

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 62

Mitgliederbeilage
**NEUROTRANSMITTER-
TELEGRAMM**
KSV-Psych-Richtlinie

Proteste der Ärzteschaft 14

Grundstein für neue Widerstandskultur

KSV-Psych-Richtlinie 16

Erster Netzwerkverbund in Berlin gestartet

Videocall per Praxis-App 24

Mehr Spielraum bei der Leistungserbringung

Neurogenetik 36

Klinisch relevante genomische Varianten neurologischer Erkrankungen



Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.



» Warum der Gesundheitsminister von der Leistungsfähigkeit unserer Praxen trotz der vorliegenden Zahlen nicht zu überzeugen ist, erschließt sich mir nicht. «

Dr. med. Sabine Köhler, Jena
Vorsitzende des BVDN

Wird es kalt in Deutschland?

Die Schlagzeile „Bäcker leiden unter der Energiekrise“ ließ die Deutschen aufschrecken. Wir Ärzte stehen währenddessen fassungslos vor der Zerschlagung eines der wirksamsten Versorgungselemente des vor wenigen Jahren beschlossenen TSVG. Die nun eingestampfte Neupatientenregelung führte in allen und eben auch unseren Fachgruppen zu einer Fallzahlsteigerung, das zeigen die Daten des Zentralinstitutes der KBV. Offenbar kann der noch vor Jahren vehement auftretende Verfechter dieser Regelung die vorliegenden Statistiken nicht lesen. Die heutige Aussage, dass die Neupatientenregelung keinen Effekt hatte und deswegen wieder zurückgenommen werden soll ist nicht schlüssig. Was soll denn gespart werden, wenn der besser vergütete Mehrwert nicht eingetreten ist? Auch die Bezeichnung „Bonuszahlung“ ist ein Hohn. Wir haben lediglich den geltenden Punktwert vergütet bekommen! Hier ist die Politik auf öffentlich-rechtlichen Kanälen mit Fakenews unterwegs. Bitter ist zudem, dass es sehr wohl Unterstützung für Berufsgruppen im „Gesundheitssektor“ geben soll. Explizit sind in den Entwürfen des GKV-Finanzierungssatibilisierungsgesetz aber nur Kliniken, Apotheken und die Pflege genannt. Unsere vertragsärztliche Leistung seit der Coronakrise wird nicht entsprechend wahrgenommen. Politik und Krankenkassen verstehen nicht, dass dieser Versorgungssektor am effektivsten arbeitet und dafür auch ausgestattet werden muss.

Wir bleiben auf den Kosten sitzen

Bäcker leiden unter der Energiekrise, viele Menschen sorgen sich, ihre Strom- und Gasrechnungen nicht mehr bezahlen zu können und auch in unseren Praxen wird der Betrieb deutlich teurer. Dabei gehören wir nicht einmal zu den Fachrichtungen mit sehr hohen Kosten, wie etwa Radiologen. Wir tragen jedoch Verantwortung für unsere Angestellten. Coronaprämien wurden den MFA strukturell nicht ermöglicht – diese und Lohnerhöhungen zur Aufrechterhaltung des Lebensunterhaltes zahlen wir Praxisinhabende. Es wird deutlich: Wir müssen unsere berufspolitische Präsenz in Berlin noch weiter verstärken!

Die Spaltung der Versorgung in ambulante und stationäre Leistungserbringer ist ein Hindernis im Bemühen, die Versorgung zu verbessern. Wichtig und richtig wären ein Aufschrei der *gesamten* Ärzteschaft – egal ob in Kliniken oder Praxen – und eine Petition, die mit Unterschriften unserer Patientinnen und Patienten Berlin flutet. Allein, für gemeinsame Aktivitäten braucht es konstruktiven Austausch zwischen den Akteu-

ren und dafür müssen zunächst Differenzen benannt, Unterschiede anerkannt und von beiden für beide Seiten Wertschätzung ehrlich gezeigt werden.

Der GKV-SV hat in den Honorarverhandlungen einen Zuschlag zum Orientierungspunktwert von 2 % zugestanden – ein Hohn angesichts der in den vergangenen Jahren bereits unzureichenden Punktwelterhöhung und der aktuellen Inflation im zweistelligen Prozentbereich. Dass die Krankenkassen mehrere tausend „Gesundheitskioske“ betreiben und damit eigentlich kommunale Aufgaben der Daseinsfürsorge übernehmen sollen, zeugt von der fachlichen Ferne des Gesundheitsministers zur Versorgungswirklichkeit in Deutschland.

Mut und Tatkraft sind gefordert

In Berlin sitzt ein Minister, der bereits vor vielen Jahren Ideen zur Abschaffung der zweiten Facharztschiene gestreut hat. Warum er von der Leistungsfähigkeit unserer Praxen trotz der vorliegenden Zahlen nicht zu überzeugen ist, und welche Gründe es gibt, Überversorgung in Kliniken zu erhalten und Apothekern – bei fehlender fachlicher Kompetenz – für eigentlich ärztliche Aufgaben zusätzliche Gelder zu genehmigen, erschließt sich mir nicht. Ich rufe Sie auf, mutig und tatkräftig zu sein. In den kommenden Monaten finden Wahlen in den Landesärztekammern statt. Engagieren Sie sich in diesen demokratisch gewählten Gremien und setzen Sie ihren Sachverstand ein, um Versorgung zu verbessern! Gehen Sie auf unsere jungen Kolleginnen und Kollegen zu und demonstrieren Sie die Leistungsstärke Ihrer Praxen sowie die erfüllende vertragsärztliche Arbeit! Gehen Sie in das Gespräch mit Ihren lokalen Bundestagsabgeordneten und werden Sie nicht müde, das Leistungsniveau und die Versorgungsdichte Ihrer Praxen darzustellen.

Wenn es kalt wird in Deutschland, müssen wir dichter zusammenrücken. Als Ihre Bundesverbände bieten wir Ihnen Beratung und Unterstützung für berufspolitische Arbeit auch in den Ländern an. Entscheidungen fallen in Berlin und hier sind wir mit einem wachsenden und sich mehr und mehr professionalisierenden Team am Start!

Ihre

Sabine Köhler

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

3 Editorial

Wird es kalt in Deutschland?

Sabine Köhler

Gesundheitspolitik

8 Gesundheitspolitische Nachrichten

- Neupatientenregelung gestrichen – Zuschläge zur Terminvermittlung kompensieren Wegfall nicht
- KV Nordrhein: Dr. Frank Bergmann einstimmig zum Vorsitzenden wiedergewählt
- Lauterbach will jede vierte stationäre Behandlung ambulantisieren

Christa Roth-Sackenheim

Aus den Verbänden

10 Selbstbestimmtes Sterben

Suizidprävention muss gestärkt werden

Sabine Köhler

14 GKV-Finanzstabilisierungsgesetz

Ärztenschaft legt Grundstein für eine neue Widerstandskultur

Christa Roth-Sackenheim

16 Versorgung im Netzverbund

KSV-Psych-Richtlinie ist in Berlin gestartet

Sabine Köhler

17 BVDN-Landesverband Sachsen-Anhalt

Kosten, Digitalisierung und HVM – dringende Verbesserungen notwendig

Michael Schwalbe

20 Neue Gebührenordnung für Ärzte

Test der GOÄ soll bis Jahresende beendet werden

Christa Roth-Sackenheim

22 MSnetWork: Erprobung neuer Versorgungsformen im Alltag

Interview mit Dr. Oliver Fasold

Barbara Prodanovic

24 Praxis-Apps „Mein Psychiater“ und „Mein Neurologe“

Direkter Videocall als attraktive Alternative zur telefonischen Beratung

Christa Roth-Sackenheim

☐ = Dieser Beitrag ist ein Titelthema.



14 Ärzteschaft folgt Protestaufruf

Viele Niedergelassene fühlen sich und ihre Leistungen nicht angemessen wertgeschätzt. Dem Aufruf der KBV folgend, gingen im Oktober Ärztinnen und Ärzte daher vielerorts auf die Straße, um unter anderem der Forderung zum Erhalt der Neupatientenregelung Nachdruck zu verleihen.

Bitte aktualisieren Sie Ihre Mitgliedsdaten!

Um eine möglichst große Reichweite für unsere berufspolitischen Informationen nutzen zu können, möchten wir Sie bitten, Ihre Mitgliedsdaten zu aktualisieren. Denn nicht von allen Mitgliedern liegen uns eine aktuelle Mailadresse oder Telefonnummer vor. Daher bitten wir **jedes Mitglied** unter <https://s.zns-news.de/mitgliederdaten> oder über den QR-Code die eigenen Daten nochmals aktuell einzugeben. Um die Teilnahme zu versüßen, wird Ihnen nach Abschluss der Dateneingabe ein **Rabattcode** für die vergünstigte Teilnahme an den **ZNS-Tagen 2023** angezeigt.



Wie Sie uns erreichen

Verlagsredaktion:

Dr. rer. nat. Gunter Freese
Telefon: 089 203043-1435, Fax: 089 203043-31435
gunter.freese@springer.com

Schriftleitung:

Dr. med. Sabine Köhler
sab.koehler@web.de

Aboservice:

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

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Rund um den Beruf

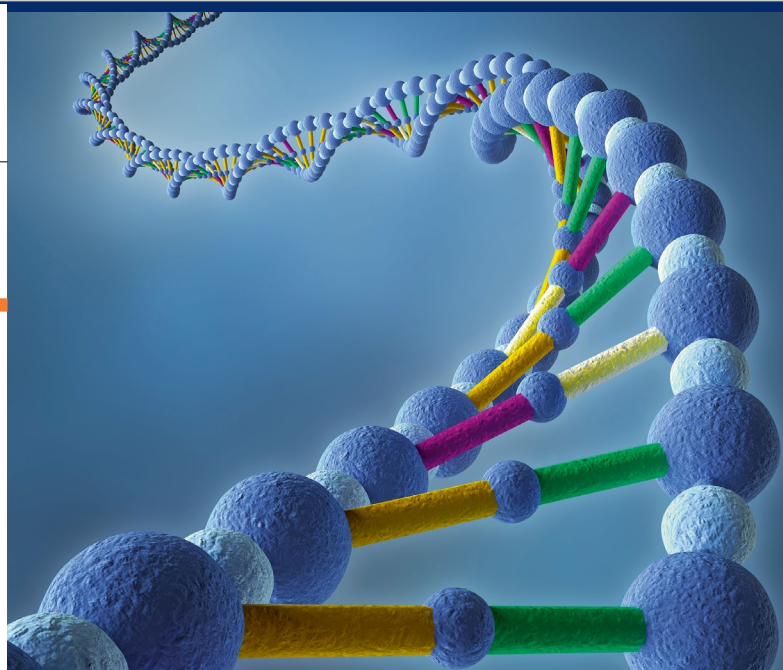
- 26 Ambulant sensitive Krankenhausfälle in der Psychiatrie**
Was Praxen leisten können
Sabine Köhler
- 30 Entscheidung des Bundesarbeitsgerichts**
Arbeitszeiterfassung wird auch in Arztpraxen zur Pflicht
Jörg Hohmann, Martin Schmidt
- 32 Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz**
Nachweis der Haftpflichtpolice gegenüber Zulassungsgremien
Jörg Hohmann
- 34 „Die Psychiatrie ist eine eigenständige und notwendige Disziplin“**
Interview mit Rüdiger Saßmannshausen
Christa Roth-Sackenheim

Fortbildung

- 36 CME Neurogenetik**
Klinisch relevante genomische Varianten neurologischer Erkrankungen
Astrid Nümann, Natalie Deininger, Tobias B. Haack, Benita Menden
- 43 CME Fragebogen**
- 46 Ungewöhnliche Raumforderung**
Neurologische Kasuistik
Wolfgang Freund

Journal

- 58 PSYCHOPATHOLOGIE IN KUNST & LITERATUR**
Medizingeschichtliches Infotainment – Anmerkungen zu Jürgen Thorwald
Gerhard Köpf
- 62 NEUROTRANSMITTER-GALERIE**
59. Internationale Kunstausstellung, La Biennale di Venezia 2022 – Metamorphose
Angelika Otto
- 33 Kleinanzeigen**
- 54 Pharmaforum**
- 64 Termine**
- 65 Verbandsservice**
- 67 Impressum/Vorschau**

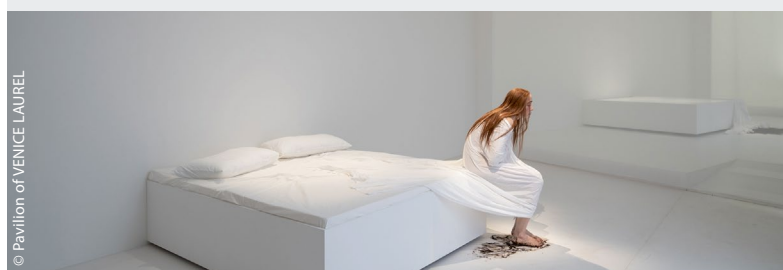


36 Neurogenetik

Die molekulare Diagnose einer neurogenetischen Erkrankung ermöglicht es, den Patientinnen und Patienten eine genauere Prognose zum Krankheitsverlauf zu geben. Diese Informationen können auch für Familienmitglieder oder die Familienplanung wichtig sein. Zum anderen hat die schnelle Identifizierung der krankheitsursächlichen genomischen Varianten eine besondere Bedeutung für die frühzeitige Einleitung und Entwicklung spezifischer Therapien.

Hinweis

Ab Seite 52 finden Sie den Medizin Report aktuell „Akuttherapie der Migräne – Einsatz von NSAR und Triptanen“. Wir bitten um Beachtung.



Titelbild (Ausschnitt): „Alloro“.
Lesen Sie mehr in der „Galerie“ ab Seite 62.

Gesundheitspolitik

BUNDESTAG BILLIGT GKV-FINANZSTABILISIERUNGSGESETZ

Neupatientenregelung gestrichen – Zuschläge zur Terminvermittlung kompensieren Wegfall nicht

➔ Die Neupatientenregelung, vor drei Jahren mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) eingeführt, damit neue Patienten schneller einen Termin bekommen, wird zum 1. Januar 2023 abgeschafft. Der Bundestag hat dies mit der Verabschiedung des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes am 20. Oktober 2022 beschlossen. Im Gegenzug sollen die Zuschläge für eine schnelle Terminvermittlung erhöht werden. Nach der neuen Regelung sollen wir für Patientinnen und Patienten, die über die Terminservicestellen (TSS) vermittelt werden, abhängig von der Schnelligkeit der Vermittlung Zuschläge von 100 %, 80 % oder 40 % zur Versicherten- und Grundpauschale erhalten. Fachärztinnen und Fachärzte können diese Zuschläge auch dann abrechnen, wenn sie Erkrankte kurzfristig auf hausärztliche und nicht über TSS-Vermittlung behandeln. Hausärztinnen und -ärzte erhalten für die Vermittlung statt 10 € künftig 15 €. Bei akuter Erkrankung beträgt der Zuschlag 200 %, in diesem Fall muss die TSS den Termin vermitteln und die Behandlung spätestens am nächsten Tag erfolgen. Leistungen, die in den offenen Sprechstunden erbracht werden, sollen zum 1. Januar

2023 weitestgehend aus der gedeckelten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezahlt werden. Ursprünglich sollten die Krankenkassen zusätzliche Finanzmittel bereitstellen, damit Versicherte schneller einen Facharzt konsultieren können. Mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz will die Bundesregierung die Defizite in der GKV ausgleichen. Dazu wurde auch beschlossen, den Bundeszuschuss für 2023 um 2 Milliarden € auf nun 16,5 Milliarden € und den Zusatzbeitrag für Versicherte um 0,3 % zu erhöhen.

Im Vorfeld der Streichung der Neupatientenregelung gab es viele Protestaktionen. Diese werden sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene der KVen fortgesetzt.

Kommentar: Die Abschaffung der Neupatientenregelung in Kombination mit der Beschränkung der Finanzierung der offenen Sprechstunde sorgt dafür, dass sich die Lage der ohnehin chronisch unterfinanzierten ambulanten neuropsychiatrischen Versorgung weiter verschlechtern wird. Während den Krankenhäusern die notwendige finanzielle Ausstattung zugestanden wird, was auch richtig ist, wird der vertragsärztliche Sektor erneut be-

nachteiligt. Als Berufsverbände sind wir auf ganzer Linie frustriert und maßlos enttäuscht von diesem Beschluss, da wir uns durch die Politik in unserer Leistung missachtet und nicht wertgeschätzt fühlen. Dabei haben gerade neurologische und psychiatrische Praxen die Neupatientenregelung laut Daten des ZI umsichtig und zielgerichtet genutzt, hier wurden lediglich 10–12 % Neupatienten zusätzlich zu den häufig chronisch kranken Patientinnen und Patienten versorgt.

Für unsere Fachgruppen sind die Streichung der Neupatientenregelung und die Rücknahme der extrabudgetären Vergütung der Leistungen der offenen Sprechstunde besonders schmerzhaft. Zudem haben wir in der Vergangenheit die Erfahrung machen müssen, dass die TSS zwar grundsätzlich ihre Arbeit sehr gut machen, dieser Service aber häufig von schwer und chronisch kranken Menschen kaum bis gar nicht genutzt wird. Die TSS haben sich eher zu einem Service-Instrument für leicht bis mittelschwer akut Erkrankte entwickelt, die sich gut um die eigene Gesundheitsfürsorge kümmern können, zum Beispiel einen Dringlichkeitscode in der Hausarztpraxis einfordern. Psychotherapie-Suchende können sich weiterhin direkt, ohne einen Dringlichkeitscode an die TSS wenden. Bei einem akuten Diagnostik- oder Therapiebedarf bei unseren Patientinnen und Patienten telefonieren wir nach wie vor selbst unser Netzwerk ab und vereinbaren eine Mit- oder Weiterbehandlung. Bitte unterstützen Sie die künftigen Proteste ihrer KVen und organisieren Sie einzelne Aktionen, die sich für Sie sinnvoll umsetzen lassen, gegebenenfalls auch unter Einbezug von Patientinnen und Patienten. Informationen hierzu finden Sie unter anderem auf unseren Webseiten. Wir rufen als Berufsverbände nicht generell zu Leistungskürzungen in den Praxen aus dieser Protesthaltung heraus auf. Wir sind aber überzeugt und warnen deshalb eindringlich davor, dass sich bei weiterer fehlender Unterstützung das bisherige Leistungsangebot nicht wird aufrechterhalten lassen.

KV Nordrhein: Dr. Frank Bergmann einstimmig zum Vorsitzenden wiedergewählt

In ihrer konstituierenden Sitzung hat die Vertreterversammlung der KV Nordrhein am 22. Oktober 2022 neu über den künftigen KV-Vorstand entschieden: Zum alten und zugleich neuen Vorstandsvorsitzenden wurde von den insgesamt 50 Delegierten einstimmig Dr. med. Frank Bergmann aus Aachen gewählt. An seiner Seite wurde der Düsseldorfer Hausarzt Dr. med. Carsten König als stellvertretender Vorsitzender im Amt bestätigt. Beide üben ihre Vorstandspositionen seit dem Jahr 2017 aus.

Der neue Vorstand der KV Nordrhein wird sein Amt zum 1. Januar 2023 antreten und für die Zeit von sechs Jahren die Interessen der rund 19.500 im Rheinland niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzte sowie psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten vertreten.

Die Berufsverbände BVDN, BVDP und BDN gratulieren dem langjährigen BVDN-Vorsitzenden Frank Bergmann herzlich zur Wiederwahl und wünschen ihm auch weiterhin politisches Geschick und eine glückliche Hand für seine Tätigkeit.

KRANKENHAUSREFORM

Lauterbach will jede vierte stationäre Behandlung ambulantisieren

Der von der Ampel-Regierung eingeschlagene Weg der verstärkten Ambulantisierung wird mit großem Tempo weiter beschritten. So sollen die Krankenhäuser hierzulande bereits ab dem 1. Januar 2023 alle dafür geeigneten Behandlungen als Tagesbehandlung durchführen dürfen. Eine entsprechende Empfehlung hat die von Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach eingesetzte „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ erarbeitet, die am 27. September 2022 in Berlin vorgestellt wurde.

Die Vergütung soll über eine Anpassung des diagnosebezogenen Fallpauschalensystems (diagnosis related groups, DRG) geregelt werden. Nach Schätzung der Kommission könnten durch die Neuerungen bis zu einem Viertel aller heute vollständig stationär erbrachten Behandlungen ambulantisiert werden. Lauterbach will mit der Reform ein nach seinen Worten „ganz zentrales Problem der deutschen Krankenhausversorgung“ angehen. Es gebe in Deutschland viel zu viele Betten und viel zu viele stationäre Behandlungen. Angesichts des Fachkräftemangels in der Pflege gebe es keine Kapazitäten mehr, um „dieses ineffiziente System“ zu bedienen.

Eine verringerte Belegung in der Nacht könne zudem erheblich dazu beitragen, die Attraktivität des Pflegeberufs zu erhöhen – schließlich würden dann spürbar weniger Dienste in Randzeiten notwendig.

Mit der Neuerung soll es möglich sein, sämtliche bislang vollstationär erbrachten Behandlungen – soweit medizinisch vertretbar – als Tagesbehandlungen durchzuführen. Aufgrund des erheblichen medizinischen Fortschritts und verbesserter Patientensicherheit, sei das bei immer mehr Untersuchungen, Eingriffen und Behandlungen der Fall. Die Tagesbehandlungen sollen sich auch über mehrere Tage erstrecken können, wobei eine zwischenzeitliche Unterbrechung für maximal zwei Tage am Stück – zum Beispiel durch ein Wochenende – mehrfach möglich sein soll. Für die Durchführung einer stationären Behandlung als Tagesbehandlung soll die vorherige Zustimmung der Patienten notwendig sein. Komplexe oder risikoreiche Behandlungen, die für eine Tagesbehandlung nicht in Betracht kommt, werden laut Kommission nicht gesondert ausgewiesen. Es liege in der Verantwortung der Krankenhäuser zu entscheiden, ob sich eine Behandlung als Tagesbehandlung eigne oder nicht.

Von den neuen Vorgaben ausgeschlossen werden soll das Fach Psychiatrie, in dem Tageskliniken bereits flächendeckend etabliert sind und das nicht nach DRG abrechnet. In anderen Fächern bereits existierende Tageskliniken sollen erhalten bleiben und wie bisher vergütet werden. Sie können demnach keine Tagesbehandlungen abrechnen.

Kommentar: Gesundheitsminister Lauterbach hat sich in dieser Legislaturperiode eine große Krankenhausreform vorgenommen, die ohne Frage seit langem überfällig ist. Das Thema Ambulantisierung ist hier ein Schlagwort, das im Zusammenhang mit der Krankenhausreform stets ohne den bereits bestehenden, hocheffektiven vertragsärztlichen Sektor gedacht wird. Statt tragfähige Konzepte zu einer Verzahnung zu schaffen, scheint auch dieser Vorschlag die Sektorengrenzen eher zu zementieren. Argumentiert wird hier zudem noch mit einer Verbesserung der Attraktivität des Pflegeberufs durch Wegfall von Nachtdiensten. Das ist letztlich an Zynismus kaum zu überbieten. Geht diese Annahme doch davon aus, dass etwa ein Viertel der stationären Behandlungen unnötige Übernachtungen beinhalten.

Wer in der letzten Zeit mit stationär somatisch tätigen Kolleginnen und Kollegen gesprochen hat, hat erfahren, dass der Medizinische Dienst der Krankenkassen in solchen Fällen in



Gesundheitspolitische Nachrichten kommentiert von

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

erheblichem Umfang den Rotstift ansetzt. Das ist also bereits jetzt ein Bereich, in dem die Betreiber der Krankenhäuser sehr streng kalkulieren, einfach um nicht auf ihren Kosten sitzen zu bleiben. Die Bevölkerung wird immer älter und multimorbider. Man kann nicht einfach annehmen, dass ein Viertel der Übernachtungen verzichtbar sei. Für die Pflegekräfte würde sich, sollte das so kommen, durch die hohe Patientenfluktuation bei den „Tagesbehandlungen“ ein sehr viel stärker verdichtetes Arbeiten ergeben. Die Bundesärztekammer argwöhnt, dass profitorientierte Klinikbetreiber über diese Möglichkeit personelle Unterbesetzungen kaschieren und Profite steigern könnten. Die Krankenkassen befürchten sogar, dass das Vorhaben Anreize schaffen würde, eher mehr stationär zu behandeln (BKK Dachverband, Knieps, 11. Oktober 2022)

Das Fach Psychiatrie von diesem Ansatz auszunehmen, ist sicher grundsätzlich sinnvoll, da sich das Vergütungssystem hier ja bereits von der DRG-Systematik der somatischen Krankenhäuser unterscheidet. Es fehlt uns aber seit vielen Jahren ein tragfähiges Konzept, um ambulant intensive Versorgung machen zu können, sowohl im vertragsärztlichen Bereich als auch für psychiatrische Institutsambulanzen, Tageskliniken oder stationäre Konzepte. Hier drückt uns der Schuh schon lange.

Aus den Verbänden

Selbstbestimmtes Sterben

Suizidprävention muss gestärkt werden

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Sterbehilfe hat eine breite Debatte über die Neuregelung des Sterbehilferechts ausgelöst. Über die Fraktionsgrenzen hinweg haben Abgeordnete verschiedene Gesetzesentwürfe ausgearbeitet. Die Bedeutung einer fachärztlichen Expertise war selten so deutlich, wie in der aktuellen Diskussion.

Das Bundesverfassungsgericht hat im Februar 2020 das im Jahre 2015 vom Bundestag beschlossene Verbot der „geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung“ für nichtig erklärt. Das Gericht leitet aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben ab. Dieses Recht schließt auch die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen und hierfür die Hilfe Dritter zu suchen.

Eine Regelung der Abgabe und Verordnungsmöglichkeit von Medikamenten zur Selbsttötung (Phenobarbital) er-

folgte nicht. Mittlerweile liegen mehrere Vorschläge und Gesetzesentwürfe vor, die der Regelung einer möglichen Suizidbeihilfe dienen sollen. Entscheidend für die Bewertung der „Beurteilung zur Selbsttötung“ insbesondere nach strafrechtlichen Aspekten ist die Einschätzung des „freien Willens“ des Suizidwilligen. Als in der Versorgung psychisch Kranker tätige Fachärztinnen und Fachärzte wissen wir um die Bedeutung und graduelle Gefahr von Suizidabsichten unserer Patientinnen und Patienten,

aber auch von vermeintlich psychisch Gesunden. Bei der Umsetzung der unumkehrbaren Selbsttötung muss zuvor geprüft und sicher festgestellt werden, dass die Entscheidung im Zustand des „freien Willens“ erfolgte.

Wir blicken sehr differenziert auf die große Anzahl von Patientinnen und Patienten, die im Rahmen ihrer psychischen Erkrankung suizidale Impulse spüren. Für diese Patienten mit einer behandelbaren psychischen Erkrankung steht nun eine Methode zur Selbsttötung



Wo der freie Wille endet und die Suizidalität beginnt ist für Betroffene schwer zu erkennen. Geschulte Fachkräfte sind erforderlich, wenn Methoden zur Selbsttötung verfügbar gemacht werden sollen, insbesondere bei potenziell vorübergehenden Krankheitsphasen.

legal und erreichbar zur Verfügung. Hier besteht die Gefahr, dass in der potenziell vorübergehenden Krankheitsphase dieser nicht rückgängige Weg genutzt wird.

