that happens to us when we read War and Peace. It's work, for which art can, however, provide us with radiant materials. Art can't win an election or bring down a president. It can't stop the climate crisis, cure a virus or raise the dead. What it can do is serve as an antidote to times of chaos. It can be a route to clarity, and it can be a force of resistance and repair, providing new registers, new languages in which to think." Diese Gedankengänge schließen an jenes (durchaus im positiven Sinne gemeinte) „naive Therapieverständnis" an, wie wir es auch bei Erich Kästner finden.

Plattform zur Rückführung in die Balance

Im Anschluss an Laings Statement lässt sich schlussfolgern, der Kunst allgemein (also auch Literatur) sei eine gewisse Ähnlichkeit mit einem naiven Verständnis von Therapie inhärent. Dabei funktioniert diese Therapie nicht behavioristisch im Reiz-Reaktionsschema und ist auch nicht applizierbar wie eine Therapiemedizin mit garantiertem positivem

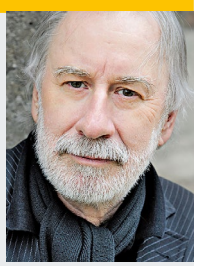
Therapieerfolg, sondern sie bietet eine Plattform, von der aus Krisen entgegengewirkt, eine gefährdete Ichstabilität gefestigt und neue Entwürfe versuchsweise unternommen werden können, die zur Rückführung in die Balance geeignet erscheinen. Neue Muster sind denkbar allein schon durch die konkrete literarische Benennung, durch das Thematisieren von Störungen, die auch in einen gesellschaftlichen Zusammenhang gestellt werden können. Dabei ausgelöste Emotionen sind durchaus in der Lage, elementare Voraussetzungen zu erschließen und in neue gefestigte Verständigungsformen vorzudringen. Dadurch werden Grenzen nicht nur durchlässiger, sondern auch verschiebbar. Dieter Wellershoff hat das einmal in seiner Definition von „Lesen" in folgendem Satz zusammengefasst: „Lesen ist Probehandeln in Simulationsräumen bei herabgemindertem Risiko."

Von solchen Überlegungen ausgehend, stellt man die Poesie- und Bibliotherapie in erweiterte wissenschaftliche Kontexte, die im deutschsprachigen Raum allerdings noch nicht so weit verbreitet sind. Die Rede ist von einer Disziplin, die sich in anglophonen Ländern „Medical Humanities" nennt und sich an den Universitäten eines wachsenden Zulaufes von Studierenden unterschiedlicher Fachrichtungen erfreut. Es gibt bereits wohletablierte wissenschaftliche Gesellschaften wie The American Society for Bioethics and Humanities, McGovern Center for Humanities & Ethics der Medical School der University of Texas, gegründet im Jahr 2004, Leeds Centre for Medical Humanities, University of Leeds, gegründet im Jahr 2012 als interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen der Kunstfakultät und der Fakultät für Medizin und Gesundheit, das Institute for Medical Humanities der University of Durham, gegründet im Jahr 2002, oder das Center for the Humanities and Health am King's College London, gegründet im Jahr 2010, um nur einige zu nennen. Hierzulande sind die erste Professur für Medical Humanities an der Charité, das Zentrum für Medical Humanities an der Universität Zürich, gegründet im Jahr 2014, sowie der Lehrstuhl für Medical Humanities zu erwähnen. Es sollte mehr davon geben.