Das Thema „Sterbehilfe“ bewegt weiterhin die Menschen und war letztlich im Sommer 2022 Thema einer Debatte im Bundestag. 85 Abgeordnete hatten einen Gesetzesentwurf unterzeichnet, der die Suizidprävention in den Vordergrund stellte.

Gesetzesentwürfe zur Suizidprävention

Aktuell liegen drei Gesetzesentwürfe zur Suizidprävention vor, keiner sieht eine Pflicht zur ärztlichen Mitwirkung zur Selbsttötung vor. Diese Gesetzesentwürfe werden hier kurz vorgestellt.

Regelung der Suizidhilfe

Der „Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe“ wurde unter anderem von den Abgeordneten Katrin Helling-Plahr und Dr. Petra Sitte erarbeitet. Er soll das Recht auf einen selbstbestimmten Tod legislativ absichern und klarstellen, dass die Hilfe zur Selbsttötung straffrei möglich ist. Bezogen auf psychische Krankheiten wird in § 3 Absatz 1 beschrieben, dass freier Wille angenommen wird, wenn keine akute psychische Krankheit vorliegt. Auf das Vorliegen einer chronischen psychischen Erkrankung gehen die Autorinnen und Autoren nicht ein. Hier besteht eine erhebliche Unschärfe der die Entscheidung begrenzenden psychischen Situation.

Wohnortnah sollen Beratungsstellen eingerichtet werden, die für Suizidwillige eine Beratung kostenfrei vornehmen. Diese Beratung soll nicht durch die Person erfolgen, die dann später gegebenenfalls zur Beihilfe (frühestens zehn Tage bis höchstens acht Wochen nach dem Beratungsgespräch) zur Selbsttötung zur Verfügung steht. Die Verortung der Beratungsstelle ist beschrieben, die Person, die eine Beratung durchführt, jedoch zunächst nicht. In § 4 Absatz 6 heißt es: „Soweit erforderlich, sind zur Beratung

im Einvernehmen mit der Person mit Suizidwunsch andere, insbesondere ärztlich, fachärztlich, psychologisch, sozialpädagogisch, sozialarbeiterisch oder juristisch ausgebildete Fachkräfte [...] hinzuzuziehen.“ Das bedeutet, wenn

» Wird die Notwendigkeit einer fachärztlichen Einschätzung im ersten Beratungsgespräch nicht erkannt, erfolgt keine ausreichende medizinische Prüfung des Vorliegens einer psychischen Erkrankung.«

die Notwendigkeit einer fachärztlichen Einschätzung im ersten Beratungsgespräch nicht erkannt wird, erfolgt keine ausreichende medizinische (einschließlich psychiatrische) Prüfung des Vorliegens einer psychischen Erkrankung und der damit verbundenen Einschränkung des freien Willens.

Für die Verordnung des Medikaments ist eine Änderung des Betäubungsmittelgesetzes vorgesehen. Der bei der Selbsttötung behilfliche Arzt, der das dazu dienende Arzneimittel verschreibt, muss über den Vorgang genau aufklären und bestätigen, dass die Entscheidung unter autonom gebildeten freien Willen vom Patienten getroffen wurde. Allerdings ist nicht vorgeschrieben, dass es sich hier um eine Psychiaterin oder einen Psychiater handelt – eine Einschätzung vorliegender psychischer Erkrankungen kann also auch an dieser Stelle nicht fachgerecht erfolgen.

Recht auf selbstbestimmtes Sterben

Der „Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben und zur Änderung weiterer Gesetze“ wurde unter anderem von den Abgeordneten Renate Künast und Dr. Nina Scheer erarbeitet. In diesem Gesetzesentwurf soll geregelt werden, dass die Betroffenen einen „sicheren Zugang zu bestimmten Betäubungsmitteln“, die der Selbsttötung dienen, eröffnet wird.

Eine Unterscheidung wird zwischen Betroffenen, die ihren Tod wegen einer

schweren Krankheit anstreben und denen, die aus anderen Gründen diesen Wunsch äußern, getroffen. Ärztinnen und Ärzte sollen bei der ersten Gruppe die wesentlichen Entscheidungen treffen. Bei Betroffenen der zweiten Gruppe

sollen diese keine zentrale Rolle haben, allerdings soll die Dauerhaftigkeit eines selbstbestimmten Entschlusses dokumentiert werden. Der Zustand des „freien Willens“ wird grob umschrieben. Besteht Zweifel am Vorliegen des „freien Willens“, soll ein Gutachten eingeholt werden. Die Prüfung der Voraussetzungen für die Anwendung der Verordnung eines Medikaments zur Selbsttötung soll durch zwei unabhängig voneinander ärztlich Tätige im Abstand von zwei bis zwölf Wochen erfolgen. Gesetzliche Betreuerinnen oder Betreuer können keine entsprechende Erklärung für die von ihnen Betreuten abgeben. Eine Patientenverfügung kann den assistierten Suizid nicht regeln.

Strafbarkeit und Freiverantwortlichkeit

Das „Gesetz zur Strafbarkeit zur geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung“ wurde unter anderem von den Abgeordneten Dr. Lars Castellucci, Ansgar Heveling und Dr. Kirsten Kapert-Gonthier erarbeitet. In diesem Entwurf wird versucht, ein gestuftes Konzept zum Schutze des Individuums zu beschreiben und den sensiblen Bereich der „geschäftsmäßigen Hilfe“ zur Selbsttötung zu regeln. Ausdrücklich sollen „Vorkehrungen getroffen werden, dass Personen nicht in schweren Lebenslagen in die Situation gebracht werden, sich

mit solchen Angeboten (Suizidhilfe) auch nur näher zu befassen oder sich hierzu explizit verhalten zu müssen“. Bei grundsätzlicher, die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung vorliegender Straffälligkeit soll im § 217 Absatz 2 Strafgesetzbuch (StGB) eine Ausnahmeregelung formuliert werden.

Ein Facharzt oder eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie soll im Abstand von drei Monaten zu zwei Terminen eine Untersuchung vornehmen und dabei eine „ergebnisoffene Beratung mit einem auf die Situation des/der Betroffenen angepassten interdisziplinären Ansatz“ leisten. Dieser Gesetzesentwurf beschreibt als einziger sehr deutlich die wichtige Rolle der Psychiaterinnen und Psychiater bei der Beurteilung der psychischen Gesundheit und spannt den empfohlenen Beratungsbogen ausgehend von der psychiatrischen Untersuchung über weiter bestehende psycho-

förderung zu den Ursachen und der Prävention von Suizidalität,

- Vorbeugung von Suizidalität durch die Verbesserung der Lebensbedingungen, etwa durch Armutsbekämpfung und soziale Unterstützung sowie Maßnahmen gegen Vereinsamung,
- Verfügbarkeit von leicht erreichbaren interdisziplinären, alters- und zielgruppenspezifischen Angeboten gemäß dem tatsächlichen Bedarf
- zur Beratung von Menschen mit Suizidgedanken beziehungsweise von gefährdeten Risikogruppen und ihren Angehörigen (z. B. psychosoziale Beratung oder Suchtberatung),
- zur Behandlung (u. a. Angebote Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, Schmerztherapie, Geriatrie),
- zur Unterstützung am Lebensende (Hospiz- und Palliativversorgung),
- Reduzierung der Zugänglichkeit von Suizidmitteln und -orten.

»Wissend um die Häufigkeit suizidaler Gedanken bei Menschen mit psychischen Erkrankungen erscheint die zwingende Vorschrift einer fundierten psychischen Untersuchung unumgänglich.«

therapeutische Behandlungs- und sozialmedizinische Beratungsinstanzen.

Nach dem letzten Beratungsgespräch muss eine Wartezeit von mindestens zwei Wochen eingehalten werden. Ein Werbeverbot für Suizidhilfe ist vorgesehen.

Fraktionsübergreifender Antrag zur Suizidprävention

Im Anschluss an die Bundestagsdebatte wurde ein fraktionsübergreifender Gruppenantrag unter der Überschrift „Suizidprävention stärken und selbstbestimmtes Leben erleichtern“ an den Rechtsausschuss überwiesen. Sehr konkret wird beschrieben, dass die Anfrage nach Suizidbeihilfe bei erleichtertem Zugang steigen wird und vulnerable Personengruppen geschützt werden müssen. Für eine effektive Suizidprävention sollen folgende Aspekte verfolgt werden:

- Enttabuisierung und Entstigmatisierung von Suizidgedanken, unter anderem durch Informations- und Aufklärungsarbeit sowie durch Forschungs-

Ausdrücklich fordert der Antrag, dass spezifische Fort- und Weiterbildung im Bereich „Suizidprävention“ in Berufsverbänden und Kammern entwickelt wird und berufsgruppenspezifische Qualitätsstandards mit entsprechender Zertifizierung an Bedeutung gewinnen.

Fachliche Expertise einfordern

Aktuell laufen Beratungen in den verschiedenen Fachgremien. Wissend um die Häufigkeit suizidaler Gedanken, Impulse und Umsetzungsgrade bei Menschen mit psychischen Erkrankungen erscheint die zwingende Vorschrift einer fundierten psychiatrischen Untersuchung unumgänglich.

Die Bedeutung unserer fachlichen Expertise war selten so deutlich, wie in der aktuellen Diskussion um die planbare Beendigung menschlichen Lebens. Medizinische Kenntnisse somatischer Erkrankungen und deren Behandlungen sowie psychotherapeutisches Wissen und Handeln sind hier integrierend gefordert und können nur durch entspre-

chend ausgebildete Fachärztinnen und Fachärzte geleistet werden.

Angesichts der in unseren Fachbereichen bestehenden und medial präsenten Wartezeitendiskussion erscheint vielen Entscheidungsträgern die verpflichtende Hinzuziehung einer Psychiaterin oder eines Psychiaters nicht durchführbar. Die Diskussion der Gesetzesentwürfe wird inhaltlich bereits begrenzt durch eine angenommene, strukturell vermeintlich nicht zur Verfügung stehende fachliche Expertise in ausreichendem Ausmaß (Anzahl der Psychiaterinnen/Psychiater). Allerdings gibt es dazu keine Erhebung. Zahlen, wie häufig eine entsprechende Beratung überhaupt angefragt werden wird, stehen nicht zur Verfügung. Die Möglichkeit der Steuerung im Rahmen der vertragsärztlich bestehenden Steuerungsfunktionen der Terminservicestellen wurde bisher nicht bedacht.

Außerdem muss erneut die Bedarfsplanung im Bereich Psychiatrie auf den Prüfstand kommen. Wieder wird deutlich, dass Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, neben den intensiviert im Lebensumfeld der Patientinnen und Patienten zu erbringenden Leistungen und wachsender Inanspruchnahme der Bürgerinnen und Bürger, hier in die Gesellschaft für das Wohl der Menschen hineinwirken müssen. Es müssen Maßnahmen ergriffen werden, die die Anzahl dieser Facharztgruppe vergrößert. Diese müssen im Medizinstudium bereits beginnen (Präsenz des Faches in frühen Semestern), in der Facharztweiterbildung mit verpflichtender Präsenz des vertragsärztlichen Versorgungsbereiches vertreten sein und zu einer Vermehrung der Vertragsarztsitze in allen Regionen Deutschlands führen.

AUTORIN

Dr. med. Sabine Köhler

Vorsitzende des BVDN
Fachärztin für
Psychiatrie und
Psychotherapie
sab.koehler@web.de



Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.



Ob auf der Straße oder im Saal, der Unmut der Ärzteschaft über das verabschiedete GKV-Finanzstabilisierungsgesetz ist groß.

GKV-Finanzstabilisierungsgesetz

Ärzeschaft legt Grundstein für eine neue Widerstandskultur

Für den Herbst hatte die KBV zu Protesten gegen die Abschaffung der Neupatientenregelung im GKV-Finanzstabilisierungsgesetz aufgerufen. Vielerorts versammelten sich Praxisteams, vertragsärztlich und -psychotherapeutisch Tätige, um ein Zeichen für den Erhalt zu setzen, so auch am 12. Oktober 2022 in Ingelheim am Rhein (Fotos). Inzwischen hat der Bundestag die Streichung der Regelung leider beschlossen.

Erst im Jahr 2019 wurde den ärztlichen Praxen mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) auferlegt, ihre Sprechstunden auszuweiten sowie mehr und schnellere Termine anzubieten. Dies haben sie mit großem Aufwand und hohen Investitionen bewerkstelligt, immer im Vertrauen darauf, dass für mehr Leistung auch das versprochene Mehr an Honorar fließt – und damit zumindest eine erste, längst überfällige Abkehr von der Budgetierung in der ambulanten Versorgung erreicht wird.

Praxen an der Belastungsgrenze

All diese Bestrebungen sind durch die Rückabwicklung der Neupatientenregelung im GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-StG) ins Leere gelaufen. Ständige Kostensteigerungen, Inflation und fehlende Fachkräfte bringen die Praxen aber bereits jetzt an ihre absolute Belas-

tungsgrenze: Ihre wirtschaftliche und personelle Lage ist so angespannt wie lange nicht mehr. Dies wird auch Auswirkungen auf die Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten haben. So hatte der Bundesrat am 16. September zwar für die Beibehaltung der Neupatientenregelung gestimmt. Dieses Votum hatte letztlich jedoch keinen Einfluss auf die endgültige Entscheidung des Bundestages, das Gesetz am 20. Oktober in weitgehend unveränderter Fassung verabschiedet.

In dieser Schieflage kommt eine weitere Entscheidung hinzu, die innerhalb der Honorarverhandlungen auf Bundesebene gegen die Ärzte- und Psychotherapeutenchaft gefällt wurde. Das jetzt beschlossene Plus von 2 % beim Orientierungswert wird die gestiegenen Praxiskosten in keinsten Weise decken, insbesondere auch die der energieintensi-

ven Fachgruppen nicht. Darüber hinaus stehen wir im Wettbewerb um Personal und können mit den Gehältern, die in Krankenhäusern gezahlt werden, nicht mithalten.

Abwertung unserer Leistung nicht länger hinnehmbar

Die Neupatientenregelung hat einen nachweislichen Nutzen für Patientinnen und Patienten erzielt. Ihre Streichung hat eine Verschlechterung der ambulanten Versorgung zur Folge. Wir brauchen nachhaltige und sachgerechte Lösungen, um das Gesundheitswesen zukunftssicher umzugestalten. Die Streichung der Neupatientenregelung und der aktuelle Schiedsspruch zulasten der Patientinnen und Patienten sind der falsche Weg. Nicht nur aufgrund der so wichtigen Schutzwallfunktion der Praxen in der COVID-19-Pandemie sind die laufende



„Schließen wir die Läden jeden Mittwoch zu“, fordert ein Kollege per Plakat. Viele fühlen sich von der Politik nicht gehört.

© Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz

Sparpolitik und die Abwertung unserer Leistung nicht länger hinnehmbar! Daher erhebt die Ärzteschaft folgende Kernforderungen:

- Energie, Personal, Material – die Kostensteigerungen treffen unsere Praxen in vielen Bereichen. Wir fordern die Politik auf, diese Mehrkosten zu refinanzieren. Da die Kosten bei der Honorarverhandlung nicht berücksichtigt wurden, muss nun zwingend ein separater Inflationsausgleich vereinbart werden.
- Zum sechsten Mal in Folge haben die Krankenkassen uns bei Honorarverhandlungen auf Bundesebene eine Nullrunde angeboten. Diese Verweigerungshaltung muss aufhören. Der Wert ärztlicher und psychotherapeutischer Arbeit darf nicht von der Finanzlage der Krankenkassen abhängig gemacht werden.
- Seit der Einführung der Budgetierung im Jahr 1993 haben die ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte gegenüber den Krankenkassen Beträge in Milliardenhöhe eingespart. Fachärztinnen und -ärzte erhalten derzeit beispielsweise keine volle Vergütung ihrer Leistungen. Wir sind nicht länger bereit, uns mit dieser Form der Flat-rate-Medizin mit gedeckelten Honoraren abzufinden und fordern die auskömmliche Finanzierung unserer Leistungen.
- Die Last der Bürokratie verbraucht in unseren Praxen enorm hohe Zeitressourcen. Wir benötigen aber mehr Zeit für unsere Patientinnen und Pa-

tienten! Wir fordern die Politik deshalb auf, hier endlich zu handeln.

- Praxisinhaberinnen und -inhaber können aufgrund steigender Kosten und dem fehlenden finanziellen Ausgleich nicht mit Mitbewerberinnen und Mitbewerbern, etwa im stationären Bereich, Schritt halten. Es wird zunehmend schwerer, Fachpersonal zu finden und die Praxisnachfolge zu sichern. Die Politik muss jetzt die richtigen Weichen stellen, um diese Entwicklung aufzuhalten.

Ein neues Wir-Gefühl, eine neue Streitkultur

Auf den Homepages der jeweiligen Landes-KVen sowie des Praxispanels des ZI finden Sie eine Fülle an Informationen. Bitte halten Sie sich in Ihrem jeweiligen Bundesland auf dem Laufenden. Aktuell entwickelt sich gerade eine neue Widerstandskultur, ein Wir-Gefühl der Ärzteschaft, die auch die Gräben zwischen den Haus- und Facharztlagern zu überwinden scheint. Für hausärztlich Tätige ist insbesondere die Argumentation der Krankenkassen zynisch, sie hätten doch durch das Impfen gegen COVID-19 viel Geld verdient. Dass dies – übrigens auch bei uns Fachärztinnen und Fachärzten – außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten erfolgt ist, bis spät in den Abend sowie an Sonn- und Feiertagen unter Einsatz der eigenen Gesundheit, wird dabei völlig vergessen und unser Einsatz dadurch völlig entwertet. Darüber hinaus werden durch gezielte Falschinformationen der Krankenkassen eine Neid-

debatte befeuert, indem beispielsweise behauptet wird, dass Ärztinnen und Ärzte im Jahr durchschnittlich 200.000 € verdienen würden. Daher sei es für sie doch „leicht“, etwas davon abzugeben. Diese Aussage vermittelt den Eindruck, dass die freiberuflich tätige Vertragsärzteschaft als Liquiditätsreserve genutzt werden könne. Dabei gibt es ebenfalls gute Argumente dafür, dass das angebliche Defizit der Krankenkassen von 17 Milliarden € eine Schauermär ist. Schließlich hatten in der Vergangenheit die Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen letztendlich real meist doppelt so hoch gelegen, verglichen mit der vom Schätzerkreis der Bundesbank veranschlagten Summe.

Die Aktion der rheinland-pfälzischen KV ist nur eine von vielen Anfängen. Die politisch Verantwortlichen werden sich auf länger andauernde Proteste der Ärzteschaft und eine neue Streitkultur einstellen müssen.

AUTORIN

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim

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

c@dr-rothsackenheim.de



Versorgung im Netzwerk

KSV-Psych-Richtlinie ist in Berlin gestartet

Seit dem 1. Oktober 2022 können Verträge zur Versorgung nach der KSV-Psych-Richtlinie geschlossen werden. Damit ist eine vernetzte multiprofessionelle Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen durch Fachärztinnen und Fachärzte zusammen mit anderen Berufsgruppen möglich.

Zur Versorgung und Behandlung unserer Patientinnen und Patienten über verschiedene Lebens- und Erkrankungsphasen hinaus können wir Leistungen nun umfassend delegieren. Doch dafür müssen zunächst auch Hürden genommen werden. Wesentliche Bedingung für diese Versorgungsform ist die Gründung eines Netzverbundes und das Treffen verbindlicher Absprachen zur Versorgung der Patientinnen und Patienten zwischen den unterschiedlichen Leistungserbringern. Dazu haben wir als Berufsverbände in mehreren virtuellen Fortbildungen in den vergangenen Wochen informiert. Außerdem finden, an-

gestoßen durch die Landesverbände des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte (BVND), in vielen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) Informationsveranstaltungen zur KSV-Psych-Richtlinie statt.

Erster Netzwerkverbund ging in Berlin an den Start

In Berlin wurde zum ersten möglichen Termin am 4. Oktober 2022 ein Verbundvertrag geschlossen und die ersten Patientinnen und Patienten wurden in der ersten kurzen Geltungswoche bereits eingeschlossen. Wie Dr. Michael Krebs, Bundesvorstandsmitglied des BVDP

und Geschäftsführer der Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg (PIBB), berichtet, sei die im Jahre 2008 schon in Berlin gegründete Managementgesellschaft ausgezeichnet vorbereitet gewesen, in die neue Versorgungsform einzusteigen. Berliner und Brandenburger Kolleginnen und Kollegen, die bereits seit mehreren Jahren manche Patientinnen und Patienten im Rahmen von Selektivverträgen unter dem Dach der PIBB vernetzt versorgen konnten und sich dadurch gut kennen, sind heute geübt in dieser Form der Zusammenarbeit und konnten dadurch die Startphase abkürzen.

Neue Vergütungsregelungen

Die KSV-Psych-Richtlinie soll der Verbesserung der Versorgung im vertragsärztlichen Bereich dienen. Das nutzt vor allem den Patientinnen und Patienten, die mit therapeutischer Kontinuität auch in Krisen in ihrem Lebensumfeld begleitet werden können.

Wir Ärztinnen und Ärzte bekommen Instrumente in die Hand, komplexe Behandlungsangebote zu machen und diese federführend zu begleiten. Bis zu 750 € im Jahr pro Patientin oder Patient können innerhalb der Richtlinienversorgung zusätzlich zur Regelvergütung durch den Bezugstherapeuten geltend gemacht werden. Ein zusätzlicher Versorgungsaufwand wird damit recht gut vergütet. Koordinations- und andere nicht ärztliche Leistungen können delegiert werden.

Im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) sind neu unter den Ziffern 37.5 die Vergütungsregelungen der in der



© Robert Kneschke / stock.adobe.com (Symbolbild mit Fotomodellen)

Im sektorenübergreifenden Netzwerk können komplexe Behandlungsangebote durch Fachkräfte unterschiedlicher Gesundheitsberufe realisiert werden.

KSV-Psych-Richtlinienleistungen neu beschriebenen Leistungen festgelegt. Üblich ist die extrabudgetäre Vergütung neuer EBM-Leistungen für einen begrenzten Zeitraum: Der Bewertungsausschuss empfahl am 14. September dieses Jahres die extrabudgetäre Vergütung dieser neuen Leistungen für 24 Monate ab 1. Oktober 2022. Das bis zum 30. September 2024 erwirtschaftete Punktzahlvolumen wird dann der morbiditätsgewichteten Gesamtvergütung zugeführt. Es lohnt sich also schnell und effektiv in diese Versorgungsform einzusteigen.

Wie setzt man den Netzverbund in der eigenen Region um?

Schritt 1: Informieren Sie sich zur Richtlinie: Informationen zur KSV-Psych-Richtlinie finden Sie gut aufgearbeitet und leicht verständlich auf der Webseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV, https://www.kbv.de/html/themen_58817.php). Im NeuroTransmit-

ter wurde mehrfach aus unterschiedlicher Perspektive zur Richtlinie berichtet.

Schritt 2: Bekanntmachen der KSV-Psych-Richtlinie unter den Fachärztinnen und Fachärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten in der Region: Nehmen Sie Kontakt zu Ihrer Landes-KV auf. Hilfreich können gemeinsame Informationsveranstaltungen von Fachkräften sein; man kann auch virtuell starten. Aus ersten Informationsrunden sollten sich regionale Gruppen entwickeln, die gegebenenfalls einen Netzverbund gründen könnten. Eventuell erleichtert die gemeinsame Organisation der Informationsveranstaltung durch ärztliche und psychotherapeutische Berufsverbände das Zusammenkommen der beiden wesentlichen Berufsgruppen.

Knüpfen Sie Kontakte zu den in den Regionen versorgenden psychiatrischen beziehungsweise psychosomatischen Kliniken und Abteilungen.

Schritt 3: Vertragsgestaltung: Statten Sie sich mit Musterverträgen für die Netzwerkgründung sowie die Schließung der Kooperationen aus. Unterstützung bieten dafür Ihre Berufsverbände (BVDN; BVDP, BDN) sowie die KBV. Die zur Verfügung stehenden Musterverträge können individuell und nach den Gegebenheiten einer Region angepasst werden. Halten Sie während der Netzwerkgründung und Vertragsgestaltung Kontakt mit Ihrer zuständigen KV. Diese prüft letztlich die Verträge.

Schritt 4: Management: Entscheiden Sie als Akteure in Ihrer Region, ob Sie die Unterstützung einer im Metier erfahrenen Managementgesellschaft nutzen oder diese Netzverbundfunktion aus eigenen Reihen leisten.

Wir freuen uns vom Wachsen der Netzverbünde in vielen Regionen zu hören und stehen Ihnen gerne beratend zur Verfügung.

Dr. med. Sabine Köhler, Jena

BVDN-Landesverband Sachsen-Anhalt

Kosten, Digitalisierung und HVM – dringende Verbesserungen notwendig

Die Folgen des pandemischen Geschehens überschatten noch immer den Arbeitsalltag. Doch langsam gewinnen auch wieder andere Themen an Aufmerksamkeit – wie Missstände, die grundlegend geändert werden müssen, Präsenzveranstaltungen oder die turnusgemäße Neuwahl der Vertreterversammlung der KV Sachsen-Anhalt.

In den letzten zwei Jahren war die Arbeit in unseren Praxen stark durch die COVID-19-Pandemie geprägt. Derzeit sind die Basismaßnahmen – vor allem die Maskenpflicht in Arztpraxen für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besucher – weiter fortgeschrieben, zusätzlich zu den gezielten Testmöglichkeiten gemäß den gesetzlichen Vorgaben. Es ist hier nochmals wieder zu betonen, dass während der gesamten Ausnahme-situation keine Praxis

in unserem Umfeld pandemiebedingt geschlossen hatte. Die Krankenversorgung lief trotz der pandemischen Situation immer weiter – ohne dass dies außerhalb von Dankesworten der Politik weiter gewürdigt worden wäre. Während der erheblichen Lage gab es durch die KV eine entsprechende Versorgung mit Schutzausrüstungen, die dann durch bundesweite Regelungen aber zum Ende des letzten Quartals dieses Jahres auslaufen waren.

Teilimpfpflicht ohne Konsequenz?

Eine für uns bezogene Impfpflicht wurde überwiegend befolgt. Nach Inkrafttreten der einrichtungsbezogenen COVID-19-Impfpflicht gibt es in Deutschland zwar zahlreiche dokumentierte Diskrepanzen, aber – soweit uns bekannt – immer noch keine rechtlichen Regelungen oder gar Sanktionen für ungeimpfte oder unvollständig geimpfte Beschäftigte.



© ma_photo / Fotolia

Die Vorstandswahlen standen nach Redaktionsschluss an. Für das Ergebnis konsultieren Sie bitte unsere Webseite.

Fallzahlminderung in der Pandemie

Unsere neuropsychiatrische Fachgruppe liegt jedoch im unteren Drittel der Einbußen aus ausbleibenden Patientinnen und Patienten. Im letzten Jahr wurden allerdings nur vereinzelt Kompensationszahlungen in der Facharztgruppe beantragt – trotz vorliegender Fallzahlen.

Einführung von kostendeckenden Preisen für ärztliche Leistungen

Die KV fordert eine Berücksichtigung der aktuellen Entwicklungen für kostendeckende Preise im Orientierungspunkt: Darunter fallen sowohl Energiefaktoren als auch fachärztliche Dienstleistungen. Im Zusammenschluss der Facharztverbände wurden die Proteste gegen die Änderungen im GKV-Finanzstabilisierungsgesetz unterstützt, weil die Abschaffung der Neupatientenregelung kontraproduktiv ist. Inzwischen hat der Bundestag der Abschaffung jedoch zugestimmt.

Impfen ist rein ärztliche Tätigkeit

Es verfolgen alle Facharztverbände im Land die eindeutige Linie, wonach die Durchführung von Impfungen originär ärztliche Aufgabe ist, die nicht an die Apotheken abzugeben wäre. Die Konsil- und Videosprechstunde wird angenommen, laut den Vereinbarungen der KV beziehungsweise deren Veröffentlichun-

gen vorwiegend von solchen Praxen mit eher psychotherapeutischen Profilen.

Hinsichtlich der Terminservicestelle (TSS) gehören wir weiterhin zu den nachgefragten Gruppen bei den Patienten. Aufgrund der angespannten Lage erfolgte im Frühjahr ein Gespräch des Vorstandes unseres Berufsverbandes mit dem KV-Vorstand und der TSS, bei dem zur Entspannung festgelegt wurde, dass jede Praxis zwei Termine in der Woche zur Verfügung zu stellen hat – auf freiwilliger Basis – zur Vermeidung von weiteren Sanktionen.

Finanzierung, Digitalisierung – Korrekturen unerlässlich

Im gesamten Land, über alle Fachgruppen verteilt, finden sich in 20 % der vermittelten Fälle der Termine der TSS nicht in der Abrechnung wieder – hier wird von der KV eine politische Lösung gefordert.

Problem ist weiterhin die Einführung der Telematikstrukturen mit eingeschränkter Verfügbarkeit der entsprechenden Möglichkeiten – hier fehlt es in unserem Land an flächendeckender Funktionsfähigkeit der Ausstattungen und allein schon an der Verfügbarkeit eines suffizienten Internetzuganges.

Vonseiten unseres Berufsverbandes wird mit den KV-Facharztverbänden die Korrektur des Vorgehens gefordert und unterstützt. Das Problem ist die jetzt vorliegende Änderung in dem TI-Konnektorenaustausch, da bei den ersten Praxen die Fünf-Jahres-Berechtigung ausläuft und hier sind Probleme zu erwarten oder vielmehr bereits programmiert.

Eine im Wesen vollumfängliche Finanzierung der Kosten wird vom Berufsverband wie auch den anderen Arztverbänden von der KV gefordert und erwartet.

Hinsichtlich der Arzneimittelvereinbarung, Arzneimittelrichtgrößen, Eigenmittelrichtgrößen für das Jahr 2022 sind Steigerungen um 5 % erreicht worden. Es wurde eine Bonusregelung zur Frage der Wirtschaftlichkeitsprüfung vereinbart, wobei in den letzten Jahren hier keine Regresse, insbesondere für unsere Fachgruppe anstanden.

Für das kommende Jahr sind erstmalig Richtgrößen für Neurologinnen und

Neurologen, Nervenärztinnen und Nervenärzte sowie Psychiaterinnen und Psychiater in der Heilmittelvereinbarung vereinbart worden – die Effekte dessen sind noch völlig offen.

Wahl der Vertreterversammlung

Am 31. Dezember 2022 endet die siebte Amtsperiode der Vertreterversammlung der KV Sachsen-Anhalt. Wir hatten dazu aufgerufen, bei der Wahl für die achte Amtsperiode, die vom 25. August bis zum 15. September 2022 stattfand, die Kandidierenden der gemeinsamen Facharztliste zu wählen. Die Gruppe der Fachärztinnen und Fachärzte ist zahlenmäßig deutlich größer als die Hausarztgruppe, aber in der Vergangenheit hatte der Hausarztverband in der Vertreterversammlung stets die Majorität. So ist es nun auch bei der Neuwahl gekommen, in die Vertreterversammlung wurden 15 haus- und elf fachärztlich Tätige gewählt. Die Wahlbeteiligung lag in der Fachärzteschaft bei nur 60 %, noch dazu war ein Teil der Stimmen ungültig, was laut Wahlleitung als generelle Unmutsbekundung gewertet werden könne.

Damit sich relevante Missstände unserer täglichen neuropsychiatrischen Tätigkeit – wie die Honorarverteilungsmaßstäbe – grundlegend verändern könnten, wäre es notwendig gewesen, dass sich das Bild in der Verteilung der Ärzteschaft auch in der Vertreterversammlung niederschlägt.

Präsenzveranstaltung geplant

Wenn es die Pandemie erlaubt, werden wir im Herbst in Präsenz tagen, mit Themen für unsere berufliche Tätigkeit wie zu unserem Verband mit erforderlicher Vorstandswahl. Geplant ist das Treffen für den 9. November 2022 (nach Redaktionsschluss) in Halle-Peißen.

AUTOR

Dr. med. Michael Schwalbe

Annendorfer Straße 15
06886 Wittenberg

schwalbenhorst@t-online.de

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Neue Gebührenordnung für Ärzte

Test der GOÄ soll bis Jahresende beendet werden

Der Honorarstreit der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) und die Umsetzung von Reformgesetzen dominieren derzeit den politischen Alltag. Dagegen scheint sich bei der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nichts zu bewegen. Dies ist das Resümee einer hybriden Veranstaltung des Verbands der privaten Krankenversicherer, des Verbands der privatärztlichen Verrechnungsstellen sowie der Apotheker- und Ärztebank in Hannover am 28. September 2022.

Die privaten Krankenversicherer (PKV) und die Bundesärztekammer haben sich nun auf ein gemeinsames Verfahren zu einem „GOÄ-Test“ verständigt, an dem auch die privatärztlichen Verrechnungsstellen mit an Bord sein sollen. PKV-Verbandschef Dr. Florian Reuther: „Im Rahmen dieses Tests sollen über 1.500 Rechnungen nach GOÄalt auf GOÄneu transkodiert werden. Unsere Teams stehen bereit, die Datensätze dann abzugleichen.“ Ziel sei es, die Tests bis zum Jahresende abzuschließen „um dann auch die Bewertungsthemen abschließen und mit dem Ergebnis gemeinsam in die Politik gehen zu können“.

Dr. Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer, wird mit den folgenden Worten zitiert: „Bei meinem letzten Gespräch im Ministerium – im Hinblick auf den Erlass der neuen Gebührenordnung – kamen folgende Bemerkungen: Unsere Argumente für die absolute Notwendigkeit einer Reform der GOÄ seien absolut richtig und alle redlich. Man könne sie auch nachvollziehen. Aber es sei leider ein Politikum.“ Wenn ihm das Ministerium aber seitens der Leitungsabteilung signalisiere, dass alle Argumente richtig seien – dann aber mit dem Verweis auf ein ideologisches Politikum nichts passiere, dann „mache ich mir über die Art und Weise, wie wir regiert werden, ernsthafte Gedanken.“

Reuther räumte ein, dass er gleichlautende Antworten aus dem Hause von Prof. Dr. Karl Lauterbach erhalte. Der hänge immer noch dem Traum einer Einheitsversicherung nach, wofür eine

Einheitsgebührenordnung nun einmal der erste Schritt sei. Daher wolle er die GOÄ-Reform nicht anpacken. Reuther gab sich aber optimistisch, dass der Politik bei einer fertig abgestimmten GOÄ und den richtigen Argumenten irgendwann die Ausreden ausgehen werden, sich nicht damit befassen zu müssen.

Spannungsfeld Honorierung

Bis zur Fertigstellung der unterschriftsreifen GOÄ dauere es laut Reuther nicht mehr lange. Seit einigen Wochen sei die GOÄneu – wie auf dem Ärztetag angekündigt – in den „Testbetrieb“ gegangen. „Wir wollen die neuen Leistungsbeschreibungen im Verhältnis zur bisherigen GOÄ testen, um eine gewisse Sicherheit in der wirtschaftlichen Betrachtung der Leistung in der Bewertung zu bekommen“, so Reuther.

Reuther mutmaßte auch, dass naturgemäß Interessengegensätze existierten. Die Ärzteschaft fordere die angemessene Honorierung für Einzelleistungen. Das sei verständlich und berechtigt. In dem Zusammenhang sei es wichtig zu betonen, dass die neue GOÄ keine Budgetierung oder mengensteuernden Elemente enthalte. „Auf der anderen Seite müssen wir natürlich auch die Versicherten sehen, die das durch ihre Beiträge finanzieren müssen.“

Betriebswirtschaftliche Kalkulation der Preise

Auch um diesen Gegensatz abbilden zu können, habe man sich gemeinsam mit der Bundesärztekammer darauf verständigt,

dass von einer betriebswirtschaftlichen Kalkulation der Preise ausgegangen werde, „um Rationalität reinzubringen“, so Reuther. Seit die letzte GOÄ aufgesetzt wurde, habe sich viel verändert. Das betreffe natürlich die Inflation und Kostensteigerungen. Es zeigten sich allerdings auch Rationalisierungseffekte. Ein klassisches Beispiel seien die Laborleistungen, wo die Preise noch von Pipettierassistenten ausgingen, die jede Stunde mit der Pipette arbeiten. „Darüber sind wir ja hinweg.“

Kommentar

Es fällt schwer, daran zu glauben, dass es jemals eine GOÄ-Novellierung geben wird, zu hoch scheinen die politisch-ideologischen Hürden derzeit zu sein. Der Bundesärztekammer ist daran gelegen, das Thema jedoch immer wieder in die Politik zu tragen, es in der Öffentlichkeit im Diskurs zu halten und diesen Skandal nicht hinzunehmen. Als Verbündeten den PKV-Verband an der Seite zu haben, ist sicher ein kluger Schachzug. Unseres Wissens sind auch neurologisch-psychiatrische und psychotherapeutische Gebührenordnungspositionen im sogenannten Testbetrieb enthalten. Wir werden berichten.

Quellen

1. Deutsches Ärzteblatt, <https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Testbetrieb-fuer-die-neue-GOAe-soll-Ende-des-Jahres-abgeschlossen-sein-432914.html>
2. aend, <https://www.aend.de/article/219999>

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim,
Andernach

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Nachgefragt

MSnetWork: Erprobung neuer Versorgungsformen im Alltag

MSnetWork erweitert die Interventionsmöglichkeiten bei Multipler Sklerose (MS). Dr. Oliver Fasold nimmt an dem Pilotprojekt teil. Seit dem Jahr 2014 ist er niedergelassener Neurologe in Berlin.

? Was hat Sie dazu bewogen am Projekt MSnetWork teilzunehmen?

Dr. Oliver Fasold: Mich hat in erster Linie der sozialmedizinische Ansatz des Projektes interessiert, da hier nicht eine medikamentöse Therapie, sondern ein beratender beziehungsweise unterstützender Ansatz im Vordergrund steht. Die Beratungsleistungen, die innerhalb des Projektes erbracht werden, gehören in den MS-Schwerpunktpraxen ohnehin zum Standard. Allerdings erfolgt die Beratung meistens unschwerflich und unstrukturiert, entweder innerhalb der Quartalkontrollen oder bei spezifischen Fragen der Patientinnen und Patienten, also eher nebenbei. Einen eigenen zeitlichen Rahmen oder gar eine Vergütung gibt es hierfür nicht.

Auch finde ich es reizvoll, dass bei MSnetWork verschiedene Akteure im Gesundheitswesen, wie der BDN, der G-BA und die

Arbeitsmedizin, an einem Strang ziehen. Ebenso ist das Engagement der Universität Greifswald bei der ambulanten Versorgung der an MS Erkrankten bei uns im Nordosten lobenswert.

? Welche Vorteile für die Patientinnen und Patienten sehen Sie?

Fasold: Die Betroffenen in der Interventionsgruppe werden ausführlich zu rechtlichen und arbeitsmedizinischen Aspekten beraten. Dies erfolgt zum Teil bei uns vor Ort mit einem eigenen Zeitslot sowie in der arbeitsmedizinischen Praxis, an die wir die Personen dann überweisen. Ferner finden mehrere Termine zur Neuroedukation statt, bei denen insbesondere die neuropsychologischen Anteile der Erkrankung, wie Fatigue, Gedächtnis oder Stress und Coping, behandelt werden. Die Themen sind hochgradig alltagsrelevant.

Da es sich um ein Cross-Over-Design handelt, profitieren auch die Patientinnen und Patienten der Kontrollgruppe. Sie erhalten die gleichen Leistungen ein Jahr später. Insofern kann die neurologische Behandlung um weitere Aspekte ergänzt werden, die sonst aufgrund der limitierten Zeit im Praxisalltag leider nur eine Nebenrolle spielen.

? Welche Vorteile sehen Sie perspektivisch für Ihre Praxis?

Fasold: Wir haben hier erstmals die Gelegenheit mit ausreichend Zeit neue Versorgungsformen im Alltag zu erproben. Spannend wird sein, wie die Neuroedukation und die arbeitsmedizinische Beratung von den Patientinnen und Patienten angenommen werden. Sofern sich unser erster positiver Eindruck bestätigt, wäre es wünschenswert, wenn das Angebot mittelfristig auch Teil der Regelversorgung werden könnte.

? Wie integrieren Sie das Projekt in Ihren Praxisalltag?

Fasold: Wir haben ausreichend Zeit für die Visiten und die Beratungsleistungen im Terminkalender eingeplant. Viele der erhobenen Parameter wie EDSS, SDMT und 25-Foot-Walk-Test stammen aber ohnehin aus der täglichen Routine, sodass der Aufwand seitens der Praxis überschaubar ist. Die meiste Zeit nehmen das Aufklärungsgespräch sowie die Einschreibung in Anspruch, was wir mit 30 Minuten kalkuliert haben.

? Was sind aus Ihrer Sicht die größten Herausforderungen?

Fasold: Die Neuroedukation wird auf sieben Termine verteilt, die in einem relativ kurzen Zeitfenster durchgeführt werden müssen. Auch ist es manchmal so, dass das Interesse für rechtliche und sozialmedizinische Aspekte der MS eher bei fortgeschritten Erkrankten im Fokus steht. Doch gerade im Frühstadium könnten die angebotenen Beratungsleistungen sehr sinnvoll sein. Meiner Erfahrung nach ist es bisher aber schwierig, jemanden in diesem Stadium zur Teilnahme zu motivieren.

? Weshalb sollte man an diesem Projekt teilnehmen?

Fasold: Wir haben hier die Möglichkeit, in einem Pilotprojekt neue Versorgungsformen zu etablieren, die später die Regelversorgung ergänzen können. Dadurch werden unsere Interventionsmöglichkeiten bei der MS im niedergelassenen Bereich erheblich erweitert. Durch regelmäßiges Feedback an das engagierte Projektteam können wir diesen Prozess außerdem aktiv mitgestalten.

? Das Interview führte Barbara Prodano-vic, Berlin.



© Dr. O. Fasold

Dr. med. Oliver Fasold, Facharzt für Neurologie in Berlin-Tempelhof

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Praxis-Apps „Mein Psychiater“ und „Mein Neurologe“

Direkter Videocall als attraktive Alternative zur telefonischen Beratung

Die Praxis-Apps „Mein Psychiater“ und „Mein Neurologe“ erfreuen sich zunehmender Beliebtheit. Eine neue Zusatzfunktion erleichtert nun die Videosprechstunde per direkten Videocall.

Ab sofort bieten die Praxis-Apps „Mein Psychiater“ und „Mein Neurologe“ die Möglichkeit, eine patienten-
seitig angeforderte, zertifizierte Videosprechstunde unmittelbar als Videocall aus der Praxis durchzuführen – ohne vorherige Terminvereinbarungen oder Aufenthalt in einem virtuellen Wartezimmer. Und so einfach geht es: die Pa-

tientin oder den Patient in der Praxis-App-Verwaltung aufrufen und das Videosymbol anklicken – fertig. Patientenseitig geht der Anruf über die jeweilige App auf deren Smartphone oder Tablet ein, auf dem er wie ein normales Telefonat einfach angenommen werden kann. Im Hintergrund verschiebt die App Patientinnen oder Patienten in das virtuelle Wartezimmer und das Videogespräch wird – wie bisher auch – in der Liste der zertifizierten Videosprechstunde dokumentiert, sodass es wie bereits bisher über den EBM abgerechnet werden kann.

Videocall als Alternative zur wegfallenden Ziffer 01433

Die COVID-19-Pandemie hat uns zwar stark belastet, aber doch auch etwas Positives aufgezeigt: Medizin geht nicht nur in Präsenz, sondern ebenso per Telefon oder als Videosprechstunde – wenn auch nicht in allen Situationen gleich gut. Diese Möglichkeiten wurden durch ein zusätzliches Telefonkontingent (EBM-Ziffer 01433 als Telefonsprechstunde, jeweils 10 Minuten und 20-mal im Behandlungsfall, Vergütung entsprechend der Gesprächsziffer 21220) und eine Anhebung der Videosprechstundenanteile an der Gesamtfallzahl während der Pandemie zwei Jahre politisch gewollt und gefördert. Mit dem von der Politik angekündigten Ende der Pandemie verschwanden allerdings auch die pandemiebedingten Zusatzleistungen wie die genannte Ziffer 01433. Anders als erwartet, wollen die politisch Verantwortlichen die telefonische Beratung offensichtlich nicht als „moderne“, übliche Leistung im Sprechstundenalltag etablieren. Telefonate

werden vielmehr in der Quartalspauschale als nicht zusätzlich vergütete Leistung „versenkt“.

Durch die Option eines patientenseitig angeforderten Videoanrufs direkt auf das eigene Smartphone lässt sich dies zum Teil kompensieren. Per Videosprechstunde können Psychiaterinnen und Psychiater sowie Neurologinnen und Neurologen die Grundpauschalen, die Gesprächsziffer 21220 und die Fremdanamnese 21216 wie zuvor abrechnen, nicht jedoch die Betreuungsziffern. Die Anrufe direkt als Videocall erledigen zu können, ist eine große organisatorische Erleichterung. Allerdings müssen die Videocalls mindestens 10 Minuten dauern, um sie geltend machen zu können.

Unkomplizierte Nutzung ohne virtuellen Warteraum

Mit der neuen Funktion in den Praxis-Apps lässt sich ein vereinbarter Videotermin wie bei einem Telefonat direkt als Videocall auf dem Endgerät von Patientin oder Patient anstoßen, ohne dass – wie bei anderen Tools – zwingend ein virtueller Warteraum betreten werden muss. Patientinnen und Patienten müssen lediglich die jeweilige Praxis-App installieren, weitere Vorkehrungen fallen nicht an. Zum vereinbarten Videogespräch klingelt das Smartphone, als würde ein Telefonat eingehen. So lassen sich Videotermine nun genauso einfach und spontan aufbauen wie Telefonate und bieten – anders als reine Telefongespräche – Spielraum bei den dabei zu erbringenden Leistungen.

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



Die neue Videocall-Option in den Praxis-Apps funktioniert so einfach wie ein Telefonanruf, bietet bei der Erbringung von Leistungen aber mehr Spielraum.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Rund um den Beruf

Ambulant sensitive Krankenhausfälle in der Psychiatrie

Was Praxen leisten können

Im Jahr 2018 wurde ein Sachverständigengutachten zur Gesundheitsversorgung in Deutschland vorgelegt, das in einem eigenen Kapitel die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen analysiert hatte. Im Ergebnis der Analyse wurde gefordert, dass insbesondere die ambulante Versorgung dieser Patientinnen und Patienten weiterentwickelt werden soll.

Der Koalitionsvertrag der aktuellen Bundesregierung enthält einige für die Gesundheitsversorgung der Bürgerinnen und Bürger relevante Sätze. Dass insbesondere die ambulante Versorgung weiterentwickelt werden soll, halten wir vertragsärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte für überfällig. In den vergangenen Jahren haben wir in der gesamten Gesundheitsversorgung ein Anwachsen der Kosten und der Ausgaben festgestellt. Die demografische Entwicklung lässt in vielen Bereichen Probleme erwarten. Im

Gesundheitsbereich verzeichnen wir eine Zunahme altersassoziierter Erkrankungen – dazu gehören zum Beispiel Demenzformen, Parkinson-Erkrankungen, aber auch die Zunahme multimorbider Patientinnen und Patienten.

Notwendigkeit von Veränderungen

Zur Kostenexplosion führten auch durchaus begrüßenswerte Neuerungen in der medizinischen Versorgung – sowohl die Diagnostik als auch die Behandlung von Erkrankungen betreffend.

Die aktuelle allgemeine wirtschaftliche Lage hat Teuerungen in den Kliniken und Praxen zur Folge. Die Energiekostenanstiege sind erheblich und die Gehälter der ärztlichen sowie nicht ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen unbedingt angepasst werden, denn insbesondere als Praxisinhaber oder -inhaberin haben wir ihnen gegenüber eine erhebliche soziale Verantwortung. Gleichwohl sind sowohl das vertragsärztlich geltende Vergütungssystem nach dem Einheitlichen Bewertungs-



Die dezentrale Betreuung Erkrankter in den Praxen verhindert kostenintensive Klinikaufnahmen. Dafür müssen vor Ort intensivierte Versorgungsmöglichkeiten geschaffen werden.

maßstab (EBM) als auch die Vergütung der stationär erbrachten Leistungen in unseren Fachbereichen statisch und nicht geeignet, entsprechende Anpassungen zuzulassen.

Wir wissen, dass die Versorgung, die Haus- und Fachärztinnen und -ärzte in ihren Praxen leisten, effizient und kostengünstig gegenüber der Klinikversorgung ist. Außerdem haben wir durch die individuelle und dezentrale Betreuung der Patientinnen und Patienten in den Pandemie Jahren erheblich dazu beigetragen, dass Klinikaufnahmen vielfach verhindert wurden. Das hat zum einen Klinikressourcen für die dort erforderliche hochintensive Behandlung freigehalten, aber auch Einzelne, die nicht in einer Notaufnahme mit vielen anderen Patientinnen und Patienten ausharren mussten, vor Infektionen bewahrt.

Nun gibt es in Deutschland allerdings eine besonders hohe Anzahl von Klinikbetten pro gemeldeten Personen: Wir weisen im europäischen Vergleich die zwei- bis vierfache Anzahl an Klinikbetten auf (acht Betten pro 1.000 gemeldeten Personen, Stand 2017). Die Erfahrung zeigt auch, dass diese ausgewiesenen Betten, so sie denn existieren, belegt werden.

In den vergangenen Jahren wurde eine Diskussion um die Priorisierung von Erreichbarkeit einer Klinik versus Spezialisierung geführt und eine Klinikreduktion empfohlen (von 1.400 auf 600 Kliniken). Die Umsetzung dieser Strukturänderung ist aufgrund der bestehenden föderalen Organisation schwierig. Der Veränderungsdruck steigt weiter an.

Wettbewerb zwischen bestehenden Versorgungssektoren

Wir alle kennen den Wettbewerb zwischen den Sektoren – dem ambulant vertragsärztlichen und dem stationären Versorgungsbereich. Selbst bei den Krankenkassen sind diese Bereiche getrennt organisiert und nicht integrativ verbunden. Im Jahr 2004 erfolgte in den somatischen Fachgebieten in den Kliniken die Einführung des DRG-Systems.

Damit verbunden war eine deutliche Effizienzsteigerung durch Kostenersparnis. So konnten Einnahmen der Klinikkonzerne gesteigert werden. Das wurde vor allem durch Personalreduzierung realisiert, was wiederum zu hohen Krankheitsständen beim Personal, früherem Berufsausstieg sowie in deren Folge heute immer deutlicher spürbarem Nachwuchsmangel führte. Außerdem erfolgte in manchen Fachbereichen eine Ausweitung von Leistungen, die sich nicht zwingend am Versorgungsbedarf orientierte, zu besonders ertragreichen Behandlungen.

Während heute Klinikbetten immer teurer werden, erfolgt die vertragsärztliche Versorgung zu niedrigen Beträgen, die zunehmend einer strengen Budgetierung unterliegen. Innerhalb des starren EBM-Systems gibt es fast keine Entwicklungsmöglichkeiten. In vielen Regionen Deutschlands wurden in den vergangenen Jahren zur Optimierung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung Selektivverträge geschlossen. Damit wurde für eine geringe Anzahl Erkrankter eine intensiviertere Versorgung ermöglicht, wie sie sonst nur durch Kliniken geleistet werden durfte.

Eine Implementierung der guten Evaluationsergebnisse aus diesen Versorgungsprojekten scheiterte immer an der als unzureichend einzustufenden Kostenkalkulation für Investitionen und Personal bei Einführung in die Regelversorgung. Der Mangel an intensivierter Versorgungsmöglichkeit im ambulant-vertragsärztlichen Sektor verursacht nicht selten vermeidbare Klinikeinweisungen, um Patientinnen und Patienten leitliniengerecht behandeln zu können.

Struktur? Reform?

Hier wird deutlich, dass eine Strukturreform nötig ist, um die vielfältigen Problemfelder zu bearbeiten. Dabei muss die Versorgung der Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt stehen: Erkrankte sollen leitliniengerecht versorgt werden – egal durch welchen Versor-

gungssektor. In den vergangenen Jahren gab es vor allem bei operativen Interventionen Bestrebungen, die ungleiche Vergütung einer Prozedur abhängig von der Erbringung derselben mit einer hybriden Vergütungsstruktur zu versehen und damit Fehlanreize für eine stationäre Erbringung zu vermeiden.

Eine „Reform“ des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) im Jahr 2020 führte zur Erweiterung des Katalogs ambulant zu erbringender Leistungen (AOP-Katalog) nach § 115b SGB V. Nun soll dieser Katalog ergänzt um „stationärsersetzende Behandlungen“ werden. Dafür müssen der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine einheitliche Vergütung für Krankenhäuser und Vertragsärzte verhandeln.

Drittes Vergütungssystem

Dem Koalitionsvertrag der Bundesregierung folgend soll es zu einer Ambulantisierung bisher unnötig stationär erbrachter Leistungen kommen. Dafür sollen Leistungen identifiziert werden, die sektorengleich durch sogenannte Hybrid-DRG vergütet werden. Das bedeutet eigentlich die Einführung eines dritten Vergütungssystems, denn ein Hybrid-DRG soll die sektorenunabhängige Vergütung abbilden. Eine Kostenkalkulation zwischen DRG und EBM muss vorgenommen werden. Dabei sollen für alle Versorger identische Qualitätsparameter sowie Dokumentations- und Prüfregelelungen gelten.