Hier wären Poesie- und Bibliotherapie im größeren wissenschaftlichen und akademischen Rahmen festzumachen, denn die Medical Humanities umfassen ein interdisziplinäres Feld an der Schnittstelle von Medizin und den Humanities. Die Kategorie „Humanities" bedeutet mehr als nur die „Humanwissenschaften"; sowohl diese gehören dazu, als auch die Geisteswissenschaften einschließlich der Philosophie, Geschichts-, Sprach-, Kultur-, Religions- und Literaturwissenschaften. Von allen medizinischen Teilfächern eignet sich die Psychiatrie am besten als Kern einer anzustrebenden Etablierung der Medical Humanities, da diese selbst in ihrer Geschichte und ethischen Grundausrichtung den höchsten geisteswissenschaftlichen Part aller medizinischen Teildisziplinen aufweist. Zwar haben sich die wissenschaftlichen Paradigmen der Psychiatrie zuletzt stärker auf neurobiologische und genetische Fragestellungen hin ausgebildet, jedoch bleibt der Anteil von Humanities im psychiatrischen Alltag und in Fragen der Sozialpsychiatrie nach wie vor relevant. Von der Psychiatrie und dem Spektrum ihrer Fragestellungen ausgehend könnten gewissermaßen sternförmig die einzelnen Aufgabenfelder eines potenziellen (Ergänzungs-) Studienganges (etwa im Sinne einer medizinischen Zusatzqualifikation) entstehen. Die Anbindungsmöglichkeiten an unterschiedliche Disziplinen wie Medizingeschichte, Bio- und Medizinethik liegen auf der Hand und könnten zugleich die psychiatrische Kerndisziplin von solchen seitwärts strebenden, partiell sogar wuchernden Teilbereichen entlasten. Dies nicht zuletzt mit „seelisch verwendbaren Strophen".

Literatur beim Verfasser

AUTOR



Prof. Dr. phil. Gerhard Köpf

Literaturwissenschaftler und Schriftsteller
Ariboweg 10,
81673 München

aribo10@web.de

Kleinanzeigen aus der Praxis

Verkaufen | Verschenken

Verkaufe in Marburg sehr schönen und neuwertigen **Untersuchungsstuhl**, Typ SITA, blauer Bezug, Preis verhandelbar. **Kontakt:** praxis.dr.bartsch@t-online.de

Verschenke gegen Selbstabholung analoges **EEG-Gerät** von Nikon Kohden, inklusvie EEG-Stativ und Zubehör. **Kontakt:** praxis.dr.bartsch@t-online.de

Praxisbörse

Praxisnachfolge für psychiatrische Praxis in Mittelholstein gesucht. Neu renovierte und moderne Räume, barrierefrei, neue EDV-Anlage. Sehr gute Verkehrsanbindung. Einarbeitung möglich. **Kontakt:** praxis.psych@t-online.de

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

Exklusiv für Verbandsmitglieder: kostenlos inserieren!

Mitglieder von BVDN, BDN und BVDP können ihre Such-, An- oder Verkaufsanzeige kostenlos im NeuroTransmitter inserieren.

Und so geht's: Senden Sie Ihre Anzeige (maximal 300 Zeichen mit Leerzeichen) bitte ausschließlich per E-Mail (Fax/telefonische Anzeigenaufgabe und Chiffre sind nicht möglich) an die Geschäftsstelle in Krefeld: bvdn.bund@t-online.de

Einsendeschluss: 28. Oktober 2022

Sammlung Hoffmann

Der letzte Takt

Mitten in Berlin, in den Sophie-Gips-Höfen, tanzt ein Mann untermalt von einem Hendrix-Song auf einem Friedhof. Vor ihm ein Grabstein, auf dem sein Nachname, Toomik, steht. „Dancing with Dad" heißt der Titel des Kurzvideos von Jaan Toomik, das derzeit in der Sammlung Hoffmann zu sehen ist. Der Künstler hatte wenig Kontakt zu seinem Vater und nie die Gelegenheit mit ihm zu tanzen, denn dieser starb als er neun war. In einem anderen Raum sind Fotografien von Frauen zu sehen, die gerade entbunden haben und nur mit Netzunterhose und Baby vor den Busen von den Strapazen der Geburt gezeichnet, aber stolz und aufrecht der Künstlerin Rineke Dijkstra Modell stehen. Die derzeitige Einrichtung in der Sammlung Hoffmann „Tanz den Tanz" präsentiert mit starken künstlerischen Positionen schlaglichtartig den „Lebenstanz".

Rolf und Erika Hoffmann, aufgenommen 1997, Felix Gonzalez-Torres, Untitled (For Parkett), 1994; Untitled (Arena), 1993; Courtesy Sammlung Hoffmann, Berlin

© studioschuurman

Einrichtung XXIII, Installationsansicht 2019/20: Tobias Putrih, *Macula B/6*, 2006, cardbord, 274,7 × 106,7 × 91,4 cm; Tobias Putrih, *Macula B/14*, 2006, cardbord, 248 × 115 × 120 cm; Tobias Putrih, *From the Series Quasi Random, C/3-CL*, 2009, pencil on paper, 166 × 166 cm; Marc Quinn, *Beached*, 1998, RTV 74-30 polyurethane rubber, ca. 30 × 80 × 225 cm; Courtesy Sammlung Hoffmann, Berlin

Jahrzehntelang war die Sammlung Hoffmann eine absolute Institution im Berliner Sammlungs- und Museenleben. Zahlreiche Kunstinteressierte, die samstags ein wenig Zeit erübrigen konnten, meldeten sich dort einmal im Jahr an, um sie zu sehen. Noch inszeniert Kunstliebhaberin Erika Hoffmann in großer Leidenschaft unter wechselnden Motti Werke ihrer gewaltigen Privatsammlung und richtet damit sozusagen ihre eigene, imposante Wohnung immer wieder neu ein. Im dritten und vierten Obergeschoss einer ehemaligen Nähmaschinenfabrik – in einem für Berlin typischen Backsteingebäude des 19. Jahrhunderts – erstrecken sich über Dutzende Räume, die einmal in der Woche von Besuchern betreten werden dürfen.

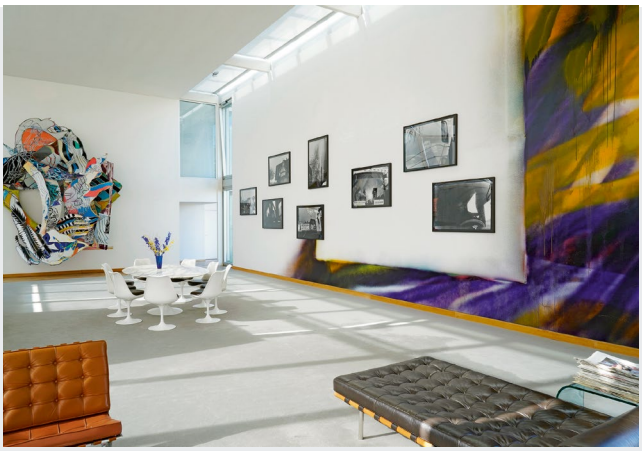
Definition sammlungswürdige Kunst

Noch genau ein Jahr, bis in den Herbst 2023 ist die Sammlung Hoffmann in Berlin zu sehen, dann wird sie nach Dresden in die Staatlichen Kunstsammlungen umgezogen. Letzte Gelegenheit also, diese Ausstellung zu betrachten, die auf einzigartige Weise vom Geist ihrer Erschaffer lebt. Frontalführungen gibt es nicht, dafür darf diskutiert werden und wer das möchte, kann sich einbringen.

Erika und Rolf Hoffmann haben eigens eine Definitionsliste dessen geschrieben, was für sie sammlungswürdige Kunst ist, weil sie sich ihrer wech-

© studioschuurman

Einrichtung XXIII, Installationsansicht 2019/20:
Robert Morris, *Untitled*, 1980, grey felt and metal grommets, 229 × 183 × 19 cm;
Donald Judd, *Untitled*, 1989, Corten Steel and acrylic glass, 100 × 100 × 50 cm;
Courtesy Sammlung Hoffmann Berlin



© studioschuurman

Einrichtung XXIV, Installationsansicht 2020/21:
Frank Stella, *In Wood, in Sheet Iron, in Stone, in Mountains, in Stars (Moby Dick Series chap. 57)*, 1990, aluminium, painted, 439 × 345 × 201 cm;
Olga Chernysheva, *To Moscow*, 2010, eight b/w photographs, each 83 × 119 cm/119 × 83 cm;
Katharina Grosse, *Sie trocknen ihre Knie mit einem Kissen*, 2012, acrylic spray paint on wall, 600 × 1600 × 850 cm;
Courtesy Sammlung Hoffmann Berlin

selseitigen Ankäufe wegen zuweilen in die Haare gerieten. Die Kunstwerke müssten zum Zeitpunkt ihres Erwerbs zeitgenössisch sein und immer etwas Rätselhaftes enthalten, was nicht zu entschlüsseln sei. Diese und viele Richtlinien mehr bildeten das theoretische Gerüst für die Kaufentscheidungen der beiden Kunstliebhaber.