Zunächst müssen allerdings Leistungen definiert werden, die bisher stationär geleistet, auch ambulant erbracht werden können. Das können Leistungen sein, die durch eine gute ambulante Versorgung stationär vermieden werden können. Gelten müssen die Regelungen sowohl für Diagnostik- als auch Behandlungsinterventionen, für Leistungen im Rahmen der Akuttherapie als auch für rehabilitativ angelegte Interventionen. Eine Umsetzung neuer und komplexer

Versorgungsformen ist nur realisierbar, wenn die Leistungserbringung kosten-deckend möglich ist.

Ambulante Versorgung

Für die Erbringung komplexer und intensivierter Leistungen müssen sich die Praxisstrukturen verändern. Aktuell erfolgt eine psychiatrische Diagnostik und Behandlung ambulant vertragsärztlich in den Praxen der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie in denen der Nervenärztinnen und Nervenärzte oder Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie. Die psychotherapeutische Behandlung wird durch Fachärztinnen und Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ und durch ärztliche oder nicht ärztliche Psychothe-

rapiepraktikerinnen, das Fachgebiet Psychosomatik herauskristallisiert, das sowohl ambulant als auch stationär gesondert geplant wird und sowohl eine stationäre als auch eine teilstationäre Behandlung leistet und auch psychosomatische Institutsambulanzen ermöglicht. Ergänzend muss bei der Darstellung der Versorgung auch der ressourcenkonsumierende Bereich der medizinischen Rehabilitation genannt werden.

Hybride Vergütungsstruktur erforderlich

Neben dem politischen Willen bedarf es einer Prüfung möglicher Vorteile für die Akteure der bisher bestehenden Sektoren, sollte sich eine intensivierte Versorgung intersektoral mit hybrider Vergütungsstruktur entwickeln.

»Für die Erbringung einer leitliniengerechten und intensivierten Versorgung müssen teambasierte patientenindividuelle Interventionen ermöglicht werden.«

rapeutinnen und Psychotherapeuten in den psychotherapeutischen Praxen erbracht.

An Kliniken und durch psychiatrische Fachabteilungen an Versorgungskrankenhäusern gibt es psychiatrische Institutsambulanzen sowie an manchen Standorten Spezialambulanzen für die Versorgung bestimmter Krankheitsbilder. Seit wenigen Jahren ist es Kliniken auch möglich „stationsäquivalente Leistungen“ aufsuchend im Lebensumfeld der Patienten zu erbringen (StäB). In manchen Regionen Deutschlands wurde mit Krankenkassen ein „Regionalbudget“ nach § 64b SGB V durch Kliniken verhandelt, die damit auch eine ambulante Versorgung leisten können.

Stationäre Versorgung

Stationäre Versorgung findet man an Universitätskliniken, in Psychiatrischen Fachkrankenhäusern und psychiatrischen Abteilungen an Versorgungskliniken. Neben der vollstationären Versorgung gibt es Tageskliniken, die sich insbesondere in den vergangenen Jahren vermehrt haben. In Deutschland hat sich, im Gegensatz zu den europäischen Nach-

Für die Erbringung einer leitliniengerechten und intensivierten Versorgung müssen teambasierte patientenindividuelle Interventionen ermöglicht werden. Vertragsärztinnen und -ärzte warten schon lange auf die Möglichkeit, die komplexe Versorgungsform, die sie in der Klinik erlernt haben und die aus der Versorgung von Menschen gerade mit komplexen und schweren Erkrankungen nicht mehr wegzudenken ist, auch in ihrer Praxis anwenden zu können. Jedoch ist es nötig, die komplexe Leistungserbringung weiter zu flexibilisieren.

Aktuell besteht theoretisch nur für besonders schwer Kranke die Möglichkeit, intensiviert ambulant zu behandeln. Es lauert die Gefahr, dass Erkrankungen in der Schwere zunehmen oder chronifizieren und erst dann die notwendige Behandlung möglich wird. Geregelt werden müssen hier die Finanzierung der Leistung sowie die gesetzlichen Bestimmungen zur Zusammenarbeit in einem Team.

Kompetenzen zur teambasierten Arbeit und damit zur Übernahme der Gesamtverantwortung erlangen die jüngeren Kolleginnen und Kollegen im Rah-

men ihrer Ausbildung in den Kliniken. Die Attraktivität des Faches gewinnt, wenn sie erfahren, dass sie ihre Kompetenzen breit und sektorenübergreifend einsetzen können.

Vorteile für Kliniken, Erkrankte und das Sozialsystem

Für Kliniken würde die Einführung der intersektoralen Versorgung mit gleichen Bedingungen für alle Beteiligten den Zugang zur ambulanten Versorgung regeln. Spezial Kliniken, die bereits durch Medizinische Versorgungszentren an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligt sind, gewinnen damit an Versorgungsbreite. Die jungen Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung können durch die Erweiterung ihres Arbeitsfeldes einen Eindruck der tatsächlichen Versorgungssituation außerhalb der Klinik und der Lebenswelt der Erkrankten dort gewinnen – bisher erfahren sie das nur „theoretisch“.

Den größten Gewinn einer intersektoralen Versorgungsform aber haben die Patientinnen und Patienten. Sie können bedarfsgerechter versorgt werden. Aspekte wie der Schweregrad einer Erkrankung, Risikofaktoren und soziale Indikation gewinnen an Bedeutung, wenn denn tatsächlich eine stationäre Behandlung erfolgen soll. Der „Normalfall“ kann die Versorgung im Lebensumfeld werden – und das betrifft die Diagnostik, die akute und langfristige Behandlung sowie die Rehabilitation der Patientinnen und Patienten.

Für das Sozialsystem liegen die Vorteile der intensivierten ambulanten Versorgung auf der Hand: Hier kann die dringend notwendige Kostenreduzierung gelingen, indem die stationär eingesparten Kosten der ambulanten Versorgung beziehungsweise der intersektoralen Versorgung zugewiesen werden. Die Leistungserbringer-Ressourcen Arzt oder Ärztin, Pflegekraft, Psychotherapeutin und Psychotherapeut und so weiter können flexibel eingesetzt werden, Vorhaltekosten werden verringert. Durch die Versorgung im tatsächlichen Lebensumfeld der Erkrankten kann eine Entstigmatisierung von psychisch Kranken, wie wir sie leider immer noch kennen, gelingen.

Dr. med. Sabine Köhler, Jena

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Entscheidung des Bundesarbeitsgerichts

Arbeitszeiterfassung wird auch in Arztpraxen zur Pflicht

Das Bundesarbeitsgericht hat im September 2022 eine vermutlich sehr weitreichende Entscheidung getroffen: Danach sind die Arbeitgebenden nun verpflichtet, die komplette Arbeitszeit ihrer Beschäftigten zu dokumentieren. Das ist insofern neu, weil bis dato im Wesentlichen nur die Mehrarbeitsstunden und Sonntagsarbeit erfasst werden mussten.

Das Bundesarbeitsgericht (BAG) verpflichtet in der Entscheidung vom 13. September 2022 (1 ABR 22/21) die Arbeitgebenden zur Arbeitszeiterfassung ihrer Beschäftigten. Begründet wird das damit, dass nach den arbeitschutzrechtlichen Normen die Arbeitgebenden bereits jetzt verpflichtet seien, Maßnahmen zu treffen, um die Gesundheit ihrer Beschäftigten zu gewährleisten. Dies erfordere nach Auffassung des Gerichts die Erfassung deren kompletter Arbeitszeit.

Das BAG folgt damit einer Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes im Mai 2019. Hier hatte der Europäische Gerichtshof ebenfalls verlangt, dass

nach den europarechtlichen Schutzvorschriften eine Erfassung der Arbeitszeit rechtlich geboten sei. Dieses Urteil (EuGH in der Rechtssache C-55/18), dass auch in Deutschland seinerzeit viel Aufmerksamkeit erregt hatte, war aber überwiegend so verstanden worden, dass der Gesetzgeber in Deutschland zunächst aktiv werden müsse. Dieser hat sich aber bislang dieses Themas noch nicht angenommen.

Nunmehr hat das BAG klargestellt, dass die Verpflichtung zur Erfassung der Arbeitszeit bereits heute für jede Arbeitgebende und jeden Arbeitgeber auch ohne eine entsprechende gesetzliche Vorschrift gilt.

Konkrete Pflichten noch unklar

Welche konkreten Pflichten damit für Arbeitgebende verbunden sind, lässt sich erst abschätzen, wenn die schriftliche Begründung vorliegt – insbesondere, ob und wie die Anforderungen an eine Arbeitszeiterfassung aussehen. Schon jetzt lassen sich Schlussfolgerungen beziehungsweise Handlungsbedarfe ableiten:

- Für alle Arbeitgebenden, die bereits jetzt die Arbeitszeit (Beginn und Ende, Pausenzeiten, Überstunden etc.) ihrer Beschäftigten systematisch erfassen und dokumentieren, dürfte das Urteil kaum Relevanz haben.
- Ebenfalls dürfte die Nichterfassung von Arbeitszeiten nicht als Ordnungs-



In der Zukunft muss höchstwahrscheinlich die Arbeitszeit der Beschäftigten erfasst werden – arbeitstäglich den Beginn, das Ende und die konkreten Pausenzeiten.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

widrigkeit gesehen werden beziehungsweise bußgeldbewährt sein, denn hierzu fehlt es in Deutschland an einer entsprechenden rechtlichen Grundlage.

- In der Zukunft muss sich aber wohl jede Arbeitgeberin und jeder Arbeitgeber darauf einstellen, die Arbeitszeit der Beschäftigten zu erfassen und zwar arbeitstäglich jeweils den Beginn, das Ende und die konkreten Pausenzeiten.
- In welcher Form die Arbeitszeit zu erfassen ist, ob das BAG eine digitalisierte Form fordern oder auch eine schriftliche und manuelle Selbsterfassung (z. B. in einer Excel-Tabelle) gestatten wird, das bleibt abzuwarten. Hier wird die schriftliche Begründung hoffentlich Erkenntnis liefern.

Was müssen Praxisinhabende beachten?

Schon jetzt ist für Praxisinhabende folgendes zu beachten: Bei allen Formen des Arbeitens, bei denen die Erfassung und Dokumentation unterbleibt (z. B. bei der Vertrauensarbeitszeit oder nicht geregelter Arbeitszeiterfassung im Homeoffice), ist es fraglich, ob diese rechtskonform sind. Zukünftig wird man sich darauf einstellen müssen, dass die Zahl der abzugeltenden Überstunden durch die bessere Erfassung de facto ansteigen wird. Hier könnte bei künftigen Arbeitsverträgen – insbesondere bei Neueinstellungen – auf Klauseln im Arbeitsvertrag geachtet werden, dass eine bestimmte Anzahl von Mehrarbeitsstunden mit dem monatlichen Entgelt abgegolten ist.

AUTOREN

Jörg Hohmann

Fachanwalt für
Medizinrecht
Mittelweg 151
20148 Hamburg

jh.gesundheitsrecht.
com



Martin Schmidt

Fachanwalt für
Arbeitsrecht
Mittelweg 151
20148 Hamburg



Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz

Nachweis der Haftpflichtpolice gegenüber Zulassungsgremien

Mit Inkrafttreten des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes vom 20. Juli 2021 müssen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte künftig den Nachweis einer Berufshaftpflicht bei Zulassungs- und Nachbesetzungsverfahren gegenüber dem Zulassungsausschuss erbringen. Wird der Nachweispflicht nicht nachgekommen, droht das Ruhen der Zulassung.

Die Verpflichtung, dass sich Ärztinnen und Ärzte ausreichend gemäß ihres Haftungsrisikos versichern müssen, ist im Grunde nicht neu. Eine berufsrechtliche Pflicht ergibt sich zum Beispiel aus § 21 der (Muster-)Berufsordnung für die ärztlich in Deutschland Tätigen: „Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, sich hinreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit zu versichern.“

Weiterhin gibt es bereits einige Bundesländer, deren Rechtsverordnungen den Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung gesetzlich vorschreiben. Ein entsprechender Versicherungsnachweis muss dann von der zuständigen

Krankenversicherung angefordert werden. Primär von dieser Regelung betroffen sind niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Angestellte mit einer freiberuflichen Tätigkeit sowie diejenigen, die am vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst teilnehmen.

Für wen gilt die Nachweispflicht?

Mit Inkrafttreten des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG) vom 20. Juli 2021 wurden in § 95e Sozialgesetzbuch (SGB) V Mindestvorgaben zum Umfang des Berufshaftpflichtschutzes geregelt, sodass künftig ein entsprechender Nachweis bei Zulassungs- und Nachbesetzungsver-

fahren erforderlich ist. Sämtliche an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden müssen danach dem Nachweis einer Berufshaftpflicht nachkommen, davon betroffen sind:

- Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten (auch nicht ärztliche Therapeutinnen und Therapeuten),
- ermächtigte Ärztinnen und Ärzte, angestellte Ärztinnen und Ärzte sowie Therapeutinnen und Therapeuten mit einer freiberuflichen Tätigkeit und am vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst Teilnehmende,
- Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) und medizinische Versor-

gungszentren (MVZ) sowie die dort Angestellten, die an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligt sind.

Ermächtigte Einrichtungen oder eine Beschäftigung von Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten fallen nicht unter die gesetzliche Nachweispflicht. Die Mindestvorgaben nach § 95e Absatz 2 beziehungsweise § 5 SGB V sind — 3 Millionen €, zweifach maximiert für den einzelnen Vertragsarzt, — 5 Millionen €, dreifach maximiert für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte mit angestellten Ärztinnen und Ärzten, BAG und MVZ.

Auf Grundlage rechtlicher Regelungen sind Abweichungen hinsichtlich der Höhe der Versicherungssummen möglich, die Summen sind als Mindestvorgaben zu verstehen.

Versicherungsnachweis gegenüber dem Zulassungsausschuss

Ein entsprechender Versicherungsnachweis (Bescheinigung des Versicherers nach § 113 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz) muss grundsätzlich gegenüber dem Zulassungsausschuss erfolgen. Das Vorlegen einer Police oder einer vorläufigen Deckungszusage ist nicht ausreichend.

War die Nachweispflicht zunächst bei Neuzulassungen oder Nachbesetzungsverfahren erforderlich beziehungsweise bei Änderungen der Praxisgegebenheiten,

soweit dieses mit einer Antragstellung gegenüber dem Zulassungsausschuss notwendig war, gilt nun generell, dass innerhalb von zwei Jahren nach Inkrafttreten des GVWG alle an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden einen entsprechenden Nachweis vorlegen müssen. Das bedeutet, dass die Zulassungsausschüsse sämtliche Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bis spätestens 20. Juli 2023 auffordern müssen, binnen drei Monaten per Versicherungsbescheinigung den Nachweis einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung zu erbringen. Wird dieser Aufforderung nicht nachgekommen, droht das Ruhen der Zulassung.

Versicherungsverträge prüfen

Hier gilt es, sämtliche Versicherungsverträge zu überprüfen. Alle Verträge von Einzelpraxen, die noch eine geringere Versicherungssumme als 3 Millionen € vorsehen, müssen spätestens bis zum Sommer 2023 angepasst werden. Dabei ist prinzipiell eine höhere Deckungssumme sinnvoll, zu empfehlen ist eine Mindestsumme von 5 Millionen €, bei operativen Disziplinen und in exponierten Bereichen sollten es möglicherweise mindestens 7,5 Millionen € sein. Privatärztlich Tätigen ist auch zu empfehlen, sich an den Versicherungssummen zu orientieren. Die Arzthaftpflichtversicherung ist eine der wichtigsten Versicherun-

gen der Praxis, um berechnigte Schadenersatzansprüche auszugleichen oder unberechtigte Ansprüche abzuwehren.

Versicherungsanbieter sollten Zulassung für Deutschland haben

Mittlerweile ist die Zahl der Anbieter solcher Policen sehr zurückgegangen. Insbesondere wegen der jahrelangen Abwicklung, der Spätschadenproblematik und der steigenden Schadenhöhen ist es auch für Haftpflichtversicherer ein schwieriges Segment. Das hat dazu geführt, dass zahlreiche Anbieter sich zurückgezogen haben, beziehungsweise dass neue und insbesondere ausländische Anbieter auf den Markt gekommen sind. Der Abschluss einer Police bei einer solchen Versicherung kann allerdings problematisch werden und im Zweifel zu Versicherungslücken führen. Es ist darauf zu achten, dass der ausländische Anbieter der Versicherung eine Zulassung für Deutschland hat. Zudem muss darauf geachtet werden, ob die Policen möglicherweise ausländische Schuldrecht- und Schadenrechtregelungen zum Inhalt haben. Entsprechend sollten Praxisinhabende den Abschluss einer solchen Police mit ihrem Versicherungsvertretenden daraufhin überprüfen lassen.

Jörg Hohmann,
Fachanwalt für Medizinrecht,
Hamburg

Kleinanzeigen aus der Praxis

Verkaufen | Verschenken

Neurowerk EEG Upgrade Sigma PLpro 2018 und EMG/EP 2014. Selbstabholer PLZ 74. **Kontakt:** NeuroDiagnostik@t-online.de

Wir verkaufen neuen und original verpackten **Laserdrucker (notwendig für die neue AU) Brother HL-L5100DN** zur Abholung in Nürnberg (alternativ auch Versand). VB 390 €. **Kontakt:** Dres. Luber, Telefon 0911 533222, dres-luber-nbg@onlinemed.de

Praxisbörse

Psychiatrische Praxis im Rhein-Sieg-Kreis linksrheinisch (Nähe Bonn) gut eingeführt abzugeben. Sitz gegebenenfalls teilbar. **Kontakt:** info@praxis-dr-hollaender.de, Telefon 02222-939067

Wir suchen zur Verstärkung unseres Teams einen Facharzt (m/w/d) für Neurologie/Nervenarzt in Teilzeitanstellung (vorerst 10 Stunden/Woche, ausbaufähig) in Neurologischer Praxis mit breitem fachlichen Spektrum und nettem Team (Lage: Westliches Münchner Umland). **Kontakt:** info@neuropaxis-probst.de, Telefon 0159 02124214

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

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: 25. November 2022

Nachgefragt

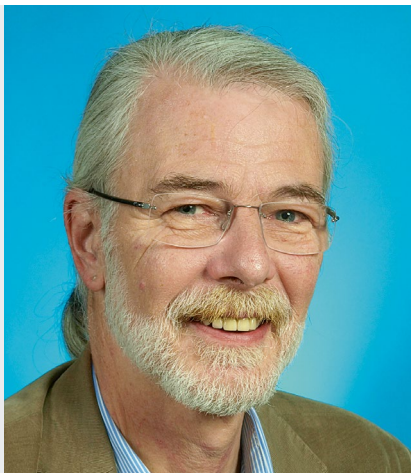
„Die Psychiatrie ist eine eigenständige und notwendige Disziplin“

Rüdiger Saßmannshausen aus Bad Berleburg ist als bekennender „Landpsychiater“ seit dem Jahr 1991 in einer Einzelpraxis niedergelassen und war ein Jahrzehnt lang Vorsitzender des BVDN-Westfalen. Im Gespräch mit der BVDP-Vorsitzenden Dr. Christa Roth-Sackenheim erklärt er, warum er noch als Rentner für seine Patientinnen und Patienten da ist und unermüdlich die Psychiatrie als eigenständige Disziplin verteidigt.

? Lieber Rüdiger, letztes Jahr bist Du als Vorsitzender des BVDN Westfalen wohlverdient in den Ruhestand gegangen ...

Rüdiger Saßmannshausen: Nix ist mit „Ruhestand“! Den Staffelnstab des 1. Vorsitzenden habe ich an Zia Pufke-Yusafzai, Menden, weitergegeben, so wie ich ihn seinerzeit von Dr. Klaus Gorsboth, Warstein, erhalten habe. Sowohl für den BVDN als auch für meine Patientinnen und Patienten bin ich weiterhin aktiv! Nach wie vor arbeite ich voll in meiner Praxis – und dies seit 31 Jahren. Dem westfälischen Berufsverband durfte ich zehn Jahre als Primus inter pares vorsitzen, und nun bin ich im Vorstand kooptiert.

? Wie bist Du zum Medizinstudium und schließlich zur Psychiatrie gekommen?



Rüdiger Saßmannshausen, Bad Berleburg, Facharzt für Psychiatrie

Saßmannshausen: Aufgewachsen bin ich in Köln in einer Familie ohne Bezug zur Medizin. Zur Kommunion erhielt ich von meinem Patenonkel ein dickes Buch über Paläopathologie, „Diagnose 1.000 Jahre später“, so hat er damals unwillentlich einen Grundstein gelegt. Der wichtigste Satz aus diesem Buch war für mich, dass Kannibalismus genauso wenig eine Krankheit sei wie die Vorliebe für kohlenensäurehaltige Erfrischungsgetränke. Mit diesem Buch wurde ich also eingeführt in das Infragestellen von Moral und Normen.

Während der Abiturzeit pendelte ich mit meinen Berufswünschen zwischen Sozialarbeit, Psychologie und Theologie hin und her, wollte aber gleichzeitig auch meine naturwissenschaftliche Seite nicht vernachlässigt wissen: Also entschied ich mich fürs Medizinstudium – halb Natur- halb Geisteswissenschaft. Leider musste ich auf meinen Studienplatz warten, weshalb ich die Wartezeit in der kirchlichen Jugend- und Familienbildung sowie in der Pflege im Krankenhaus überbrückte. Parallel dazu engagierte ich mich in der Gewerkschaft und in einer politischen Partei. Mittels hilfreicher Kontakte konnte ich meinen Studienplatz an der Philipps-Universität Marburg kostenfrei einklagen. Damals wollte ich noch Chirurg werden, im Studium kam ich aber in Kontakt mit der Medizinpsychologie, wurde in diesem Bereich Tutor und lernte darüber andere Mitstudentinnen und -studenten kennen, die an der Psychosomatik interessiert waren. In dieser Zeit wandte ich mich der Kinderheilkunde zu, absolvierte eine Famulatur auf der internistisch-psychosomatischen Modellstation in Ulm und entdeckte für mich die Balint-Arbeit. Dar-

aufhin gründeten wir den Arbeitskreis „Patientenorientierte Medizin (POM)“. Damals steigerte sich mein Interesse für die Psychologie, weshalb ich – eigentlich zu spät – ein Doppelstudium begann. Das Psychologiestudium hat sich trotzdem für mich gelohnt, denn dort lernte ich bereits am ersten Tag meine heutige Ehefrau kennen.

Für meine Promotion führte ich mit einem Freund eine soziologisch orientierte Feldstudie durch und im Praktischen Jahr entschied mich zum Wahltertial „Psychiatrie“. Hierfür wollte ich anstatt in die mir bestens vertraute Kinderklinik in die „Höhle des Löwen“. Da die sogenannte Ärzteschwemme gerade erst anfang, war mein damaliger Anleiter auf der geschlossenen Station so glücklich, endlich einen PJler zu bekommen, dass er nach kurzer Einarbeitungszeit seinen mehrwöchigen Urlaub nahm. So blieb mir nur übrig, mir mithilfe der Mitarbeitenden der Pflege alles Nötige über „learning by doing“ anzueignen. Auf diese Weise lernte ich ganz schnell ganz viel und meine Entscheidung für die Psychiatrie war endgültig gefallen.

? Wie verlief Dein beruflicher Werdegang in der Psychiatrie?

Saßmannshausen: Eine angebotene Stelle an einer Universitätsklinik lehnte ich zum Entsetzen meiner Frau ab, weil mir dort die zum damaligen Zeitpunkt herrschende Ellenbogenmentalität der Assistentinnen und Assistenten nicht gefallen hat. Durch Zufall gelangte ich an eine Stelle in einer Klinik für forensische Psychiatrie. In den zwei Jahren, in denen ich dort gearbeitet habe, konnte ich „Sozialpsychiatrie“ vom Feinsten erlernen, wobei mir meine gruppendynami-

schen Erfahrungen aus der Jugend- und Familienarbeit sehr geholfen haben.

Anschließend bekam ich eine Anstellung an einer großen psychosomatischen Fachklinik mit sozialpsychiatrischen Ambitionen, wo ich fünfeinhalb Jahre arbeitete, zuletzt als Springer. Die Erfahrung, für Kolleginnen und Kollegen während deren Urlaubszeit kurzzeitig die Therapien zu übernehmen und in der Arbeit mit den Erkrankten einen geeigneten Fokus zu verfolgen, hat mich gut auf meine spätere Praxis vorbereitet. Das Neurologiejahr absolvierte ich in einer Fachklinik für Multiple Sklerose und Morbus Parkinson, was sowohl meine Kenntnisse über das Zentralnervensystem als auch mein Verständnis für die Gerontopsychiatrie erweitert hat. Vor 31 Jahren habe ich mich dann in Bad Berleburg niedergelassen. Als unruhiger Geist habe ich zudem berufsbegeleitend an der Universität Münster Angewandte Ethik studiert, was ich im Jahr 2018 mit dem Master abschließen durfte.

? Was hat Dich bewogen, Dich als Facharzt für Psychiatrie niederzulassen?

Saßmannshausen: Ich fühlte mich in der Klinik eingeeengt, wollte Verantwortung tragen und mein eigener Herr sein. Zudem hatten wir in Bad Berleburg mit unseren sechs Kindern und eigenem Haus bereits Wurzeln geschlagen. Da fiel die Entscheidung zur Niederlassung nicht schwer. Zum ersten Mal gab es hier für die Region eine vollpsychiatrische ambulante Versorgung. Mittlerweile hoffen meine Patientinnen und Patienten sehr, dass ich trotz meines Rentenalters noch lange für sie da bin, denn eine Nachfolge ist nicht in Sicht. Seinerzeit habe ich hier das Licht angeknipst, ich werde es wohl auch wieder ausknipsen.

? Gibt es Persönlichkeiten, die Dich besonders geprägt oder beeinflusst haben?

Saßmannshausen: Natürlich, interessanterweise einige aus dem kirchlichen Bildungsbereich, ein Jesuit, ein Bildungsreferent, aber ganz besonders mein heute ältester Freund Udo Schmälzle OFM, emeritierter Professor und ehemaliger Dekan der Theologie in Münster. Diese Freundschaft hält seit nun bald 50 Jahren an. Er war lange Zeit mein Mentor in Fragen meiner persönlichen Entwicklung und meiner ethischen Orientierung. Klaus Gorsboth war es, der mich in meinem berufspolitischen Engagement bestärkte, mir Zuversicht gab und mich mit

seiner ruhigen und klaren Art anleitete, und natürlich meine Frau, die als Psychologin und systemische Psychotherapeutin eine äußerst solide Sparringspartnerin ist.

? Aus welchen Beweggründen engagierst Du Dich in der Berufspolitik?