Zahlreiche Künstler unter einem Dach

In einigen Kunstwerken sind die beiden Hoffmanns auch verewigt, so sieht man beispielsweise in der gegenwärtigen Einrichtung Erika Hoffmann in einem der 50 Kleider tanzen, die sie zum 50. Geburtstag ihres leider schon im Jahr 2001 verstorbenen Mannes Rolf in einer Ausstellung arrangierte. Zudem befinden sich teils in der Wohnung, teils im Depot einige der Ikonen feministischer Kunst, Werke von Pipilotti Rist etwa oder Monica Bonvicini. In einem der Räume wird ein Kunstwerk von Pipilotti Rist förmlich mit Füßen getreten: In die alten Holzdielen ist eine kleine Videoarbeit von ihr eingebettet, in der die nackte Künstlerin umgeben von züngelnden Flammen ihre Arme in die Höhe reckt und in vielen verschiedenen Sprachen um Hilfe ruft. Des Weiteren sind Werke von Bill Beckley, Anne Katrine Dolven, Lucio Fontana, Isa Genzken, Felix Gonzalez-Torres, Katharina Grosse, Nicola de Maria, François Morellet, Ernesto Neto, Albert Oehlen, Gabriel Orozco, Jack Pierson, Sigmar Polke, Jaan Toomik, Michel Verjux, Jorinde Voigt, Andy Warhol und Manabu Yamanaka ausgestellt.

Showdown in Berlin

Eine bunte Mischung aus Skulpturen, Fotografien, Videos und Installationen umgeben die Besucher in der Wohnung Hoffmann. Einige Kunstwerke, wie die hier abgedruckten von Frank Stella und von der Berliner Künstlerin Katharina Grosse bestücken diese permanent, andere werden je nach Einrichtung neu inszeniert. Ab dem Winter 2023 wird dann alles in Dresden aufbewahrt, vereinzelt durch die bestehenden Museen wandern und dabei in einen Dialog mit anderen Exponaten treten. Ein paar Kunstwerke sind bereits in Dresden. Im Moment ist zum Beispiel ein Gedicht des Künstlers Marcel Broodthaers zum Thema Geld im Münzkabinett zu sehen.

In keiner anderen Stadt in Deutschland als in Berlin ist eine so große Dichte an großartigen und großzügigen Privatsammlungen der Öffentlichkeit zugänglich gemacht worden. Eine ihrer wichtigsten wird nächstes Jahr ihre Tore schließen. Es sei jedem Kunstliebhaber ans Herz gelegt, ihr noch eine letzte Referenz zu abzustatten.

Mehr Informationen:

Übersicht über öffentlich zugängliche Privatsammlungen in Berlin:
https://berlincollectors.com/de/

Infos zur Sammlung Hoffmann plus Anmeldemodalitäten:
https://www.sammlung-hoffmann.de/
https://schenkung-sammlung-hoffmann.skd.museum/

AUTORIN

Dr. Angelika Otto

Freie Journalistin
München

angelika.s.otto@gmail.com

Veranstaltungen BVDN/BDN/BVDP-Landesverbände 2022/2023

Datum | Ort | Zeit	Landesverband | Titel | Themen	Anmeldung
22.10.2022 in Köln Startplatz Im Mediapark 5 **9.11.2022 in Mainz** Z Quadrat GmbH Große Langgasse 8 **7.12.2022 in Freiburg** ETAGE-Tagungscenter an der Messe, Emmy-Noether-Straße 2 3–4 CME-Punkte	**NeuroWorkshops** Von MS über Parkinson bis hin zu den Cannabinoiden wird ein kompakter Überblick über Neuerungen gegeben, immer mit Blick auf die tägliche Praxis. Auch die Updates der Peripheren Neurologie werden berücksichtigt.	diaplan Gesellschaft für Dialog-Marketing mbH Alte Ziegelei 2–4, 51491 Overath Tel.: 02204 9731-01, Fax: -111 info@diaplan.de
26.10.2022 in Köln TÜV Rheinland Akademie GmbH Am Grauen Stein 27 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
16.11.2022 online 2 CME-Punkte	**Neuro Kolleg online**	diaplan, siehe oben
25.11.2022 von 8:30-16:30 Uhr **online** CME-Punkte beantragt	**Neuroedukation** Innerhalb von sieben spannenden Modulen erlernen Sie die Theorie und Praxis der Neuroedukation. Im Fokus: das Zusammenspiel von Gehirn und Verhalten	BVDN/BDN/BVDP e.V. Wulffstraße 8, 12165 Berlin info@bvdn.de
2.12.2022 **9.12.2022** jeweils von 16:00-18:00 Uhr **online** 2 CME-Punkte beantragt	**Niederlassungsseminar** Sie denken darüber nach, ob es Alternativen zum Klinikalltag gibt? Sie wollen nach einer Kinderpause wieder ärztlich tätig sein? In unserem Niederlassungsseminar erfahren Sie Schritt für Schritt, welche Möglichkeiten es gibt, als Vertragsärztin oder Vertragsarzt tätig zu sein.	BVDN/BDN/BVDP e.V. Wulffstraße 8, 12165 Berlin info@bvdn.de
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 von Bedeutung sind.	diaplan, siehe oben
23.–25.3.2023 in Köln **Hybridveranstaltung** CME-Punkte beantragt	**ZNS-Tage 2023** Aktuelle Fragestellungen Neurologie und Psychiatrie; Berufspolitik, gemeinsame Vorträge im Plenum und individuelle Programmgestaltung durch Workshops	diaplan, siehe oben

Fortbildungsveranstaltungen 2022

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 DGNN	DGN Dienstleistungsgesellschaft mbH Reinhardtstraße 27 C, 10117 Berlin Tel.: 030 5314379-43 kongress@dgn.org
10.–12.11.2022 in Wiesbaden RheinMain CongressCenter, Friedrich-Ebert-Allee 1	**Schlafmedizin hautnah** 30. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin e.V.	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH Dirk Eichelberger/Dorothee Gröninger Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena Tel. 03641 3116-305/-396, Fax 03641 3116-243 info@dgsm-kongress.de | www.conventus.de
17.11.2022 in Regensburg Haus der Begegnung Universität	**Zentrale Fallkonferenzen der ErwachsenenAGATE**	sekretariat@amuep-agate.de
7.-10.12.2022 in Wien **+ online** Messe Wien Exhibition & Congress Center, Messeplatz 1	**16th European Headache Congress** Moving to a headache-less future	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena www.conventus.de

Geschäftsstelle des BVDN/BDN/BVDP

Wulffstraße 8, 12165 Berlin
Tel.: 030 94878310
Fax: 0322 268091-22
info@bvdn.de
info@berufsverband-neurologen.de
info@berufsverband-psychiater.de
www.bvdn.de
www.berufsverband-neurologen.de
www.berufsverband-psychiater.de
www.zns-news-neurologen-psychiater-nervenaerzte.de
www.neurologen-psychiater-corona-praxishilfe.info/

Cortex GmbH s. oben Geschäftsstelle
Geschäftsführer: Bernhard Michatz

BVDN

Berufsverband Deutscher Nervenärzte

www.bvdn.de

Vorstand des BVDN

Vorsitzende: Sabine Köhler, Jena; Klaus Gehring, Itzehoe
Stellvertretende Vorsitzende: Christa Roth-Sackenheim, Andernach
Schriftführer: Roland Urban, Berlin
Schatzmeister: Gereon Nelles, Köln
Beisitzer: Uwe Meier, Grevenbroich

1. Vorsitzende der Landesverbände

Baden-Württemberg: Birgit Imdahl
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: Gereon Nelles, Doris Augustin-Reuß
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