Saßmannshausen: Ich war immer überzeugt, gute Arbeit zu leisten, wurde dafür aber nicht angemessen honoriert, aufgrund des damaligen Punktwertverfalls von 11 auf 3,5 Pfennig binnen weniger Jahre. Zusätzlich wurden mir dann noch von den Krankenkassen Knüppel – in meinem Fall Prüfverfahren – zwischen die Beine geworfen. Da mir das Engagement in Verbänden wahrlich nicht fremd war, war in dieser Situation der Schritt in die Berufspolitik unvermeidlich. In den halbjährlich stattfindenden Tagungen unseres westfälischen Landesverbandes habe ich vieles erfahren, lernen und später als 1. Vorsitzender auch manches unseren Kolleginnen und Kollegen weiter-

wesentlicher Teil des Versorgungsnetzwerkes für psychisch und geistig Kranke und Behinderte. Ulli Thamer, ehemals KV-Vorsitzender Westfalen-Lippe, sagte: „Wir Psychiater und Nervenärzte sind die Hausärzte unserer Patienten.“

Zudem habe ich mich an den Beratungen der DGPPN zur neuen Weiterbildungsordnung beteiligt. Hierbei ging es mir darum, die Psychiatrie als eigenständige und notwendige Disziplin herauszustellen. Immer wieder gab und gibt es Bestrebungen, aus Psychiaterinnen und Psychiatern eine Fachärztin oder einen Facharzt für Psychotherapie mit ein bisschen Psychiatrie zu machen. So gab es das Ansinnen, die Sucht- und die Gerontopsychiatrie auszuklammern, das Neurologiejahr fallen zu lassen oder den psychotherapeutischen Anteil der Weiterbildung noch zu erweitern.

Ebenso verfolge ich die Weiterentwicklung unseres gemeindepsychiatrischen Verbundes wie auch die Umsetzung der

»Ich liebe meinen Beruf!

Ich kann mir keine abwechslungsreichere Tätigkeit vorstellen. «

geben können. Vielleicht habe ich sogar etwas bewegen können. Noch heute mische ich in der KV Westfalen-Lippe im Ausschuss neue Versorgungsformen mit sowie in der Ärztekammer, genauer im Ethikrat des Vorstandes, im Ausschuss Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie und im Arbeitskreis für Weiterbildungsbefugnisse.

? Du hast die psychiatrische Versorgung in Westfalen mitgeprägt. Welche Errungenschaften sind Dir besonders wichtig?

Saßmannshausen: Drei Jahre habe ich als Vertreter der niedergelassenen Nervenärzte und Psychiater in Nordrhein-Westfalen an der Entwicklung des Landespsychiatrieplanes mitwirken dürfen. Mein Ziel war es hierbei, die umfassende fachärztliche Tätigkeit und Verantwortung des Psychiaters darzulegen und Bestrebungen entgegenzuwirken, die psychiatrische Tätigkeit lediglich auf das Verordnen von „Psychopharmaka“ und auf die Notfallversorgung zu reduzieren. Unser Gesamtleistungsspektrum kann weder von der Psychotherapie noch von der Sozialpädagogik substituiert werden. In unserem sozialpsychiatrischen Verständnis sind wir Psychiaterinnen und Psychiater ein

neuen KSV-Psych-Richtlinie, die zwar mit 20 Jahren Verzögerung kommt, jedoch immer noch die Chance bietet, den Netzwerkcharakter psychiatrischen Handelns besser darzustellen und zu honorieren.

? Was möchtest Du jungen Kolleginnen und Kollegen mit auf den Weg geben?

Saßmannshausen: Ich liebe meinen Beruf! Ich kann mir keine abwechslungsreichere Tätigkeit als Arzt vorstellen, außer vielleicht als Hausarzt. Nirgendwo sonst wirst du persönlich so herausgefordert, nicht nur in der Versorgung der Patientinnen und Patienten, sondern auch für deine persönliche Entwicklung. Allerdings: Sieh deine Grenzen und reib dich nicht auf. Misch dich ein! Gerade in der heutigen Zeit werden Menschen gebraucht, die wirklich Ahnung haben, sich in den besonderen Bedingungen ihrer Mitmenschen auskennen und sich trauen, den Mund aufzumachen. Bleib nicht allein! Engagier dich gemeinsam mit anderen, nicht nur fachlich, auch politisch und mitmenschlich.

! Lieber Rüdiger, vielen Dank für das Interview!

Die Diagnose einer neurogenetischen Erkrankung kann den Patientinnen und Patienten eine genauere Prognose zum Krankheitsverlauf geben und hat bei der frühzeitigen Einleitung und Entwicklung spezifischer Therapien eine besondere Bedeutung.

Neurogenetik

Klinisch relevante genomische Varianten neurologischer Erkrankungen

Viele neurologische Erkrankungen werden durch klinisch relevante genomische Varianten in einzelnen Genen verursacht. Die technologischen Fortschritte in der molekulargenetischen Diagnostik tragen dazu bei, unser Verständnis der pathophysiologischen Zusammenhänge vieler Krankheitsbilder zu verbessern. Die Sicherung einer molekularen Diagnose ermöglicht oft eine Aussage zur Prognose und zum Wiederholungsrisiko. Perspektivisch kommt der schnellen Identifizierung der krankheitsursächlichen genomischen Variante(n) auch bei der frühzeitigen Einleitung und Entwicklung spezifischer Therapien eine besondere Bedeutung zu.

ASTRID NÜMANN, NATALIE DEININGER, TOBIAS B. HAACK, BENITA MENDEN

Die molekulargenetische Diagnostik hat unser Verständnis der pathophysiologischen Zusammenhänge vieler Krankheitsbilder verbessert [1, 2]. Bereits heute gibt es etwa unter den seltenen Stoffwechselerkrankungen, die sich häufig mit neurologischen Symptomen manifestieren, therapeutisch beeinflussbare oder therapierbare Erkrankungen. Historische Beispiele sind der Morbus Wilson oder die L-Dopa-responsive Dystonie. Neben dem rechtzeitigen Beginn einer Behandlung kann die molekulare Diagnose aber auch bei der Risiko-Nutzen-Abschätzung hinsichtlich der Wahl des Therapiezeitpunktes mit möglichen Nebenwirkungen (z. B. Stammzelltransplantation) ein wichtiger Parameter sein. So können sich besonders Stoffwechselerkrankungen sehr unterschiedlich präsentieren und erfordern bei der individuellen Therapieplanung eine Berücksichtigung verschiedener Faktoren, wie auch die genetische(n) Variante(n) oder die durch sie verursachte Verminderung der enzymatischen Aktivität. Neben den monogenen Erkrankungen gibt es Krankheiten, die keinem eindeutigen Vererbungsschema folgen. Bei diesen multifaktoriellen oder komplexen Erkrankungen wird angenommen, dass für das Auftreten bestimmter klinischer Merkmale ein Zusammenspiel mehrere Gene (polygen) mit nicht genetischen (exogenen) (Umwelt-)Faktoren verantwortlich ist. Beispiele sind nach heutiger Annahme verschiedene psychiatrische Erkrankungen [2].

Gendiagnostikgesetz und Grundlagen der genetischen Testung

Die gesetzlichen Grundlagen zur genetischen Testung sind im Gendiagnostikgesetz mit der letzten grundlegenden Neuerung

im Jahr 2010 festgelegt (siehe **Diagnostische und prädiktive Diagnostik § 3 GenDiagnostik Gesetz**). Entsprechend darf eine prädiktive (voraussagende) Diagnostik bei klinisch unauffälligen Probanden nur durch Fachärztinnen und Fachärzte für Humangenetik oder für entsprechende Fachrichtungen mit Zusatzqualifikation beauftragt werden. Die diagnostische Testung bei einer manifesten Erkrankung darf hingegen durch alle Ärztinnen und Ärzte bei volljährigen und einwilligungsfähigen Patientinnen und Patienten eingeleitet werden. Die Ratsuchenden sollten schriftlich über das Wesen der Untersuchung, mögliche Ergebnisse und Konsequenzen der genetischen Untersuchung aufgeklärt werden. Sie haben ein „Recht auf Nichtwissen“ und der diagnostische Prozess kann von Patientinnen und Patienten jederzeit unterbrochen werden. Zusätzlich sollten mögliche Folgen und die Wiederholungswahrscheinlichkeit

Diagnostische und prädiktive Diagnostik § 3 GenDiagnostik Gesetz

- Unter der **diagnostischen Testung** wird die Testung von Patientinnen und Patienten verstanden, bei denen eine Erkrankung bereits aufgetreten ist; oder die Bestimmung von genetischen Eigenschaften, welche die Wirkung eines Arzneimittels beeinflussen.
- Unter der **prädiktiven Diagnostik** wird die Untersuchung einer Erkrankung verstanden, die sich zukünftig manifestieren wird. Aber auch die Testung hinsichtlich einer Anlageträgerschaft für eine Erkrankung, die erst bei den Nachkommen zu einer Erkrankung führen kann, wird als prädiktive Testung verstanden.

Fallbeispiel 1

Verstoß gegen das Gendiagnostikgesetz

Ein 43-Jähriger wurde von einer ambulanten Neurologin zur weiteren Diagnostik in die Ataxiesprechstunde überwiesen. Bei dem Patienten bestanden seit einem Jahr eine Gleichgewichts- und eine Feinmotorikstörung. Die Symptomatik verschlechterte sich langsam progredient. Die Familienanamnese war positiv für eine Spinocerebelläre Ataxie Typ 1 (SCA1). In den Vorunterlagen des Patienten, die er zu dem Sprechstundentermin mitbrachte, fand sich der Befund einer molekulargenetischen Analyse, die bereits vor vier Jahren durch den Hausarzt veranlasst wurde. Beim Nachweis von 50 Repeats konnte die Diagnose einer SCA1 molekulargenetisch bestätigt werden. Auf Nachfrage berichtete der Patient, dass der Hausarzt den Befund nicht mit ihm besprochen hatte und er auch nicht wusste, dass diese Untersuchung veranlasst wurde. Der Patient wurde daraufhin in der Ataxiesprechstunde über die Erkrankung und die therapeutischen Möglichkeiten aufgeklärt.

Das Fallbeispiel zeigt, dass der Hausarzt gegen das Gendiagnostikgesetz verstoßen hat, da er eine prädiktive Diagnostik bei einem damals asymptomatischen Patienten durchgeführt hat und der Patient sich der Tragweite der Untersuchung nicht bewusst war. Bei Verstoß des Gendiagnostikgesetzes droht eine Freiheitsstrafe von bis zu zwei Jahren oder eine Geldstrafe.

auch für andere Familienmitglieder benannt werden und eine genetische Beratung sollte für diese Familienmitglieder angeboten werden (**Fallbeispiel 1**).

Die genetische Beratung erfolgt in allgemein verständlicher Form und ergebnisoffen. Die genetische Beratung ist ein ärztliches Gespräch für Personen, die von einer genetisch bedingten Erkrankung (bei sich selbst oder einem Kind) betroffen sind, oder bei denen ein erhöhtes Risiko für eine genetische Krankheit besteht. Der Begriff umfasst in der Regel auch die klinisch-genetische diagnostische Abklärung bei ungeklärten, fraglich genetisch bedingten Krankheiten. Bei der genetischen Beratung wird viel Wert auf eine Non-Direktivität gelegt und Ziel der Beratung ist es, den Ratsuchenden dabei zu helfen, unter Berücksichtigung der medizinischen Zusammenhänge und Risiken für sich persönlich richtige Handlungsentscheidungen zu treffen. Eine genetische Beratung darf nur durch die genannten Ärztinnen oder Ärzte, die sich für genetische Beratungen qualifiziert haben, vorgenommen werden (siehe oben).

Typen genomischer Varianten

Genomische Veränderungen können nach dem Variantentyp eingeordnet werden. Bei häufig vorkommenden können Single Nucleotide Variants (SNVs, Punktmutationen), kleine Insertionen und Deletionen (Indels), Strukturvarianten (SVs) und Repeatexpansionen (REs) unterschieden werden.

Single Nucleotide Variants

Bei einer SNV ist durch den Austausch eines Nukleotids ein einziges Basenpaar betroffen. Dabei bezeichnet man den Aus-

tausch eines Purins (A, G) durch ein Purin beziehungsweise eines Pyrimidins (C, T) durch ein Pyrimidin als Transition, den Austausch eines Purins durch ein Pyrimidin oder umgekehrt als eine Transversion. Wenn dieser Austausch die proteincodierende (exonische) Region betrifft, kann das auf Proteinebene beispielsweise folgende Konsequenzen haben:

- **Synonyme Veränderung:** keine (vorhergesagte) Veränderung der Aminosäure. Dies ist möglich, weil mehrere Codons (Sätze von drei Nukleotiden) für dieselbe Aminosäure kodieren.
- **Nicht synonyme Veränderung (Missense-Variante):** Austausch einer Aminosäure durch eine andere. Je nach Auswirkung der Aminosäuresubstitution auf die Funktion und Struktur des Proteins kann dies zu einer Funktionsänderung führen oder nicht.
- **Nonsense-Variante:** Entstehen eines vorzeitigen Stopp-Codons mit vorzeitigem Abbruch der Proteintranslation (Stop-Gain-Veränderung). Abhängig von der Lokalisation führt dies oftmals zu einem Funktionsverlust des Proteins und wird als Form einer Nonsense-Variante bezeichnet.

Die Annotation von SNVs erfolgt meist aufgrund bioinformatischer Algorithmen und Vorhersagen und bildet die molekularen (Patho-) Mechanismen nicht notwendigerweise korrekt ab. Beispielsweise können vorhergesagt synonyme DNA-Varianten durchaus ein verändertes Spleißen der mRNA und einen Funktionsverlust des Proteins auslösen. Ob eine SNV zu einer Verminderung der Proteinfunktion, einem Funktionsverlust (loss-of-function) oder einer gesteigerten Aktivität (gain-of-function) führt, beziehungsweise der Pathomechanismus sogar auf RNA-Ebene vermittelt wird (z. B. dominant negativer Effekt durch Akkumulation aberranter mRNA-Transkripte), bleibt in der Routineversorgung oftmals unklar oder ist dann Gegenstand experimenteller Folgestudien.

Kleine Insertionen und Deletionen

Bei den Indels handelt es sich um kurze (ca. 50 Basenpaare) DNA-Abschnitte, die entweder inseriert oder deletiert werden. Da bei Translation der mRNA in Aminosäuren immer drei Basenpaare abgelesen werden, verursacht jede Insertion oder Deletion, die nicht einem Vielfachen von drei entspricht, eine Verschiebung des Leserahmens (frameshift). Die betroffenen Transkripte werden oftmals abgebaut (nonsense-mediated decay) beziehungsweise das generierte Restprotein ist nicht funktional, auch dies daher eine Form der Nonsense-Varianten. Ähnlich den SNVs können auch Indels das korrekte Spleißen einer mRNA beeinträchtigen.

Strukturvarianten

Unter den SVs werden Umverteilungen genomischen Materials von in der Regel mehr als 50 Basenpaaren zusammengefasst. Dabei kann es sich um Änderungen der Kopienzahl (copy number variant, CNV) wie eine Deletion oder Duplikation, aber auch eine Insertion, Inversion, Translokation oder eine Kombination verschiedener solcher Veränderungen (komplexes Rearrangement) handeln. Als Pathomechanismus kann neben einer veränderten Gendosis aufgrund eines Zugewinns oder Verlusts genomischen Materials auch die Entstehung dysfunk-

tionaler Transkripte (z. B. Inversion von Exons) oder von Fusionengen (Translokation) als Pathomechanismus eine Rolle spielen.

Cave: Bei Nachweis einer SV kann die (cytogenetische) Untersuchung elterlichen Materials indiziert sein, da beispielsweise einer klinisch relevanten Deletion beim Indexpatienten eine balancierte Translokation bei einem klinisch unauffälligen Elternteil zugrunde liegen kann. Das bedeutet, dass das deletierte Material bei jenem Elternteil an anderer Stelle vorhanden (transloziert) ist. Dadurch sind in Summe alle Erbinformationen erhalten und das entsprechende Elternteil asymptomatisch. Allerdings können die Veränderungen einzeln vererbt werden und das Wiederholungsrisiko entsprechend erhöht sein (**Fallbeispiel 2**).

Krankheitsursächliche Variante oder Polymorphismus?

Varianten, die durchaus häufig in der Bevölkerung und in der Regel nicht krankheitsursächlich sind, werden als Polymorphismus bezeichnet. Umgangssprachlich wird der Begriff Mutation oft zur Bezeichnung von krankheitsursächlichen Varianten verwendet, auch wenn der Begriff an sich eigentlich eine wertneutrale Bezeichnung einer genomischen Veränderung darstellt. Um zu unterscheiden, ob es sich um eine krankheitsursächliche Veränderung oder einen Polymorphismus handelt, erfolgt die Einteilung in fünf Klassen:

- Klasse 1: benigne Variante,
- Klasse 2: wahrscheinlich benigne Variante,
- Klasse 3: Variante unklarer Signifikanz,
- Klasse 4: wahrscheinlich pathogene Variante,
- Klasse 5: pathogene Variante.

Eine Beurteilung von Varianten erfolgt unter anderem auf der Grundlage der Allelfrequenz in Kontrollpopulationen und der Annotation der Varianten in (Krankheits-) Datenbanken sowie durch Literaturrecherche. Zudem können unterschiedliche in silico Prädiktionsprogramme zur Mitbeurteilung von Varianten herangezogen werden [3].

Repeat-Expansionen

Das menschliche Genom enthält über eine Million sich wiederholender Sequenzmotive, die „Tandem-Repeats“ [4]. Historisch werden sie nach der Größe des Repeat-Motivs in Satelliten (> 100 Basenpaare [bp] Repeats), Minisatelliten (10–99 bp) und Mikrosatelliten (oder short tandem repeats [STRs], 2–9 bp) unterteilt, wobei die Übergänge fließend sind. Der Mechanismus instabiler, über Generationen expandierender Tandem-Repeats wurde im Jahr 1991 erstmals beschrieben und derzeit mit mindestens 50 verschiedenen Erkrankungen assoziiert, wobei häufig das zentrale und periphere Nervensystem und die Skelettmuskulatur betroffen sind [5, 6, 7, 8]. Besonderes Kennzeichen dieser Erkrankung ist die Antizipation, also die Verstärkung der klinischen Auffälligkeiten durch Zunahme der Repeat-Expansionen über mehrere Generationen. Man unterscheidet verlängerte Wiederholungen außer- oder innerhalb von codierenden Sequenzen. Bei einem Teil der Erkrankungen handelt es sich um für Glutamin codierende CAG-Trinukleotide, bei denen die Zunahme der Repeat-Zahl zu einer Veränderung des Proteins führt. Ein wichtiges Beispiel ist Chorea Huntington,

Fallbeispiel 2

Schwangerschaftsdiagnostik

Ein zweijähriger Junge wurde in der humangenetischen Sprechstunde vorgestellt, da eine muskuläre Hypotonie und eine motorische Entwicklungsverzögerung bestand. Im Untersuchungsbefund zeigte sich eine Mikrocephalie und hinsichtlich der Größenentwicklung befand sich der Patient an der dritten Perzentile. Die Mutter des Jungen war erneut schwanger und befand sich in der 22. Schwangerschaftswoche. Zur weiteren Abklärung erfolgte eine Chromosomenanalyse bei dem Jungen, mit dem Ergebnis einer Deletion des kurzen Arms von Chromosom 18 (Del18p). Die Prävalenz der Erkrankung ist etwa 1:50.000. Am häufigsten ist eine Form mit sehr moderaten und unspezifischen Dysmorphien. Hauptsymptome sind Kleinwuchs, eine muskuläre Hypotonie und die Intelligenz kann leicht bis moderat reduziert sein.

Zur weiteren Abklärung wurde eine Chromosomenanalyse bei der Mutter durchgeführt und es fand sich eine balancierte Translokation zwischen den Chromosomen 18 und 15. Der Karyotyp lautet 46, XX,(15;18)(p11.2;p11.2). Damit bestand für die erneute Schwangerschaft das Risiko einer unbalancierten Translokation. Da ein Schwangerschaftsabbruch für die Patientin nicht infrage kam, wurde nach einer ausführlichen humangenetischen Beratung keine weitere pränatale Diagnostik vorgenommen.

eine neurodegenerative Krankheit des Erwachsenenalters. Die Vergrößerung des Polyglutamintrakts über einen bestimmten Schwellenwert (35 Repeats) führt zu einer zunehmenden Proteinaggregation und schließlich zu einem Zelluntergang. Bei anderen Krankheiten befindet sich die Trinukleotidsequenz im nicht kodierenden Bereich des Gens und stört ab einer bestimmten Größe dessen Expression, was zu einem Funktionsverlust führt. Zu diesen Krankheiten gehören unter anderem die myotone Dystrophie und das Fragile-X-Syndrom (**Fallbeispiel 3, Abb. 1**). Bei einigen Erkrankungen, wie beispielsweise dem CANVAS-Syndrom (cerebellar ataxia neuropathy and vestibular areflexia syndrome), das durch eine intronische Repeat-Expansion im *RFC1*-Gen verursacht wird, ist der genaue Pathomechanismus nicht bekannt. Es konnten allerdings normale mRNA-Level und eine normale Proteinexpression festgestellt werden [9]. Die Erkrankung wird autosomal rezessiv vererbt und im Jahr 2019 wurde die zugrunde liegende genetische Ursache erstmalig beschrieben [9, 10]. Länger bekannte autosomal-rezessiv vererbte Repeat-Expansionen, wie die Friedreich-Ataxie, werden häufig durch eine verminderte Expression des Gens und nachfolgenden Funktionsverlust des Proteins verursacht [11].

In der **Tab. 1** ist nur eine Auswahl an Erkrankungen dargestellt, die durch Repeat-Expansionen verursacht werden. Je nach verwendeter Methode des beauftragten Labors müssen diese Erkrankungen in der Regel gesondert angefordert werden, da eine technische Detektion mittels einer Next Generation Sequenzierung (Ausnahme: Genomdiagnostik) oder auch Paneldiagnostik nicht möglich ist. Daher sollte versucht werden, eine klinische Einordnung vorzunehmen.

Fallbeispiel 3

Ataxie

Die Vorstellung eines 70-jährigen Patienten erfolgte in der Rettungsstelle der Charité wegen rezidivierender Sturzeignisse. Im klinisch neurologischen Untersuchungsbefund zeigte sich eine Gangataxie und ein dysmetrischer Knie-Hacke-Versuch. Zur weiteren Abklärung wurde ein zerebrales MRT durchgeführt, in der sich eine Leukenzephalopathie der Kleinhirnstiele fand (**Abb. 1a, b**)

Aufgrund des MRT-Befundes wurde die Verdachtsdiagnose eines FraX-assoziierten Tremor-Ataxiesyndroms (FXTAS) gestellt. Die Diagnose konnte molekulargenetisch bestätigt werden. Der Patient hat eine Tochter, die formalgenetisch zu 100% Anlageträgerin einer Prämutation ist und ein erhöhtes Risiko für einen Sohn mit einem Fragilen-X-Syndrom hat. Ebenso besteht ein erhöhtes Risiko für ein POF-Syndrom (premature ovarian failure), dies bezeichnet eine Symptomatik ähnlich dem Eintritt in vorzeitige Wechseljahre, von der etwa jede dritte bis vierte Frau mit der FMR1-Prämutation betroffen ist. Der Tochter wurde eine humangenetische Beratung empfohlen. Der Patient entschied sich jedoch dafür, seiner Tochter die Diagnose und die Empfehlung der humangenetischen Beratung nicht mitzuteilen.

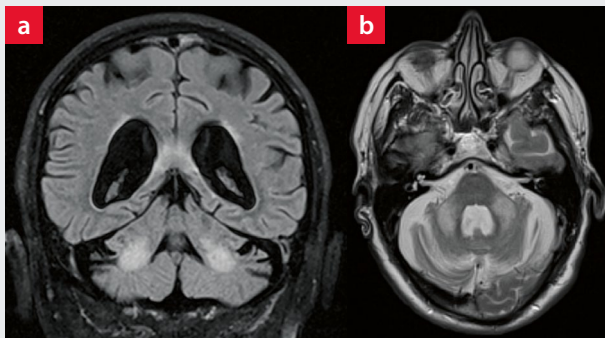


Abb. 1a, b: Zerebrales MRT. Leukenzephalopathie der Kleinhirnstiele.

Technische Grundlagen genetischer Diagnostik

Zur Detektion der verschiedenen Typen genetischer Veränderungen stehen verschiedenste Methoden zur Verfügung, die man grob in konventionelle Ansätze und Next Generation Sequencing (NGS)-basierte Untersuchungen unterscheiden kann. Methoden der konventionellen Diagnostik beinhalten beispielsweise die Sanger-Sequenzierung (SNVs), Fragmentlängenanalyse (REs), quantitative PCR (CNVs), Methylierungsspezifische PCR (Imprinting-Störungen), Multiplex Ligation-dependent Probe Amplification (MLPA, CNVs), Microarrayanalysen (CNVs) und Chromosomenanalyse (SVs). Mit dem Wegfall der Methodenbindung konnten ab dem Jahr 2016 in Deutschland mithilfe der NGS-Technologien neue diagnostische Anwendungen in der täglichen Routine etabliert werden. Hierbei wird oftmals die Sequencing-by-synthesis (SBS)-Methode verwandt, bei der im Rahmen der „paired-end-Sequenzierung“ DNA-Fragmente von jeder Seite mit einer vorher fest-

Tab. 1: Wiederholungen außerhalb codierender Sequenzen

— Fragiles X-Syndrom	(X-chromosomal)
— Friedreich-Ataxie	(autosomal rezessiv)
— DM1 und DM2	(autosomal dominant)
— SCA 8, 10, 12	(autosomal dominant)
— CANVAS-Syndrom (RFC1)	(autosomal rezessiv)
— C9orf72 (FTD/ALS)	(autosomal dominant)

Wiederholungen in codierenden Sequenzen

— Huntington-Erkrankung	(autosomal dominant)
— Kennedy-Syndrom	(X-chromosomal)
— SCA 1, 2, 3, 6, 7, 17	(autosomal dominant)
— DRPLA	(autosomal dominant)

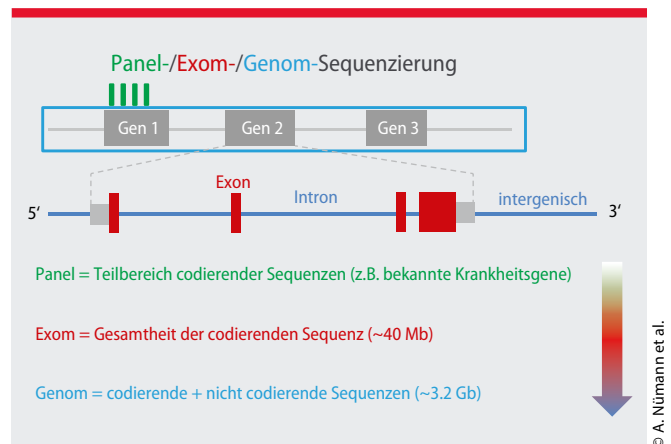


Abb. 2: Übersicht verschiedener Sequenziermethoden

gelegten Leseweite von 100–250bp sequenziert werden. In Kombination mit der Patterend FlowCell-Technologie beispielsweise auf der NovaSeq6000-Plattform können so innerhalb von 25 bis 44 Stunden 250–3.000 Gb an Sequenzdaten pro FlowCell generiert werden. Das entspricht zirka 24 humanen Gesamtgenomen mit einer etwa 38-fachen durchschnittlichen Abdeckung. Aufgrund der hohen Sequenzierkapazität entwickelte sich NGS schnell zu einer verlässlichen Alternative für die klassische Sanger-Sequenzierung, mit dem Vorteil einer höheren diagnostischen Sensitivität durch parallele Sequenzierung von ganzen Genpanels und deutlich kostengünstigeren Bearbeitung der Proben. Dem eigentlichen Sequenzierprozess können dabei verschiedene Anreicherungsverfahren vorangestellt und spezifische Zielregionen (z. B. Genpanels oder Gesamtheit aller codierenden Sequenzen = Exom, zirka 1,5% des menschlichen Genoms) angereichert werden. Neben der Detektion von SNVs können die generierten Sequenzdaten mit Hilfe bioinformatischer Algorithmen auch zum Nachweis von CNVs und REs genutzt werden. Insbesondere auf der technischen Grundlage einer Genomsequenzierung können damit auch inhaltliche Fragestellungen für klassische Methoden der Gendosisanalyse (quantitative PCR, MLPA, Microarray), Fragmentlängenanalyse (inklusive intronischer Repeat-Expansi-

Tab. 2: Übersicht zur Detektion genomischer Variationen mit verschiedenen Sequenziermethoden

	Panel	Exom	Genom
Punktmutationen (SNVs und Indels)	+	+	++
Gendosisveränderungen (CNVs)	+	+	++
Repeat-Expansionen (REs)	(+)	(+)	+
Strukturvarianten (SVs)	(+)	(+)	+

onen) und Chromosomenanalyse (komplexe Strukturvarianten) abgebildet werden [12]. Während in der diagnostischen Validierung eine gute Sensitivität und Spezifität gezeigt werden konnte, sind abhängig vom Befund teilweise Folgeuntersuchungen mit konventionellen Methoden empfehlenswert, etwa zur Bestimmung der exakten Länge eines expandierten Motivs. Eine orientierende Übersicht zur Detektion genomischer Variation mit verschiedenen Sequenzierungsansätzen ist in **Abb. 2** und **Tab. 2** dargestellt. Wegen vergleichender Auswertungen der Exom- und Genomsequenzierung gehen wir derzeit bei neurologischen Bewegungsstörungen von einem diagnostischen Mehrwert der Genomsequenzierung von zirka 6–10 % gesicherter Diagnosen aus [12].