Vorstand des BDN

1. Vorsitzender: Uwe Meier, Grevenbroich
2. Vorsitzender: Martin Südmeyer, Potsdam
Schriftführer: Wolfgang Freund, Biberach
Kassenwart: Martin Delf, Hoppegarten
Beisitzer: Klaus Gehring, Itzehoe; Christoph Kosinski, Würselen; Thomas Duning, Bremen; Heinz Wiendl, Münster
Beirat: Hanna Josephin Eisenberg (Junge Neurologen); Tobias Warnecke (Versorgungsnetzwerke); Elmar W. Busch (GOÄ); Iris Penner, Düsseldorf (Neuroedukation/Neuropsychologie); Klaus Piwernetz, München (Qualitätsmanagement)

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: Sven Klimpe
Saarland: Richard Rohrer
Sachsen: Mario Meinig
Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe
Schleswig-Holstein: Matthias Nitschke
Thüringen: Oliver Tiedge
Westfalen: Martin Bauersachs

BVDP

Berufsverband Deutscher Psychiater

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 Biniasch, Christian Vogel
Baden-Württemberg: Thomas Hug
Berlin: Michael Krebs und Alicia Navarro-Urena
Brandenburg: Marion Nesimi
Bremen: Sebastian von Berg
Hamburg: Ute Bavendamm
Hessen: Martin Finger
Mecklenburg-Vorpommern: Caterina Jacobs
Niedersachsen: Greif Sander
Nordrhein: Egbert Wienforth
Rheinland-Pfalz: Wolfgang Rossbach
Saarland: David Steffen
Sachsen: Kriemhild Barth
Sachsen-Anhalt: Matthias Pilz
Schleswig-Holstein: Dirk Bendfeldt
Thüringen: Sabine Köhler
Westfalen: Michael Meyer

Online Mitglied werden

Für den Beitritt in die Vereine BDN, BVDP und BVDN e. V. können das umseitig abgedruckte Formular und jetzt neu auch Onlineformulare genutzt werden, womit alle erforderlichen Angaben digital auf verschlüsseltem Wege übermittelt werden.

Sie finden die Beitrittsformulare unter (siehe auch QR-Code):

www.bvdn.de/mitglied-werden

www.berufsverband-neurologen.de/mitglied-werden

www.berufsverband-psychiater.de/mitglied-werden

Berufsverband Deutscher Nervenärzte BVDN

Berufsverband Deutscher Neurologen BDN

Berufsverband Deutscher Psychiater BVDP

Ich will **Mitglied** werden!

An die Geschäftsstelle
Wul□straße 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 -quali kation (z. B. Psychotherapie, Sonogra e): _____

_____

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 Zutre endes ggf. streichen) widerru ich, 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 Verp ichtung 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 Mitglied - schaft 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. Christa Roth-Sackenheim (RoSa) (v. i. S. d. P.), Breite Straße 63, 56626 Andernach, c@dr-roth-sackenheim.de

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

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

Leitung Redaktion Facharztmagazine:
Markus Seidl (es)

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

Verlagsredaktion: Dr. rer. nat. Gunter Freese (Leitung), Tel.: 089 203043-1435, Fax: -203043-31435, gunter.freese@springer.com, Dr. rer. nat. Thomas Riedel (tr, -1327), Monika Hartkopf (Chefin vom Dienst, -1409), 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. 28 vom 1.10.2022.

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

Erstellungsort: München

Druck: Druckerei Kliemo Hütte 53, 4700 Eupen, Belgien

Abonnement: Die Zeitschrift erscheint 10-mal jährlich. Bestellungen nimmt der Verlag unter Tel.: 06221 345-0, per Fax: 06221 345-4229 sowie auch über das Internet unter www.springermedizin.de/neurotransmitter und jede Buchhandlung entgegen. Die Mindestlaufzeit des Abonnements beträgt ein Jahr. Danach verlängert es sich automatisch auf unbestimmte Zeit, ist aber ab dann jederzeit mit einer Frist von einem Monat kündbar. Die Kündigung muss in Textform an den Leserservice erfolgen.