Fazit

- Entscheidend für den diagnostischen Mehrwert einer NGS-Methode ist der Umfang der Auswertung.
- Auf Basis einer Genomsequenzierung können neben Single Nucleotide Variants (SNVs, Punktmutationen) und kleinen Insertionen und Deletionen (Indels) auch weitere Variantentypen wie Strukturvarianten (SVs) und Repeat-Expansionen (REs) detektiert und ausgewertet werden.
- Für die effiziente Priorisierung und insbesondere Interpretation noch nicht vorbeschriebener Veränderungen ist eine detaillierte Phänotypisierung erforderlich (klinische Charakterisierung, Familienanamnese, Bildgebung, Laborparameter).

Aktuelle Entwicklungen und Ausblick

Trotz der Verfügbarkeit umfassender Sequenzierungsansätze bleiben zirka 65–70 % der Patientinnen und Patienten mit genetisch bedingten neurologischen Erkrankungen ohne eine gesicherte Diagnose. Neben methodischen Ursachen (geringe Abdeckung, fehlerhafte bioinformatische Variantendetektion, falsches Gewebe, Mosaik) spielen höchstwahrscheinlich eine unzureichende Annotation nachgewiesener Varianten („synonyme“ Variante verursacht Spleißdefekt) und die Annahme falscher Modelle für die Variantenfilterung (verminderte Penetranz, polygene Vererbung) eine Rolle. Technisch wird in den nächsten Jahren die diagnostische Implementierung (synthetischer) Long-read-Technologien (z. B. Oxford Nanopore Technologies, ONT, Pacific Biosciences, PacBio) erwartet, welche die zusammenhängende Bestimmung der Sequenzabfolge mehrerer Zehntausend bp am Stück ermöglicht. Methodisch können gegenüber der Short-read-Technologie insbesondere

Fallbeispiel 4

Seltene Stoffwechselerkrankung

Die Vorstellung eines Patienten erfolgte im Alter von 28 Jahren. Der Patient ist das zweite Kind nicht konsanguiner Eltern. Seine frühkindliche Entwicklung war unauffällig. Während der Schulzeit entwickelte der Patient psychiatrische Auffälligkeiten, es wurde die Diagnose einer anankastischen Persönlichkeitsstörung gestellt und ein Asperger Autismus ausgeschlossen. Im Alter von 25 Jahren entwickelte der Patient eine Fußheberparese und ein verändertes Gangbild. Im Verlauf zeigte sich eine deutliche Verschlechterung der Kognition, mit einem Absinken des IQ von 134 auf 80, der Patient musste sein Studium abbrechen und konnte eine angefangene Ausbildung nicht beenden. An Vorerkrankungen waren eine rezidivierende tiefe Beinvenenthrombose und eine chronische Migräne bekannt.

Im klinisch neurologischen Untersuchungsbefund wurden eine spastische Paraparese der unteren Extremität und ein mildes zerebelläres Syndrom festgestellt.

Im MRT fand sich eine parietale Atrophie mit geringer Leukenzephalopathie (peritrigonal, zentral und am Hinterhorn beidseits ohne Beteiligung des Balkens, **Abb. 3 a, b**)

Zur weiteren Abklärung bei Verdacht auf eine hereditäre spastische Paraplegie wurde eine Exomanalyse durchgeführt. In dieser zeigten sich zwei compound-heterozygote Varianten im *MTHFR*-Gen (Methylentetrahydrofolat Reduktase-Gen). Das konnte auch in der Stoffwechseldiagnostik bestätigt werden, mit extrem hohen Spiegeln für Homocystein (273,5 µmol/l, Referenzbereich < 15 µmol/l). Aufgrund der Erkrankung ist die Reduktion von 5,10-Methylentetrahydrofolat zu 5-Methyltetrahydrofolat, dem Methylonor für die Remethylierung des Homocysteins zu Methionin gestört.

Nach Diagnosestellung erhielt der Patient eine Therapie mit Cofaktoren (Betain bis zu 10 g/Tag, Vitamin B₂ 5–10 mg/Tag), Vitamin B₁₂ 1.000 µg i. m., Folsäure 5–10 mg/Tag), wodurch alternative Abbauege von Homocystein induziert werden. Unter der Therapie stabilisierte sich die neurologische Symptomatik und die Homocysteinspiegel konnten auf 90 µmol/l gesenkt werden.

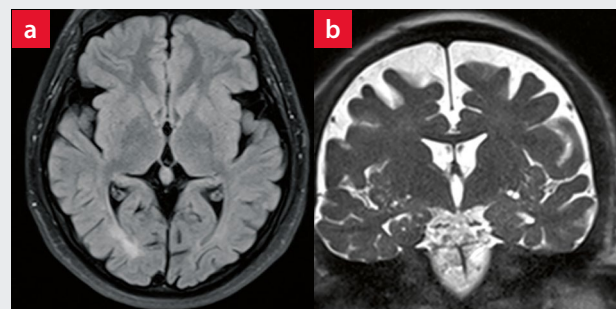


Abb. 3 a, b: MRT. Parietale Atrophie mit geringer Leukenzephalopathie (peritrigonal, zentral und am Hinterhorn beidseits ohne Beteiligung des Balkens).

© A. Nümann et al.

Strukturvarianten besser detektiert und die Zusammensetzung von Repeat-Strukturen analysiert werden. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, Methylierungsmuster auszulesen und damit auch Imprinting-Störungen diagnostizieren zu können.

Zum besseren Verständnis der funktionellen Konsequenzen etwa nicht codierender Varianten kann die Integration zusätzlicher Omics-Datensätze beitragen. Beispielsweise kann die Analyse einer RNA-Sequenzierung Hinweise auf verändertes Spleißen oder den Abbau von mRNAs liefern und so zur korrekten Annotation detektierter DNA-Varianten beitragen. Grundsätzliche Einschränkung dieser Methode ist die Notwendigkeit einer Expression des krankheitsursächlichen Gens im untersuchten Gewebe.

Einen wachsenden Stellenwert nehmen neben der Einzelfallauswertung mehr und mehr auch Kohortenanalysen ungelöster Patienten ein. Über Gen-Burden-Analysen können so statistische Assoziationen von Varianten/Genen mit bestimmten Phänotypen hypothesenfrei aufgedeckt werden [13]. Solche Analysen werden derzeit meist im Kontext wissenschaftlicher Projekte durchgeführt, können im Erfolgsfall aber schnell zu einer retrospektiven Diagnosesicherung bei mehreren Patientinnen und Patienten führen. Grundlage für solche Ansätze sind relevante Fallzahlen, die oft nur im Rahmen (inter)nationaler Konsortien erreicht werden können und die Unterstützung der Erkrankten sowie verantwortlichen Ärztinnen und Ärzte in Klinik und Diagnostik zur Teilung generierter Datensätze voraussetzt.

Fazit für die Praxis

Es besteht die Frage warum es wichtig ist, seltene genetische Erkrankungen zu diagnostizieren. Zum einen kann durch die Diagnose einer neurogenetischen Erkrankung den Patientinnen und Patienten eine genauere Prognose zum Krankheitsverlauf geben. Zusätzlich können die Informationen auch für andere Familienmitglieder oder die Familienplanung wichtig sein. Zum anderen werden aber immer mehr Therapien für neurogenetische Erkrankungen entwickelt [14]. Drei Antisense-Oligonukleotide sind bereits für die spinale Muskelatrophie, Duchenne Muskeldystrophie und familiäre Amyloidneuropathie zugelassen. Für viele andere Erkrankungen sind Phase-I/II-Studien geplant beziehungsweise abgeschlossen, wie beispielsweise für die Chorea Huntington, Spinocerebelläre Ataxie Typ 1 und 3 sowie Amyotrophe Lateralsklerose.

Anhand des **Fallbeispiels 4** (Abb. 3) kann illustriert werden, dass es seltene metabolische Erkrankungen gibt, die klinisch nicht gut zu unterscheiden sind, welche therapeutisch beeinflusst werden können [15, 16].

Literatur

- Bargiela D et al. Prevalence of neurogenetic disorders in the North of England. *Neurology*. 2015;85(14):1195-201
- Peay HL. Genetic Risk Assessment in Psychiatry. *Cold Spring Harb Perspect Med*. 2020;10(12):a036616
- Richards S et al. Standards and guidelines for the interpretation of sequence variants: a joint consensus recommendation of the American College of Medical Genetics and Genomics and the Association for Molecular Pathology. *Genet Med*. 2015;17(5):405-24
- Willems T et al. The landscape of human STR variation. *Genome Res*. 2014;24(11):1894-904
- Depienne C, Mandel JL. 30 years of repeat expansion disorders: What have we learned and what are the remaining challenges? *Am J Hum Genet*. 2021;108(5):764-85
- La Spada AR et al. Androgen receptor gene mutations in X-linked spinal and bulbar muscular atrophy. *Nature*. 1991;352(6330):77-9
- Oberle I et al. Instability of a 550-base pair DNA segment and abnormal methylation in fragile X syndrome. *Science*. 1991;252(5009):1097-102
- Verkerk AJ et al. Identification of a gene (FMR-1) containing a CGG repeat coincident with a breakpoint cluster region exhibiting length variation in fragile X syndrome. *Cell*. 1991;65(5):905-14
- Cortese A et al. Biallelic expansion of an intronic repeat in RFC1 is a common cause of late-onset ataxia. *Nat Genet*. 2019;51(4):649-58
- Rafehi H et al. Bioinformatics-Based Identification of Expanded Repeats: A Non-reference Intronic Pentamer Expansion in RFC1 Causes CANVAS. *Am J Hum Genet*. 2019;105(1):151-65
- Bidichandani SI, Delatycki MB. Friedreich Ataxia, in *GeneReviews*((R)), Adam MP et al., Editors. 1993: Seattle (WA).
- Gorcenko S et al. New generation genetic testing entering the clinic. *Parkinsonism Relat Disord*. 2020;73:72-84
- Park J et al. Transcript-Specific Loss-of-Function Variants in VPS16 Are Enriched in Patients With Dystonia. *Neurol Genet*. 2022;8(1):e644
- Pulst SM. Antisense-Therapie neurologischer Erkrankungen. *Nervenarzt*. 2019;90(8):781-6
- Ebrahimi-Fakhari D et al. Movement Disorders in Treatable Inborn Errors of Metabolism. *Mov Disord*. 2019;34(5):598-613
- Jinnah HA et al. Treatable inherited rare movement disorders. *Mov Disord*. 2018;33(1):21-35

Interessenkonflikt

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

AUTOREN

Dr. med. Astrid Nümann

Klinik und Poliklinik für Neurologie
Campus Charité Mitte
Charitéplatz 1, 10117 Berlin
astrid.nuermann@charite.de

Natalie Deininger

Institut für Medizinische Genetik und
Angewandte Genomik
Universität Tübingen
Calwerstraße 7, 72076 Tübingen
Natalie.Deininger@med.uni-tuebingen.de

Dr. med. Tobias B. Haack

Institut für Medizinische Genetik
und Angewandte Genomik
Universität Tübingen
Calwerstraße 7, 72076 Tübingen
Tobias.Haack@med.uni-tuebingen.de

Dr. med. Benita Menden

Institut für Medizinische Genetik
und Angewandte Genomik
Universität Tübingen
Calwerstraße 7, 72076 Tübingen
Benita.Menden@med.uni-tuebingen.de

Klinisch relevante genomische Varianten neurologischer Erkrankungen

FIN gültig bis 1.12.2022:

NT2211sU

Teilnehmen und Punkte sammeln können Sie

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



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

? Welche Aussage trifft zur Neurogenetik am ehesten zu?

- ☐ Neurogenetik spielt in der Diagnostik keine Rolle.
- ☐ Prädiktive Untersuchungen sind in der Praxis aus technischen Gründen nicht möglich.
- ☐ Es gibt therapeutisch beeinflussbare neurogenetische Erkrankungen.
- ☐ Der Morbus Wilson ist keine Erkrankung mit genetischem Hintergrund.
- ☐ Dystonien mit positiver Familienanamnese sind nicht responsiv auf L-Dopa.

? Welche Aussage über das Gendiagnostikgesetz ist am ehesten zutreffend?

- ☐ Eine genetische Beratung erfordert die Verwendung vieler Fachbegriffe.
- ☐ Eine prädiktive Testung kann von bestimmten Ärzten vor Symptombeginn durchgeführt werden.
- ☐ Einmal eingeleitet, darf der diagnostische Prozess durch den Patienten nicht mehr unterbrochen werden.
- ☐ Eine diagnostische Testung ist ein Synonym für eine voraussagende Testung.
- ☐ Ein Verstoß gegen das Gendiagnostikgesetz ist nur eine Ordnungswidrigkeit.

? Was trifft für Typen genomischer Varianten am ehesten zu?

- ☐ Bei einer Single Nucleotide Variante (SNV) ist ein einziges Nukleotidbasenpaar ausgetauscht.

- ☐ Single Nucleotide Variante (SNV) führen immer zum Funktionsverlust (loss-of-function) eines Proteins.
- ☐ Indels sind größere (> 100.000 Basenpaare) Insertionen.
- ☐ Strukturvarianten (SVs) sind Verdopplungen genomischen Materials.
- ☐ Repeat-Expansionen (REs) sind für die Chorea Huntington bislang nicht beschrieben.

? Was gehört nicht zur Klasseneinteilung krankheitsursächlicher Varianten beziehungsweise Polymorphismen?

- ☐ Benigne oder wahrscheinlich benigne Varianten
- ☐ Varianten unklarer Signifikanz
- ☐ Wahrscheinlich pathogene Varianten
- ☐ Varianten mit Kopienanzahlveränderungen (copy number variants, CNV) unter 40 Basenpaaren
- ☐ Pathogene Varianten

? Was trifft zu den technischen Grundlagen der genetischen Diagnostik am ehesten zu?

- ☐ Konventionelle Ansätze sind zum Beispiel die Sanger-Sequenzierung für Single Nucleotide Varianten (SNVs).
- ☐ Fragmentlängenanalysen entsprechen einer klassischen PCR.
- ☐ Chromosomenanalysen sind seit längerer Zeit nicht mehr erlaubt.
- ☐ Next Generation Sequencing ist in Deutschland aus Datenschutzgründen noch nicht verfügbar.

- ☐ Seit dem Jahr 2016 sind die Labore gezwungen, bestimmte Diagnostikmethoden zu verwenden.

? Ein 43-jähriger Patient hat seit einem Jahr progrediente Gleichgewichtsstörungen und eine Feinmotorikstörung. Die Familienanamnese ist positiv. Welche Aussage zur neurogenetischen Diagnostik trifft am ehesten zu?

- ☐ Eine prädiktive Diagnostik ist bei dem Patienten nun möglich.
- ☐ Die Fachärztin oder der Facharzt für Neurologie muss nun auch eine prädiktive Diagnostik beim Rest der Familie durchführen.
- ☐ Der Befund spricht für eine Chorea Huntington.
- ☐ Es sollte rasch eine Therapie mit Vitamin B₁₂ eingeleitet werden.
- ☐ Es kann nun eine genetische Diagnostik eingeleitet werden, da es sich vermutlich um eine Spinozerebelläre Ataxie handelt.

? Was trifft für die Chorea Huntington am ehesten zu?

- ☐ Es kommt zu einem ischämischen Untergang von Neuronen.
- ☐ Ist das klassische Beispiel einer neurogenetischen Erkrankung.
- ☐ Es kommt zu keiner Antizipation (keine Verstärkung der Klinik in den nachfolgenden Generationen).

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

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

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

- Der Schwellenwert für Repeat Expansionen liegt bei unter 17 für ein positives Ergebnis.
- Pathophysiologisch führen die Trinukleotidexpansionen zu einer DNA-Aggregation.

? Welche Aussage trifft für das umfangreichere Next Generation Sequencing (NGS) am ehesten zu?

- NGS darf erst bei den Nachkommen eines Patienten zum Einsatz kommen.
- NGS ist für die Forschung, aber nicht für die tägliche Routine relevant.
- Für das NGS benötigt das Labor keinerlei klinische Informationen.
- NGS kann nach einer Sanger-Sequenzierung erfolgen und auch zum Nachweis von copy number variants (CNV) eingesetzt werden.
- NGS macht eine gute klinische Charakterisierung und Bildgebung überflüssig.

? Welche Erkrankung gehört *nicht* zu den genetischen Erkrankungen mit Repeat-Expansion?

- Kennedy-Syndrom
- Fragiles-X-Syndrom
- Sporadische senile Alzheimer-Demenz
- SCA 1-3
- Friedreich-Ataxie

? Welche Aussage trifft zur Entwicklung der Neurogenetik am ehesten zu?

- Es ist eine rein akademische Disziplin.
- Es gibt leider bis heute keine therapierbaren Muskelerkrankungen.
- Für die Chorea Huntington sind spezifische Antisense-Oligonukleotide zugelassen.
- Metabolische Erkrankungen sind per Definition nicht genetisch verursacht.
- Es gibt in der Neurogenetik sowohl methodische als auch therapeutische Fortschritte.



© piro / forolia.com

Aktuelle CME-Kurse aus der Neurologie

► **Pharmakologische Eigenschaften direkter orale Antikoagulanzen**

aus: NeuroTransmitter 9/2022

von: S. Faust

zertifiziert bis: 8.9.2023

CME-Punkte: 2

► **Rheumatologische Erkrankungen und Neurologie: Was ist zu beachten?**

aus: NeuroTransmitter 5/2022

von: M. Maschke

zertifiziert bis: 16.5.2023

CME-Punkte: 2

► **Prodromale Stadienkonzepte der neurodegenerativen Demenzen**

aus: NeuroTransmitter 3/2022

von: J. Bungenberg, A. S. Costa,

K. Reetz

zertifiziert bis: 9.3.2023

CME-Punkte: 2

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

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

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

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



Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

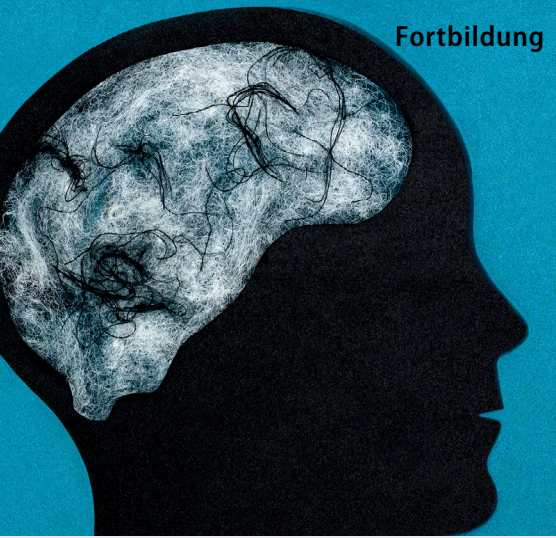
Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.



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 10/2022

Organische wahnhaftige Störung bei Schlaganfall

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?

Das Online-Archiv unter

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



Neurologische Kasuistik

Ungewöhnliche Raumforderung

Anfang Juni 2020 stellte sich erstmals ein damals 49-jähriger Patient in der Sprechstunde vor. Um den 22. Mai 2020 herum habe er eine relativ abrupt einsetzende Symptomatik bemerkt. Zunächst waren die Beine rechtsbetont betroffen, einhergehend mit Schwäche und Gehstörung. Teilweise war die rechte Hand etwas paretisch mit zeitweiligen Schwierigkeiten beim Schreiben. Darüber hinaus war eine allgemeine Schwäche und zeitweilige Sprechstörung aufgefallen, jedoch fluktuierend. Notfallmäßig habe er sich deshalb am 22. Mai 2020 im Krankenhaus vorgestellt. Dort seien im CT eine frische Blutung oder ein Apoplex ausgeschlossen, aber „alte Schlaganfälle“ diagnostiziert worden, mit der Empfehlung weiterer Diagnostik. Die Befunde habe er leider nicht bekommen. Bisher sei er immer gesund gewesen, bis vor etwa zwei Jahren kurzdauernd eine Episode mit Schlagseite nach links aufgetreten war, von der er sich aber wieder rasch erholte hätte.

Neurologischer Befund

Die horizontale Blickfolge war konjugiert, aber sakkadiert ohne sichere Parese. Die übrigen Augenbewegungen waren regelrecht, die Reaktionen auf Licht unauffällig. Zum Untersuchungszeitpunkt lag keine sichere Sprechstörung vor (etwas gebrochenes Deutsch, ungarische Muttersprache). Beim dem Patienten, Rechtshänder, imponierte die Feinmotorik auf der rechten Seite verlangsamt mit langsamem Schriftzug. Im Seitenvergleich war eine leichte Schwäche des rechten Arms jeweils gegen Widerstand feststellbar. Weiterhin bestand rechts eine diskrete Fußheberschwäche, Kraftgrad 4. Im Beinhalteversuch war keine Absinktendenz feststellbar. Die Muskeleigenreflexe waren rechts gesteigert, das Babinski-Zeichen war negativ,

das Vibrationsempfinden an Hüfte und Innenknöchel betrug jeweils 5/8. Es lag eine Bradydiadochokinese des rechten Beins vor und das Einbeinhüpfen war rechts langsamer als links.

Frage 1

Wie würden Sie den Fall vorläufig einordnen?

- Augenbewegungsstörung und Hemi-symptomatik deuten auf eine Hirnstammläsion hin.
- Zerebellärer Schlaganfall
- Verdacht auf entzündliche ZNS-Erkrankung
- Verdacht auf Simulation bei der fluktuierenden Symptomatik
- Guillain-Barré-Syndrom

Zu Antwort a: Tatsächlich muss man bei der Kombination der Symptome an ein Problem im Bereich des Hirnstammes denken. Im Krankenhaus waren eine frische Ischämie verneint und ältere Läsionen gesehen worden. Trotzdem ist die Symptomatik hinweisend auf eine aktuelle Problematik. Bezüglich der bisherigen Diagnostik muss man einschränkend bemerken, dass die Sensitivität der CT-Untersuchung für infratentorielle Läsionen gering ist.

Zu Antwort b: Auch ein zerebellärer Infarkt ist möglich. Jedoch ist es unwahrscheinlich, dass ein relevanter zerebellärer Infarkt im CCT oder MRT (in unserem Fall noch nicht gemacht) übersehen wird, im Gegensatz zu kleinen Hirnstammläsionen, die wegen der dicht gepackten Bahnen auch bei geringer Ausdehnung symptomatisch sein können.

Zu Antwort c: Eine entzündliche ZNS-Erkrankung ist bei dem relativ jungen Patienten mit bereits früher aufgetretenen Symptomen differenzialdiagnostisch zu berücksichtigen. Insbesondere die eher unbesorgte Art, mit der die Symptome hingenommen werden, könnte die Diagnosefindung verschleppen.

Zu Antwort d: Die angesprochene eher lockere Art, Symptome hinzunehmen und zu ignorieren, spricht mehr gegen ein Interesse, kränker zu erscheinen als nötig.

Zu Antwort e: Gegen eine Polyradikulitis sprechen die zentrale Parese mit Halbseitensymptomatik und Reflexsteigerung. Bei Varianten wie dem Miller-Fisher-Syndrom können zwar auch Hirnnervenbeteiligungen auftreten, aber immer mit der Symptomatik einer peripheren Läsion, also mit Reflexausfall im paretischen Muskel.

Nachdem doch einige Überlegungen in Richtung einer intrakraniellen Läsion gingen, wurde die Diagnostik in diese Richtung fortgesetzt.

Weiterführende Diagnostik

Farbduplexkodierte Sonografie hirnversorgender Arterien

B-Bild-sonografisch zeigte sich eine regelrechte Darstellung der Karotiden mit nur minimalen Ablagerungen in den Bifurkationen und eine farbkodiert regelrechte Füllung.

Duplexsonografisch war keine pathologische Frequenzbeschleunigung feststellbar. Auch die Vertebralarterien waren beidseits regelrecht ableitbar. Somit lag hier ein Normalbefund ohne eine relevante Arteriosklerose an den Halsschlagadern vor.

Elektroenzephalografie mit Hyperventilation

Das 10/s-Alpha-EEG zeigte Vigilanzschwankungen im Verlauf der Ableitung. Es lagen aber keine Hinweise auf eine Hirnfunktionsstörung vor.

Visuell evozierte Potenziale

In der VEP-Ableitung waren eine normale Latenz (96 ms) und gut ausgeprägte kortikale Antworten abzulesen. Damit bestand kein Hinweis auf eine abgelaufene Optikusneuritis.

Magnetresonanztomografie

Zusätzlich erfolgte eine MRT des Schädels nativ und mit Kontrastmittel (T1-Wichtung sagittal/koronal FLAIR Fettsättigung/Diffusionswichtung transversal je 5 mm/T2-Wichtung transversal 4 mm/T1 transversal mit und ohne Kontrastmittel/T1-Wichtung sagittal mit

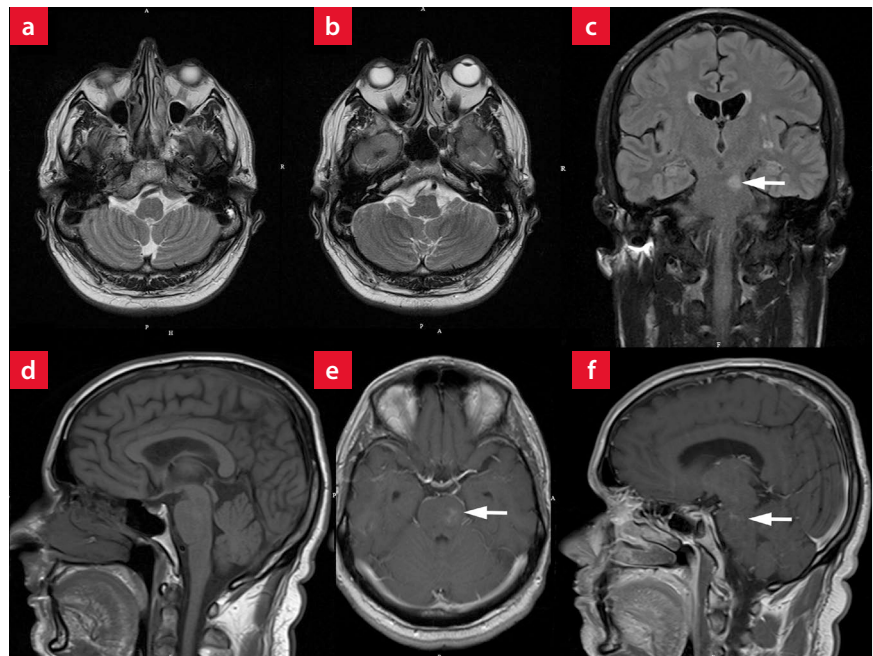


Abb. 1: MRT des Schädels vom 3. Juni 2020 (zwölf Tage nach Symptombeginn). Nicht gezeigt: Diffusionswichtung ohne Nachweis einer frischen Ischämie und Angiografie ohne relevante Stenosen oder Aneurysma. **a, b:** T2-gewichtete transversale Schichten durch die Medulla oblongata **c:** koronare FLAIR mit flauer Signalanhebung als Hinweis für eine Gliose pontomesencephal links, in der T1-Sequenz nativ (**d:** sagittal T1-Wichtung) isointens und nach Kontrastmittelgabe (**e:** transversal und **f:** sagittal) flau signalangehoben. Darüber hinaus keine pathologische Kontrastmittelaufnahme. Vermutlich ältere Läsionen ohne Symptombefug: fleckige Gliosen im rechten Caudatumkopf, in den lateralen Stammganglien links. Mehrere kleine juxtakortikale Gliosen.

Kontrastmittel und T2-Wichtung sagittal) mit arterieller Angiografie („time of flight“ [TOF], 3D, Schichtdicke 0,5 mm, multiplanare Rekonstruktion). Exemplarische Schichten fanden sich in **Abb. 1**.

Derzeitiger Stand der Diagnostik

Hemiparese mit Hirnstammsymptomatik mit Nachweis einer passenden Läsion im Bereich des Mesencephalon ohne Diffusionsstörung, aber mit leichter Kontrastmittelaufnahme. Darüber hinaus existieren einige weitere Glialäsionen.

Frage 2

Wie würden Sie den Fall bewerten und was ist als nächster Schritt vorzuschlagen?

- Die fehlende Diffusionsstörung schließt eine Ischämie als Ursache der Läsion aus. Von daher ist eine weitere Abklärung nicht sinnvoll.
- Das Nebeneinander von Kontrastmittelaufnehmenden und älteren Läsionen,

verbunden mit Hirnstammsymptomatik bei einem jüngeren Patienten, lässt an eine entzündliche Ursache denken.

- Die unauffällige VEP-Untersuchung spricht gegen eine abgelaufene Optikusneuritis.
- Eine tumoröse Ursache ist denkbar, daher erfolgt eine neurochirurgische Vorstellung.
- Als Ursache der Halbseitenlähmung ist auch eine Läsion im Halsmark denkbar, sodass eine MRT der Halswirbelsäule angefordert wird.

Zu Antwort a: Üblicherweise findet man für zwei bis drei Wochen nach Ischämie eine Diffusionsstörung. Von daher ist tatsächlich bei einer zwölf Tage bestehenden Symptomatik zunächst an andere Ursachen zu denken. Bei einer doch störenden Hemiparese und deutlichen Hirnläsion sollte aber im Hinblick auf eine Therapie und Verhinderung weiterer Schädigung eine Diagnose angestrebt werden.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Zu Antwort b: Auch wenn man sich die Entwicklung von entzündlichen Läsionen eher subakut vorstellt, so spürt ein Großteil der Betroffenen die Symptomatik von einem Tag auf den anderen (der letzte Tropfen bringt das Fass zum Überlaufen?) jedoch nicht „schlagartig“ wie bei einer Ischämie. Von daher ist die Symptomschilderung mit relativ plötzlichem Beginn eventuell passend zu einer entzündlichen Ursache. Und hier ist sicherlich eine weitere Abklärung sinnvoll.

Zu Antwort c: Ja, eine relevante Optikusneuritis war nicht zu vermuten (auch keine diesbezügliche Symptomschilderung), aber das bringt uns nicht weiter, nachdem andere Aspekte zu einer entzündlichen Ursache passen würden. Bei einer partiellen Gesichtsfeldstörung könnte eventuell das gesunde Halbfeld die Pathologie verdecken, sodass Halbfeld-VEP empfehlenswert wären. Unser Patient hatte aber keine Sehstörung bemerkt. Daher wurde diese Fährte nicht weiter verfolgt.

Zu Antwort d: Eine tumoröse Ursache ist aufgrund der Kontrastmittelaufnahme nicht auszuschließen. Hier gilt bei anzunehmend schleichender Schädigung noch mehr das in Antwort b genannte. Allerdings gibt es immer wieder auch Tumorkrankheiten, die ihre Symptome lange Zeit gut kompensieren und plötzlich von einem Tag auf den anderen eine Störung wahrnehmen. Insbesondere ein Krampfanfall wäre ein Beispiel für eine abrupt auftretende Symptomatik trotz langsamer Entwicklung der Grunderkrankung.

Zu Antwort e: Eine Halsmarkläsion könnte eine zentrale Halbseitensymptomatik erklären, aber keine Augenbewegungsstörung. Von daher scheinen andere diagnostische Maßnahmen sinnvoller, insbesondere, nachdem ja eine Läsion gefunden wurde, die nur noch genauer ätiologisch differenziert werden muss.

Weitere Abklärung

Aufgrund der möglichen entzündlichen Ursache der Hirnläsionen wurde eine Lumbalpunktion angeboten und in der Folge auch durchgeführt.

Bei mittlerweile spontan deutlich gebesserter Symptomatik war das Ergebnis der Lumbalpunktion vom 8. Juni 2020

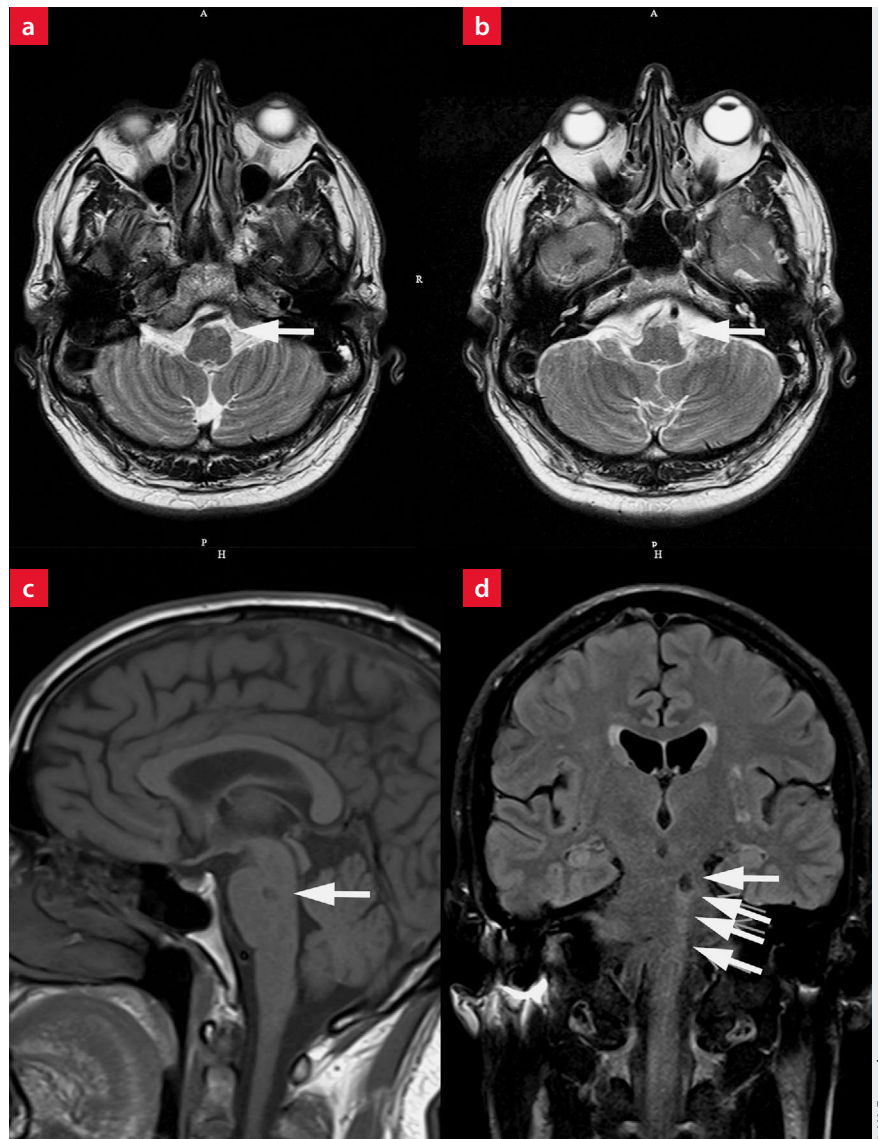


Abb. 2: MRT des Schädels vom 27. November 2020. Beim subjektiv beschwerdefreien Patienten wurde auf Kontrastmittelgabe verzichtet. **a, b:** Transversale T2-gewichtete Schichten exakt so wie in Abb. 1 a, b durch die Medulla oblongata. Es zeigt sich im Vergleich zur Abb. 1 eine Signalsteigerung und Volumenvermehrung im Bereich der Olive (Pfeile). **c:** T1-Wichtung sagittal so wie in Abb. 1d. An Stelle der weiter kranial gelegenen pontinen Läsion ist jetzt eine Signalabsenkung („black hole“) zu erkennen, die sich genauso in **d** (FLAIR in gleicher Schicht wie Abb. 1c) zeigt. Die Signalabsenkung in der FLAIR (gerader Pfeil) beweist, dass ein flüssigkeitsgefüllter Defekt vorliegt und nicht eine bloße Gliose. Neu in der FLAIR ist eine Signalsteigerung im Verlauf der Haubenbahn (schräge Pfeile, extrapyramidal-motorische Bahnen). Die sonstige Läsionslast imponiert unverändert.

jedoch unauffällig: normale Zellzahl, insbesondere keine autochthone IgG-Synthese und keine oligoklonalen Banden. Auch die weiteren Parameter, inklusive Borrelia-Serologie, waren unauffällig.

Frage 3

Welches Vorgehen scheint jetzt sinnvoll?

- Neurochirurgische Vorstellung
- MRT der Halswirbelsäule
- Erneute Lumbalpunktion mit erweiterter Erregerdiagnostik

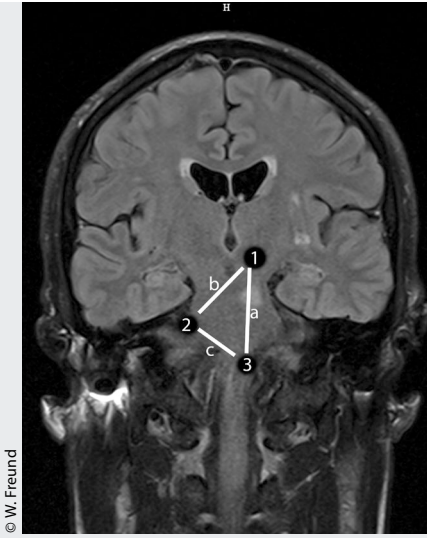


Abb. 3: Schematische Darstellung des Guillain-Mollaret-Dreiecks: Auf der koronaren FLAIR des Patienten eingezeichnet sind der Nucleus ruber (1), der Nucleus dentatus (2) sowie der Nucleus olivaris inferior (3). Diese motorischen Kerne sind verbunden durch folgende Fasertrakte: a: zentraler tegmentaler Trakt, b: Pedunculus cerebellaris superior und c: Pedunculus cerebellaris inferior.

- d. Erneute MRT des Schädels, um ein Artefakt auszuschließen.
- e. Abwartendes Vorgehen und Kontrolle in drei Monaten.

Zu Antwort a: Zwar ist bildgebend ein tumoröser Prozess nicht auszuschließen, bei spontan gebesserter Zustand ist aber derzeit kein rascher Handlungsbedarf und ein Tumor eher unwahrscheinlich geworden.

Zu Antwort b: Nachdem die Ursache der Symptomatik in der Hirnstammläsion zu vermuten ist und sich die Beschwerdelage außerdem deutlich entspannt hat, wird die Abklärung der Halswirbelsäule nicht favorisiert.

Zu Antwort c: Eine erneute Lumbalpunktion könnte bei progredienter Symptomatik Sinn ergeben, auch weil manchmal chronisch-entzündliche Prozesse erst bei der zweiten Punktion entdeckt werden. Nachdem aber keine Zellzahlerhöhung vorlag und daher ein akuter infektiöser Prozess unwahrscheinlich ist und der Patient gebessert ist, wird derzeit nicht nachpunktiert.

Zu Antwort d: Die Läsion ist in mehreren Ebenen und verschiedenen Sequenzen dargestellt und imponiert nicht wie ein Artefakt. Eine sofortige Nachuntersuchung bringt daher nichts.

Zu Antwort e: Nachdem der Patient stabilisiert ist, haben wir Zeit. Eine klinische und bildgebende Kontrolle mit genügend Abstand bringt neue Gesichtspunkte.

Weiterer Verlauf der Erkrankung

Der Patient wurde, mit dem Angebot einer sofortigen Vorstellung bei Verschlechterung, in drei Monaten für eine Kontrolle mittels MRT des Schädels und neurologischer Untersuchung wieder einbestellt.

Der Verlauf war tatsächlich gutartig, sodass der Patient erst nach knapp sechs Monaten, Ende November 2020, wieder zur Kontrolle kam. Er berichtete von einer fast kompletten Erholung innerhalb von vier Wochen nach Auftreten der Beschwerden.

Im neurologischen Befund erkannte man noch eine diskrete Ataxie mit rechts latenter Parese und Feinmotorikstörung. Fingerbewegungen und Beinbewegungen waren rechts etwas langsamer als links (obwohl Rechtshänder). Auch die Blickfolge war noch etwas sakkadiert.

Die MRT des Schädels erbrachte folgenden unerwarteten Befund (**Abb. 2**): Der Patient war stabil und zeigte nur noch eine diskrete Hemisymptomatik, die ihn aber nicht groß störte. Bildgebend waren jedoch Veränderungen aufgetreten. Anstelle der vormals entzündlich oder tumorös imponierenden Läsion fanden sich jetzt ein Defekt, eine neue Signalsteigerung im Verlauf motorischer Bahnen und zusätzlich eine diskrete Raumforderung im Bereich der Olive links.

Frage 4

Wie würden Sie diese Befundlage interpretieren?

- a. Eine tumoröse Erkrankung ist bewiesen. Es sollte eine neurochirurgische Vorstellung zur Biopsie der aktiven Läsion in der Olive erfolgen.
- b. Das Nebeneinander von aktiven neuen und als Defekt ausheilenden Läsionen belegt eine aktive entzündliche ZNS-Erkrankung, sodass trotz unauffälliger

Lumbalpunktion eine hochaktive Therapie mit Ocrelizumab begonnen wird.

- c. Vor Beginn der Therapie sollte über eine erneute Lumbalpunktion die entzündliche Ursache gesichert werden.
- d. Die Signalsteigerung im Verlauf motorischer Bahnen lässt an eine amyotrophe Lateralsklerose (ALS) denken, sodass eine ausführliche EMG-Untersuchung angeschlossen wird.
- e. Eine ischämische Ursache der Störung ist wahrscheinlich.

Zu Antwort a: Es liegt tatsächlich eine Auftreibung und Signalalteration der Olive vor. Allerdings erinnern wir uns an neuroanatomische Vorkenntnisse, schlagen nach und ersparen dem Patienten eine Biopsie.

Zu Antwort b: Für den Fall einer aktiven Multiplen Sklerose würde man Symptome und eine Zunahme der zerebralen Läsionslast erwarten. Der Verlauf ist untypisch, sodass sicher nicht ohne bestätigende Befunde aus der Lumbalpunktion aggressiv behandelt werden sollte.

Zu Antwort c: Siehe Antwort b – sicher eine gute Idee, falls uns nicht vorher die Lektüre auf die Sprünge hilft.

Zu Antwort d: Tatsächlich kommt es bei der ALS typischerweise zu Signalsteigerungen in der Pyramidenbahn als Zeichen der Degeneration, jedoch nicht ohne ausgeprägte Symptome und nicht in Zusammenhang mit einer lakunären Läsion wie in unserem Fall. Von daher ersparen wir unserem Patienten die EMG-Untersuchung.

Zu Antwort e: Tatsächlich ist wegen des Verlaufs mit initialer flauer Kontrastmittelaufnahme und späterer lakunärer Defektzone die Ischämie, trotz initial fehlender Diffusionsstörung, eine mögliche Erklärung. Anscheinend war der Patient so indolent, dass der Beginn der Symptomatik nicht sofort registriert wurde und daher bei der ersten MRT-Untersuchung bereits keine Diffusionsstörung mehr nachweisbar war.

Literatursuche

Die Lektüre ergab dann bei der Suche nach Hypertrophie der (inferioren) Olive das Krankheitsbild der hypertrophen olivären Degeneration [1, 2]. Dabei kommt es bei einer Läsion des Guillain-

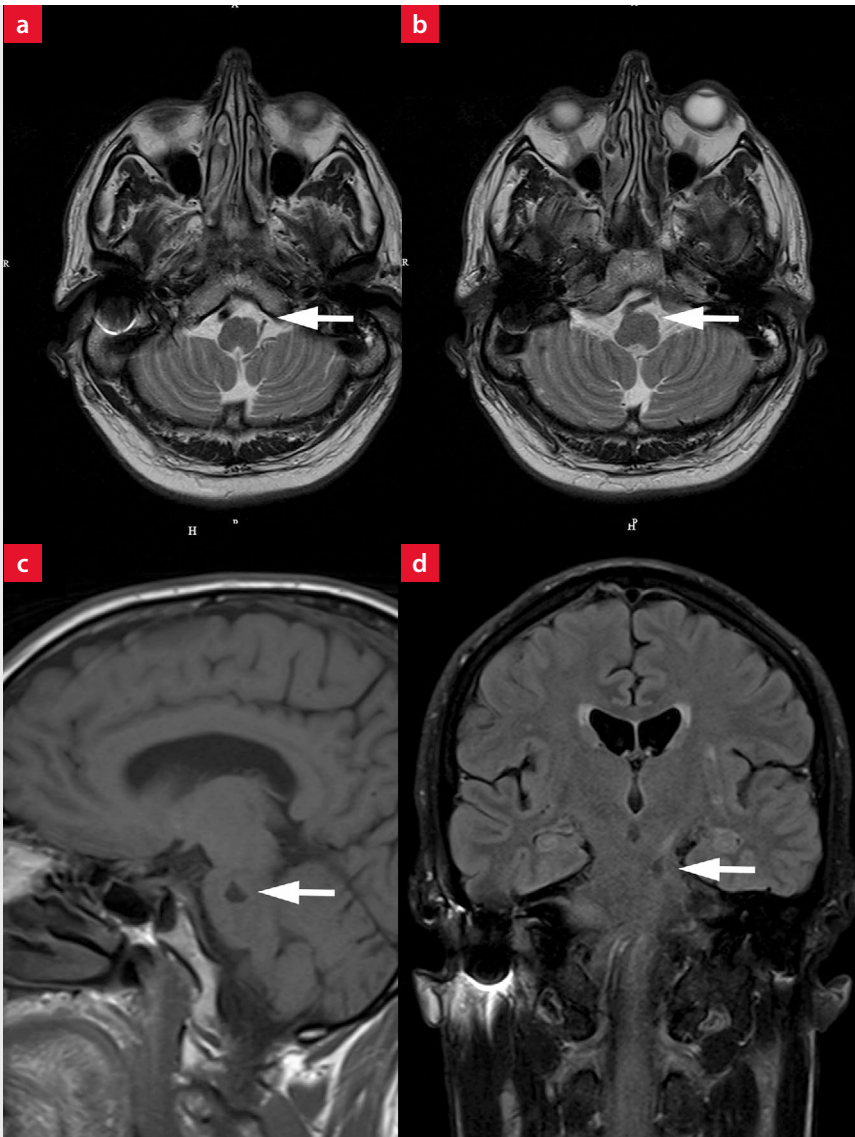


Abb. 4: MRT des Schädels vom 6. Dezember 2021. Beim subjektiv beschwerdefreien Patienten wurde auf Kontrastmittelgabe verzichtet. **a, b:** Transversale T2-gewichtete Schichten exakt so wie in Abb. 1 und 2 durch die Medulla oblongata. Es zeigt sich im Verlauf eine rückläufige Läsion im Bereich der Olive (Pfeile). **c:** T1-Wichtung sagittal so wie in Abb. 2d. Das „black hole“ ist jetzt noch deutlicher abgegrenzt, was zum zeitlichen Verlauf nach Ischämie passen würde. **d:** koronare FLAIR in gleicher Schicht wie Abb. 2d. Die Glialäsion entlang der motorischen Bahnen ist rückläufig. Die sonstige Läsionslast imponiert unverändert.

Mollaret-Dreiecks im Laufe von mehreren Wochen zu einer Degeneration mit Hypertrophie der Olive (**Abb. 3**). Dieses Krankheitsbild ist darin einzigartig, dass nicht nur eine Signalalteration, sondern eine Schwellung auftritt, was zu einer Fehlinterpretation (Entzündung oder Tumor) führen kann. Die Auftreibung der Olive resultiert aus geschwol-

lenen und vakuolisierten Neuronen. Als Mechanismus der Schädigung wird von einer transsynaptischen Degeneration bei Schädigung der zentralen Haubenbahn ausgegangen [1]. Als typische Symptomatik wird bei der hypertrophen olivären Degeneration ein synchroner Tremor der Augen oder des Gaumens, verbunden mit einer Sprachstörung,

eventuell zerebellären Zeichen und einer Hemiparese und Ataxie, oft progredient, berichtet [1]. Die Ursache ist meist ischämisch.

Verlauf

Es wurde um eine Ursachensuche (kardiale Emboliequelle bei unauffälligem Gefäßstatus?) gebeten und der Patient auf Acetylsalicylsäure 100 mg eingestellt sowie die Behandlung der vaskulären Risikofaktoren begonnen. Eine kardiale Ursache konnte nicht festgestellt werden.

Die Verlaufskontrolle nach einem Jahr erbrachte einen stabilen Verlauf ohne neue Symptomatik. Die bildgebende Kontrolle im Dezember 2021 zeigte keine neuen Auffälligkeiten (**Abb. 4**).

Literatur

1. Tilikete C, Desestret V. Hypertrophic Olivary Degeneration and Palatal or Oculopalatal Tremor. *Front Neurol* 2017 Jun 29;8:302
2. Elnekiedy A, Naguib N, Hamed W et al. MRI and neurological presentation of hypertrophic olivary degeneration. *Egypt J Radiol Nucl Med* 2016;47:1019-29

AUTOR

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

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

freund@neurologie-biberach.de



Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

MS-Therapien: Je früher, desto besser – daran ändert sich nichts

➔ Eine aktive Therapie der Multiplen Sklerose (MS) ist relevant für den Verlauf der Erkrankung. Eine Vielzahl an Medikamenten macht das möglich. Sie früh einzusetzen, ist dabei wichtig.

Die DGN-Leitlinie zur MS ist aktuell auch unter den Experten nicht unumstritten, manche bewerten sie als unglücklich formuliert. Bemängelt wird, dass die neuen Therapieoptionen noch zu wenig propagiert würden. Daher gibt es ein „white pa-

per“ der MSTKG-Gruppe, das Prof. Ralf Gold aus Bochum erläuterte (**Abb. 1**).

Unterschiede bestehen vor allem bezüglich der Therapie eines klinisch isolierten Syndroms (KIS) mit Immuntherapeutika. Das white paper empfiehlt für Patientinnen und Patienten mit hochaktiver MS in der Erst- und Zweitlinie neben gepulsten Therapien mit Alemtuzumab, Cladribin oder Ocrelizumab und kontinuierlichen Therapien mit Natalizumab, Ofatumumab, dem traditio-

nellen S1P-Modulator Fingolimod und selektiven S1P-Modulatoren wie Ozanimod oder auch Ponesimod ein rechtzeitiges Reagieren bei Auftreten von Schüben. Es wird hier eine Reihe an therapeutischen Optionen aufgelistet.

Die neuen Substanzen zur Therapie hochaktiver Verläufe würden zwar keine so großen Unterschiede mehr aufweisen, erklärte Gold, es seien aber die Details wichtig. Mit Fingolimod seien weltweit über 200.000 Erkrankte behandelt und stabilisiert worden – eine Substanz, die sich bewährt habe. Die neuen selektiven S1P-Modulatoren hätten darüber hinaus weitere Vorteile, erleichterten die Therapie und reduzierten Rebound-Phänomene, so Gold weiter.

Für milde bis moderate Verläufe werden im white paper DMF, Glatirameracetat, Interferone und Teriflunomid für eine frühe Therapie empfohlen. Azathioprin bleibt speziellen Fällen vorbehalten.

Grundsätzlich gelte, je früher und je intensiver, desto besser die klinischen Verläufe, betonte Gold. „Das ist relevant für uns und unsere älter werdende Bevölkerung.“ Sicherheitsaspekte sollten klinische Erfolge nicht ausbremsen. **Dr. Henrike Ottenjann**

Verlaufsmodifizierende Therapie	McDonald MS: Relapsierende MS (RMS)		Progrediente MS (PMS)	
	KIS	RRMS	SPMS	PPMS
		(Hoch-) aktiv ⁶ Erst- sowie Zweitlinientherapie	mit Schüben ohne Schübe, aber mit MRT-Aktivität – Siponimod	mit klinischer / MRT-Aktivität – Ocrelizumab
	– Interferon-b-1a i.m. – Interferon-b-1a s.c. – Interferon-b-1b s.c.	Gepulste Therapien – Alemtuzumab – Cladribin – Ocrelizumab Kontinuierliche Therapien – Natalizumab ³ – Ofatumumab – S1P-Modulatoren (Fingolimod, Ozanimod, Ponesimod)	– Cladribin – Interferon-b-1b s.c. – Ocrelizumab – Ofatumumab – Ponesimod – Siponimod (Mitoxantron ²)	
		Mild / moderat – Dimethylfumarat – Glatirameracetat ⁵ – Interferone ⁴ – Teriflunomid (Azathioprin ¹)		

Abb. 1: Verlaufsmodifizierende Therapien der MS [Wiendl H, Gold R, Berger T et al. (MSTKG): Nervenarzt 2021;92:773–801]

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

Therapierefraktäre fokale Epilepsie: Anfallsreduktion in fast allen Fällen

➔ Erstmals steht zur Behandlung pharmakorefraktärer fokaler Epilepsien ein minimal-invasives kortikales Stimulationsverfahren zur Verfügung – als effektive und gut verträgliche Alternative zur Vagusnervstimulation oder der tiefen Hirnstimulation der anterioren Thalamuskern.