Bezugspreise: Einzelheft 33 €, Jahresabonnement 249 € (für Studierende/AIW: 149,40 €), jeweils inkl. gesetzl. MwSt., zzgl. Versandkosten Inland 36 €, Ausland 63 €. Für Mitglieder des BVDN, BDN und BVDP ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten. Sonderpreis für DGPPN-Mitglieder: Jahresabonnement 69 €, inkl. gesetzl. MwSt., zzgl. Versandkosten (s. o.).

Copyright und allgemeine Hinweise: Zur Veröffentlichung kommen nur Beiträge, die an anderer Stelle weder angeboten noch erschienen sind. Die Autorinnen und Autoren sind verpflichtet zu prüfen, ob die Urheberschaft Dritter berührt wird. 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.

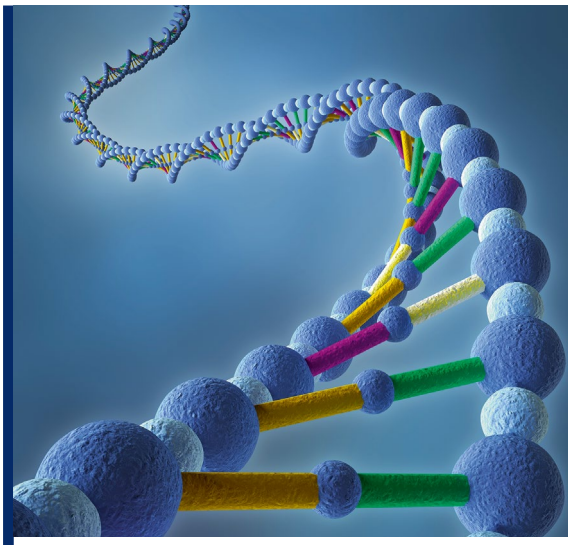
Die Wiedergabe von Gebrauchs-/Handelsnamen, Warenbezeichnungen etc. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher beliebig benutzt werden dürfen. 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 2022



© benjaminalbiach / Getty Images / iStock

Vorschau

Ausgabe 11/2022

November

erscheint am 18. November 2022

Neurogenetik

Durch die Diagnose einer neurogenetischen Erkrankung kann dem Patienten eine genauere Prognose zum Krankheitsverlauf geben werden. Zusätzlich können die Informationen auch für andere Familienmitglieder oder die Familienplanung wichtig sein. Zum anderen werden aber auch immer mehr Therapien für neurogenetische Erkrankungen entwickelt.

Ungewöhnliche Raumforderung

Bei einem 49-Jährigen mit akuter rechtsbetonter Gehstörung, leicht paretischer rechter Hand, zeitweiliger Sprechstörung und allgemeiner Schwäche werden im CT eine frische Blutung oder ein Apoplex ausgeschlossen, es gibt aber Hinweise auf ältere stattgehabte ischämische Ereignisse. Im Verlauf deckt die Diagnostik eine diskrete Raumforderung im Bereich der Olive links auf und führt so zur Diagnose eines seltenen degenerativen Krankheitsbildes.

AUBAGIO® 7 mg/14 mg Filmtabletten. **Wirkstoff:** Teriflunomid. **Zusammens.:** 1 Ftbl. enth.: 7 mg oder 14 mg Teriflunomid. *Sonst. Bestandt. m. bek. Wirkung:* Jede Tabl. enth. 72 mg Lactose (als Monohydrat). *Sonst. Bestandt.*: Lactose-Monohydrat, Maisstärke, mikrokrist. Cellulose, Carboxymethylstärke-Na, Hyprolose, Mg-Stearat, Hypromellose, Titandioxid, Talkum, Macrogol 8000, Indigocarmin Al-salz (nur Ftbl. 7 mg: Eisen(III)-hydroxid-oxid). **Anw.-geb.:** Erw. Pat. und Kinder und Jugendliche ab 10 Jahren m. schubförmig-remittierender Multipler Sklerose. **Gegenanz.:** Überempfindl. geg. Teriflunomid od. sonst. Bestandt., schwere Beeinträcht. d. Leberfkt. (Child-Pugh Stad. C); Schwangere od. Frauen i. gebärfähigen Alter, die während der Behandl. mit Teriflunomid u. so lange, wie die Plasmaspiegel über 0,02 mg/l liegen, oh. zuverläss. Empfängnisschutz (vor Beginn d. Behandl. muss Schwangerschaft ausgeschlossen werden); stillende Frauen; schwer beeinträcht. Immunstatus (z. B. AIDS); signifikant eingeschr. Knochenmarksfkt. od. signifik. Anämie, Leuko-, Neutro-, Thrombozytopenie; schwere aktive Infektion, bis diese sich zurückgebildet hat; schwere dialysepflicht. Niereninsuff.; schwere Hypoproteinämie, z. B. beim nephrotischen Syndrom. **Nebenw.:** *Infektionen u. parasitäre Erkr.*: Häufig: Grippe, Infekt. d. ob. Atemw., Harnwegsinfekt, Bronchitis, Sinusitis, Pharyngitis, Zystitis, virale Gastroenteritis, Herpes simplex labialis, Zahninfekt., Laryngitis, Tinea pedis. Gelegentl.: schwere Infekt. einschl. Sepsis. *Blut, Lymphsyst.*: Häufig: Neutropenie, Anämie. Gelegentl.: leichte Thrombozytopenie (Thrombozyten < 100 G/l). *Immunsyst.*: Häufig: leichte allerg. Reakt. Gelegentl.: Überempfindlichkeitsreaktionen, die sofort oder verzögert auftreten können, einschließlich Anaphylaxie und Angioödem. *Psyche*: Häufig: Angst. *Nerven*: Sehr häufig: Kopfschm. Häufig: Parästhesie, Ischialgie, Karpaltunnelsyndr. Gelegentl.: Hyperästhesie, Neuralgie, periph. Neuropathie. *Herz*: Häufig: Palpitationen. *Gefäße*: Häufig: Hypertonie. *Atemw., Brustr., Mediast.*: Gelegentl.: interstit. Lungenerkr. Nicht bekannt: Pulmonale Hypertonie. *GIT*: Sehr häufig: Diarrhoe, Übelk. Häufig: Pankreatitis, Oberbauchschmerzen, Erbrechen, Zahnschmerzen. Gelegentl.: Stomatitis, Kolitis. *Leber/Galle:* Sehr häufig: ALT erhöht. Häufig: GGT u. AST erhöht. Selten: akute Hepatitis. Nicht bek.: arzneimittelbedingter Leberschaden (DILI). *Stoffw./Ernähr.-stör.:* Gelegentl.: Dyslipidämie. *Haut, Unterhautzellgew.*: Sehr häufig: Alopezie. Häufig: Exanthem, Akne. Gelegentl.: Nagelerkrankungen, Psoriasis (einschließlich pustulöser Psoriasis), schwere Hautreaktionen. *Skelettmskl., Bindegew., Knochen*: Häufig: Schm. d. Mskl- u. Skelettsystems, Myalgie, Arthralgie. *Niere, Harnwege*: Häufig: Pollakisurie. *Geschlechtsorg., Brustdrüse*: Häufig: Menorrhagie. *Allgemein*: Häufig: Schmerz, Asthenie. *Untersuch.*: Häufig: Gewichtsabnahme, Neutrophilen-/Leukozytenzahl erniedrigt, erhöhte Kreatinin-Phosphokinasewerte im Blut. *Verletz., Vergift. u. d. Eingr. bed. Komplikat.*: Gelegentl.: posttraumat. Schmerzen. **Verschreibungspflichtig.** Pharmazeutischer Unternehmer: **sanofi-aventis groupe,** 54, rue La Boétie, F-75008 Paris, Frankreich. Örtlicher Vertreter d. Zulassungsinhabers**: Sanofi-Aventis Deutschland GmbH**, 65926 Frankfurt am Main. **Stand:** Juli 2021

Mehr Informationen zu AUBAGIO®
www.starke-basis.de

2201_AUB_C_ – MAT-DE-2200639-1.0-02/2022

sanofi