Bei dem kortikalen Stimulationsverfahren EASEE (Epikranielle Applikation von Stimulationselektroden für die Epilepsie) wird eine ultradünne Elektrode unter der Kopfhaut exakt über dem epileptogenen Fokus auf dem Schädelknochen fixiert und über ein getunnelltes Kabel mit dem im Brustbereich implantierten Pulsgenerator verbunden. Ein besonderes Merkmal

ist die Kombination von hochfrequenter Stimulation (0,5 Sekunden alle 2 Minuten), die eine beginnende Anfallsaktivität unterbrechen soll, sowie präventiv wirksamen Gleichstrom-ähnlichen Pulsen (1 × 20 min pro Tag), deren Ziel darin besteht, die Erregbarkeit der epileptogenen Region zu reduzieren.

Mit der EASEE-Elektrode lassen sich senkrecht zur Elektrodenoberfläche gerichtete Quadrupol-Felder erzeugen. Damit gelingt es, den Fokus durch die Schädeldecke hindurch zielgenau zu erfassen. Patientinnen und Patienten können weder die HF-Stimulation noch die Gleichstrom-ähnliche Stimulation spüren.

EASEE wird derzeit in zwei Langzeitstudien (EASEE-2, PIMIDES) geprüft. Die Daten beider Studien nach sechsmonatiger Anwendung wurden in einer Metaanalyse ausgewertet, deren (noch nicht publizierte) Ergebnisse Prof. Dr. Andreas Schulze-Bonhage (Abteilungsleiter des Epilepsiezentrums am Neurozentrum des Universitätsklinikums Freiburg) als Studienleiter vorstellte.

Eingeschlossen wurden 33 Patientinnen und Patienten im Alter von 18 bis 75 Jahren, die einen prädominanten epileptischen Fokus aufwiesen und gegen mindestens zwei antiepileptische Therapien resistent waren. Nach zwei bis drei Monaten habe laut Schulze-Bonhage eine stetige Abnah-

me der Anfallsfrequenz eingesetzt und die mediane Anfallsreduktion im Vergleich zum Ausgangswert nach sechs Monaten 52 % betragen. Von wenigen Ausnahmen abgesehen erreichten Stimulierte eine Abnahme der Anfallsfrequenz, 53 % eine Abnahme um mindestens 50 %; vier Betroffene waren nach sechs Monaten noch anfallsfrei.

Die Verträglichkeit sowohl der Implantation als auch der Stimulation sei nach Einschätzung Schulze-Bonhages sehr gut gewesen.

Dr. Günter Springer

EASEE-Expert-Meeting, 25.6.2022, Frankfurt/Main; Veranstalter: Precisis

ADHS: Update digitaler Möglichkeiten kognitiver Verhaltenstherapien

Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) zählt zu den häufigsten Störungsbildern im Kindes- und Jugendalter und ist durch eine Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit, der Impulskontrolle und durch Hyperaktivität gekennzeichnet. Komorbid treten häufig oppositionelle Verhaltensprobleme (ODD) auf, weshalb beide Störungen mitunter auch unter dem Begriff der externalen Verhaltensstörungen zusammengefasst werden. Auf der 15. Internationalen ADHS-Konferenz gab Prof. Dr. Manfred Döpfner vom AKiP, dem Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an der Universitätsklinik Köln, ein Update über digitale Möglichkeiten zu kognitiven Verhaltenstherapieprogrammen bei ADHS, die in Deutschland in den letzten Jahren entwickelt wurden.

Laut aktueller Krankenkassendaten aus dem Jahr 2021 würden in Deutschland nur rund ein Drittel der Betroffenen medikamentös behandelt, nur 6,5 % eine multimodale Behandlung und 6,8 % ausschließlich eine psychotherapeutische Behandlung erhalten; über die Hälfte (50,2 %) bleibe unbehandelt. Der Bedarf für individuelle psychologische Unterstützung sei daher enorm, betonte Döpfner. Dabei liege bereits ausreichend Evidenz für die anhaltende Wirksamkeit von auf kognitiver Verhaltenstherapie basierten Elterntrainingsprogrammen und Schulinterventionen vor. Ein Problem sei dabei neben der oft mangelnden Adhärenz, dass nicht genau bekannt sei, wie genau die individuellen Probleme im häuslichen oder schulischen Umfeld jeweils aussähen, und so auch keine Lösungen aus der Therapiesitzung in das natürliche Setting übertragen werden könnten. Digitale Lösungen per Smartphone und/oder Inter-

net könnten daher ein Ausweg aus diesem Dilemma sein, etwa per Videotagebuch, Apps zur direkten Symptombewertung oder Online-Coaching. Gleichzeitig könnten mit spannenden Videoclips oder animierten Präsentationen Motivationsprobleme minimiert werden.

Dose et al. berichteten bereits seit dem Jahr 2017, dass ein telefonassistedes, manualgestütztes Selbsthilfeprogramm für Eltern von Kindern, die trotz Methylphenidatbehandlung noch eine Restsymptomatik aufwiesen, die Wirkstärke innerhalb von zwölf Monaten von 0,35 unter ausschließlicher Pharmakotherapie auf 0,74 signifikant verbesserte [Dose C et al. J Child Psychol Psychiatry 2017;58:682-90]. Das galt für die zentralen ADHS- und die ODD-Symptome. Webassistierte Selbsthilfe (WASH) in Kombination mit telefonischem Support führte nach Einschätzung der Eltern ebenfalls zu signifikant besseren Ergebnissen in Bezug auf das ADHS- oder ODD-Symptom als WASH alleine, wie Döpfner vorstellte.

Die neueste Entwicklung sind App-basierte Trainingsprogramme, wie medigital® ADHD/ODD, ein Elterntrainingsprogramm via Smartphone mit zusätzlichem Online/Onsite Support. Es beinhaltet individuell zugeschnittene Psychoedukation und kognitive Verhaltenstherapie mit dem Ziel, Familienressourcen und positive Beziehungen zu verstärken sowie Eltern beim Umgang und der Lösung zukünftiger Herausforderungen sowie Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder innerhalb der Familie zu unterstützen. Die Evaluation dieser App läuft derzeit.

Dr. Katrin Wolf

15th International Conference on ADHD: „ADHD in the digital world – curse or blessing?“ am 15.5.2022, Veranstalter Medice

Atogepant punktet bei chronischer Migräne

Der Wirkstoff Atogepant, ein oraler Calcitonin-Gene-Related-Peptide (CGRP)-Rezeptorantagonist, wird aktuell zur präventiven Behandlung der chronischen Migräne bei Erwachsenen in der randomisierten, doppelblinden, placebokontrollierten Parallelgruppenstudie der Phase-III PROGRESS untersucht.

Wie das Unternehmen Abbvie mitteilt, sei der primäre Endpunkt, eine statistisch signifikante Reduktion der mittleren Anzahl monatlicher Migränetage gegenüber Baseline im Vergleich zu Placebo, erreicht worden. In dem zwölfwöchigen Behandlungszeitraum sei es bei Patientinnen und Patienten mit 60 mg Atogepant einmal täglich beziehungsweise 30 mg zweimal täglich zu einer Reduktion von 6,75 beziehungsweise 7,33 Migränetagen monatlich im Vergleich zum Placeboarm gekommen, in dem eine Reduktion von 5,09 Migränetagen monatlich beobachtet worden war ($p = 0,0024$ bzw. $p < 0,0001$). Die Studie habe zudem gezeigt, dass die Behandlung mit Atogepant 60 mg einmal täglich und 30 mg zweimal täglich zu statistisch signifikanten Verbesserungen bei allen sekundären Endpunkten wie zum Beispiel einer mindestens 50%igen Reduktion der mittleren Anzahl monatlicher Migränetage führte.

Das Sicherheitsprofil in PROGRESS entspreche den beobachteten Sicherheitsprofilen aus vorangegangenen Studien zu episodischer Migräne. Zu den häufigsten Nebenwirkungen mit einer Häufigkeit von mindestens 5 % in wenigstens einem Behandlungsarm mit Atogepant hätten Verstopfung (10,0 % bzw. 10,9 %) und Übelkeit (9,6 % bzw. 7,8 %) gezählt. Die meisten Fälle von Verstopfung und Übelkeit seien leicht bis mittelschwer gewesen und hätten nicht zum Studienabbruch geführt. Es seien keine Sicherheitsbedenken in Bezug auf die Leber festgestellt worden.

Schwerwiegende unerwünschte Ereignisse seien bei 2,7 % unter 60 mg Atogepant einmal täglich und bei 1,6 % unter 30 mg Atogepant zweimal täglich aufgetreten, im Vergleich zu 1,2 % unter Placebo. Keine dieser unter Behandlung aufgetretenen unerwünschten Ereignisse sei vom Studienarzt als behandlungsbedingt eingestuft worden. **red**

Nach Informationen von Abbvie

Lacosamid von neuraxpharm

Das Unternehmen neuraxpharm hat den Wirkstoff Lacosamid in sein Portfolio aufgenommen. Die Filmtabletten (Lacosamid neuraxpharm®) sind zur Mono- oder Zusatztherapie fokaler Anfälle mit oder ohne sekundäre Generalisierung bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab vier Jahren mit Epilepsie indiziert. Sie können aber auch bei primär generalisierten tonisch-klonischen Anfällen bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab vier Jahren mit idiopathischer generalisierter Epilepsie eingesetzt werden. In den Bioäquivalenzstudien sei das Konzentrations-Zeit-Profil von Lacosamid neuraxpharm® Filmtabletten praktisch identisch mit dem Originalpräparat gewesen. Dies gewährleiste eine vergleichbare Wirksamkeit und Therapiesicherheit. **red**

Nach Informationen von neuraxpharm

Tianeptin von Hormosan

Das Unternehmen Hormosan hat Tianeptin (Tianesan®) zur Behandlung von mittelschweren und schweren Depressionen auf den Markt gebracht. Eine Vielzahl von Studien belege, dass Tianeptin eine mit trizyklischen Antidepressiva sowie SSRI vergleichbare Wirkung aufweise, teilt Hormosan mit. Das Antidepressivum zeichne sich durch eine gute Verträglichkeit aus, das Nebenwirkungsprofil sei mit Placebo vergleichbar. **red**

Nach Informationen von Hormosan

Hohes Suchtrisiko bei ADHS

Symptome und Komorbiditäten ändern sich bei ADHS-Betroffenen vor allem in der Transitionsphase. In diesem Alter sind Sucht, Depressionen, Angst- und Persönlichkeitsstörungen die häufigsten Komorbiditäten. Expertinnen und Experten eines von Takeda ausgerichteten Symposiums auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Magdeburg betonten das hohe Suchtrisiko bei ADHS, das durch Stimulanzien reduziert werden könne [Chang Z et al. J Child Psychol Psychiatry. 2014; 55(8):878-85]. Allerdings sollten nur Ärztinnen und Ärzte mit Erfahrung in der Behandlung von Sucht und ADHS eine Stimulanzientherapie anbieten. **red**

Nach Informationen von Takeda

SMA-Therapie so früh wie möglich beginnen

➡ Aktuelle Daten untermauern die Wirksamkeit von Nusinersen bei Kleinkindern und Erwachsenen mit spinaler Muskelatrophie (SMA). Eine Therapie erfolgt nach der gesicherten Diagnose am besten so früh wie möglich.

Vor mehr als fünf Jahren wurde Nusinersen (Spinraza®) als kausale Therapie der 5q-assozierten SMA zugelassen. Gemäß Fachinformation ist eine Behandlung unmittelbar nach Diagnose indiziert und ab Geburt möglich. SMA-Erkrankte zeigten eine präsymptomatische Phase, so Prof. Dr. Andreas Hahn, Universitätsklinikum Gießen, in der mit einer effektiven Therapie begonnen werden sollte – noch bevor substanzelle Verluste der Motoneuronen stattfänden. „Die effektivste Möglichkeit, Patienten zu diagnostizieren und zu behandeln, erfolgt über ein Neugeborenen-Screening.“

In der letzten Zwischenauswertung der NURTURE-Studie wurde der Langzeiterfolg der frühzeitigen Therapie belegt [Crawford TO et al. MDA 2022; Poster 71]. In NURTURE wurden 25 Kleinkinder mit zwei oder drei SMN2-Kopien bereits bei präsymptomatischer 5q-SMA mit Nusinersen behandelt. Alle Teilnehmenden konnten nach einer medianen Beobachtungsdauer von 4,9 Jahren frei sitzen. 96 % konnten mit Unterstützung und 92 % alleine gehen. Die motorischen Funktionen verbesserten sich weiter, ohne Verlust der wichtigsten moto-

rischen Meilensteine. Bei allen Kindern mit drei SMN2-Kopien wurde das Saugen und Schlucken mit dem maximalen Parental Assessment of Swallowing Ability (PASA)-Score bewertet. 80 % der Kinder mit zwei SMN2-Kopien erreichten den maximalen Score [Swoboda KJ et al. Muscular Dystrophy Association. 2021]. Real-World-Daten zeigten, dass Nusinersen für ein breites Spektrum an Patientinnen und Patienten mit 5q-SMA wirksam sein könne, sagte PD Dr. Jan C. Koch, Klinik für Neurologie, Universitätsmedizin Göttingen.

In einer Metaanalyse wurden 30 Publikationen mit gehfähigen und nicht gehfähigen Erkrankten evaluiert, wobei der natürliche Verlauf der 5q-SMA mit der Nusinersen-Therapie verglichen wurde [Coratti G et al. Orphanet J Rare Dis. 2021;16(1):430]. Während der Beobachtungsdauer von zehn bis 14 Monaten zeigten sich durch die Therapie signifikante Verbesserungen der motorischen Fähigkeiten (HFMSE-Score) und der 6-Minuten-Gehstrecke. Diese waren in allen Subgruppen zu beobachten, unbehandelte Teilnehmende verschlechterten sich klinisch.

Dr. Miriam Sonnet

Online-Pressegespräch „5 Jahre klinische Praxis mit Nusinersen (Spinraza™) bei 5q-assoziierter spinaler Muskelatrophie: Erfolge in allen Altersgruppen möglich“, 18.7.2022; Veranstalter: Biogen

Besonderheiten bei der Therapie seltener Epilepsieformen

➡ Tuberöse Sklerose, Lennox-Gastaut- oder Dravet-Syndrom – seltene Epilepsieformen stellen die behandelnden Ärztinnen und Ärzte oft vor Herausforderungen. Bei einer Veranstaltung des Unternehmens GW Pharmaceuticals gab PD Dr. Thomas Bast, Epilepsiezentrum Kork in Kehl, ein Update zur Therapie seltener Epilepsieformen.

Zum Lennox-Gastaut-Syndrom (LGS) verwies Bast zunächst darauf, dass grundsätzlich keine strengen Kontraindikationen gegen einzelne anfallssupprimierende Medikamente (ASM) bestünden. Dennoch sei speziell bei Carbamazepin Vorsicht geboten,

da es bei LGS unter anderem atonische Anfälle, Absenzen und atypische Dämmerzustände provozieren könne. Ein Vergleich von 29 Leitlinien aus dem Jahr 2021 mache die Medikamente der Wahl zur Behandlung des LGS deutlich [Chin et al. Front Neurol. 2021;12:734612]. Bevorzugt würde Valproat verordnet, auch in Kombination mit Lamotrigin. Weiterhin empfahl Bast die Kombination von Rufinamid, Cannabidiol (Epidyolex®) und Clobazam. Grundsätzlich sollten die Patientinnen und Patienten immer in einem Epilepsiezentrum mit einschlägiger Therapieerfahrung vorgestellt werden.

Beim Dravet-Syndrom (DS) sollten insbesondere Medikamente, die den Natriumkanal blockierten, wie zum Beispiel Lamotrigin, vermieden werden. Bedeutung komme vor allem den Therapeutika Valproat und Stiripentol zu, sowie – aufgrund der Zulassungssituation ausschließlich in Deutschland – Brom (cave: Vergiftungen vor allem bei Kindern). Cannabidiol habe nach Eindruck von Bast das Potenzial, sich zu einem First-class-Medikament beim DS zu entwickeln.

Bei Patienten mit tuberöser Sklerose (TSC) verwies Bast auf die direkte Epileptogenese durch fehlende mTOR-Inhibition. Dies bedinge die Wirksamkeit von mTOR-Inhibitoren wie zum Beispiel Everolimus. Zu beachten sei jedoch die sich über längere Zeit (mehrere Wochen) aufbauende Wirkung von Everolimus. Auch die ketogene Diät sei zu empfehlen. Für Cannabidiol bestünden

Hinweise auf eine mTOR-Modulation. Eine Kombination mit Everolimus verbiete sich aber nach persönlichen Erfahrungen von Bast, weil es zu instabilen Konzentrationen von Everolimus komme. Bemerkenswert sei weiterhin die EPISTOP-Studie, in der Kinder nachgeburtlich prophylaktisch mit Vigabatrin behandelt wurden oder mit der Therapie bis zu ersten Anfällen gewartet wurde [Kotulska et al. Ann Neurol. 2021;89:304-14]. Die Auswertung zeige, dass die prophylaktische Therapie das Auftreten eines West-Syndroms verhindern könne, auch wenn bezüglich Autismus und Entwicklungsverzögerungen nach zwei Jahren kein Unterschied feststellbar gewesen sei.

Jan Groh

Hybridveranstaltung „EPI CAMPUS 2022: Seltene Epilepsieformen – Wann lohnt sich ein 2. Blick?“ 2.7.2022; Veranstalter: GW Pharmaceuticals

Inhalatives Levodopa auch gegen schwere Off-Phasen bei Parkinson wirksam

➔ Eine auf dem diesjährigen International Congress of Parkinson's Disease and Movement Disorders in Madrid vorgestellte Subgruppenanalyse bestätigt die Effektivität von inhalativem L-Dopa gegen Off-Phasen bei Parkinson-Krankheit – und zwar unabhängig von ihrem Schweregrad. Das on-demand verfügbare L-Dopa-Pulverinhalat (Inbrija®) ist seit Juni 2022 in Deutschland zugelassen. Sein Wirkmechanismus beruht auf dem anders gewählten Applikationsweg, der den Magen-Darm-Trakt umgeht und so schneller den Blutkreislauf und seinen Zielort erreichen soll [Fachinformation Inbrija®, Stand Dezember 2021].

Die Phase-III-Zulassungsstudie SPAN-PD konnte bereits im Jahr 2019 einen Effekt nachweisen: Zehn Minuten nach Einnahme von 84 mg inhalativem Levodopa besserte sich die Motorik im Vergleich zu Placebo mit einem signifikanten Wirkmaximum nach 30 Minuten und einem anhaltenden Effekt über 60 Minuten [LeWitt Peter A et al. Lancet Neurol. 2019;18:145-54].

In der Subgruppenanalyse wurde nun die Wirksamkeit auf verschiedene Schweregrade von Off-Phasen untersucht. Hierfür wurden die Teilnehmenden der Studie

SPAN-D in zwei Gruppen eingeteilt: Die erste bestand aus 104 Parkinson-Kranken mit hohem UPDRS-III-Score (> 33), die zweite aus 90 Personen mit UPDRS-III-Score unter 33 Punkten. Nach der Einnahme von inhalativem L-Dopa reduzierte sich in beiden Gruppen der UPDRS-III-Score signifikant beziehungsweise es trat eine Verbesserung der Symptomatik ein ($p=0,011$ bzw. $p=0,026$). Auch im Global Impression of Change Score (PGIC) gaben alle Teilnehmenden eine signifikante Zufriedenheit mit der Wirkung des Medikamentes an ($p=0,05$) [Grosset DG et al. International Congress of Parkinson's Disease and Movement Disorders. 2022. Abstract #720]. Häufigste Nebenwirkungen des Pulverinhalates sind Husten, Sturz, Infektion der oberen Atemwege, Dyskinesien und verfärbtes Sputum [Fachinformation Inbrija®, Stand Dezember 2021].

Das Inhalat wird über Hartkapseln gegeben, wobei pro Off-Phase zwei Kapseln mit je 42 mg Levodopa empfohlen werden. Bei mehreren Phasen pro Tag ist die Inhalation bis zu fünfmal täglich möglich. **red**

Nach Informationen von Esteve

Lacosamid von Desitin

Das Unternehmen Desitin hat sein Portfolio um Lacosamid Desitin® erweitert und hat damit nun 18 antikonvulsive Wirkstoffe im antiepileptischen Sortiment. Die Tabletten sind teilbar. Das Präparat ist zugelassen zur Behandlung fokaler Anfälle mit oder ohne sekundäre Generalisierung und kann sowohl in Mono- als auch in Kombinationstherapie eingesetzt werden. Patientinnen und Patienten mit primär generalisiert tonisch-klonischen Anfällen bei idiopathischer generalisierter Epilepsie können ebenfalls in Kombination mit einem anderen Antikonvulsivum behandelt werden. Das Unternehmen will im Dezember 2022 die Lacosamid-Desitin®-Palette noch um einen Sirup und eine i.v. Lösung erweitern. **red**

Nach Informationen von Desitin

hATTR-Amyloidose: Vutrisiran zugelassen

Die Europäische Kommission hat die Zulassung für Vutrisiran (Avmvuttra®) erteilt, ein RNAi-Therapeutikum zur Behandlung der hereditären Transthyretin-vermittelten (hATTR)-Amyloidose bei Erwachsenen mit Polyneuropathie im Stadium 1–2. Die Zulassung beruht auf Ergebnissen aus der Phase-III-Studie HELIOS-A, in der unter Vutrisiran bei etwa der Hälfte der Behandelten ein Aufhalten oder eine Umkehr der Polyneuropathie manifestiert werden konnte. **red**

Nach Informationen von Alnylam

Lacosamid von Glenmark

Mit der Einführung von Lacosamid Glenmark Filmtabletten hat das Unternehmen Glenmark sein Portfolio erweitert. Das Präparat ist indiziert zur Monotherapie fokaler Anfälle mit oder ohne sekundäre Generalisierung bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab vier Jahren mit Epilepsie. Zudem ist es angezeigt zur Zusatztherapie fokaler Anfälle mit oder ohne sekundäre Generalisierung bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab vier Jahren mit Epilepsie sowie primär generalisierter tonisch-klonischer Anfälle bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab vier Jahren mit idiopathischer generalisierter Epilepsie. **red**

Nach Informationen von Glenmark

Journal



Der Schriftsteller Jürgen Thorwald (eigentlich Heinz Bongartz; 1915–2006) im Jahr 1985.

Medizingeschichtliches Infotainment

Anmerkungen zu Jürgen Thorwald

Jürgen Thorwald (* 28. Oktober 1915 in Solingen; † 4. April 2006 in Lugano) war einer der erfolgreichsten Sachbuchautoren der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Er hat zweifelsohne erheblich zum Ansehen, partiell sogar zur Mythisierung und Idealisierung der Medizin beigetragen.

Jürgen Thorwalds mehrbändige medizingeschichtliche Bücher „Das Jahrhundert der Chirurgen“ (1956) sowie „Das Weltreich der Chirurgen“ (1957) wurden Welterfolge. Sein weit ausgreifendes medizinisches und medizingeschichtliches Interesse umfasst Themen von der Frühgeschichte der Medizin („Macht und Geheimnis der frühen Ärzte. Ägypten, Babylonien, Indien, China, Mexiko, Peru“, 1962), Hämophilie („Das Blut der Könige. Das Drama der Bluterkrankheit in den europäischen Fürstenhäusern“, 1954) über die Gynäkologie, insbesondere zur Abtreibungsdiskussion um den Paragraphen 218 („Die Frauenärzte“, 1982) bis hin zur Gehirnchirurgie („Im zerbrechlichen Haus der Seele. Ein Jahrhundert der Gehirnchirurgen, der Gehirnforscher und Seelensucher“, 1986), vergisst bei der Rundumsicht auch „Die Patienten“ nicht (1971) und endet mit seinem letzten Werk, das der Prostata gilt („Der geplagte Mann. Die Prostata. Geschichte und Geschichten“, 1994).

Überwältigender Leserzuspruch

An letzterem Titel ist unschwer zu erkennen, was Thorwalds Bestseller auszeichnete: Populärwissenschaftliche, mit Anekdoten, Emotionen und biographischen Details ausgeschmückte, gut lesbare Wälzer ohne primär wissenschaftlichen Ehrgeiz, aber mit soliden Quellenangaben. Thorwalds Sachbücher sind laut dem Buchwissenschaftler Prof. David Oels, dem führenden Thorwald-Forscher, „im Spannungsfeld zwischen jour-

nalistischer Gegenwartssensibilität, literarischem Gestaltungswillen und wissenschaftlich-historischem Anspruch positioniert“ und daher geeignet, „Themen zu setzen, Kontroversen anzustoßen und Wissen zu situieren“ sowie „privilegiert Auskunft geben zu können über kulturelle Konjunkturen, gesellschaftliche Gestimmtheit und kommode Erzählweisen“. Sie verkauften sich glänzend, professionell unterstützt von dem bestsellererfahrenen Verlag Droemer Knaur, in dem auch andere Autoren wie etwa Johannes Mario Simmel oder Sandra Paretti mit Rekordauflagen veröffentlichten. Geschicktes Marketing und Mehrfachverwertung der Lizenzen (etwa durch Vorabdrucke) und Verfilmungen trugen ebenfalls zum ökonomischen Gelingen bei. Der Zuspruch der Leser war überwältigend. Schon in den 1980er-Jahren wurde eine Gesamtauflage von mehr als 14 Millionen geschätzt.

Nicht immer verlief Thorwalds Erfolg reibungslos. Sein Buch „Die Entlassung. Das Ende des Chirurgen Ferdinand Sauerbruch“ (1960; Vorabdruck in der „Quick“ als „Sauerbruch – sein letzter Kampf“), knapp zehn Jahre nach Sauerbruchs Tod, das auf eine Entmystifizierung des bisweilen despotischen, zugleich aber hochverehrten Geheimrats Prof. Dr. Sauerbruch zielte, zog einen Prozess nach sich. Angehörige hatten gegen Thorwalds kritische Darstellung geklagt. Die Klage wurde vom Berliner Landgericht abgelehnt. Thorwald konnte zahlreiche Behandlungsfehler des al-

ten, bereits an Zerebralsklerose erkrankten Sauerbruch nach seiner Entlassung (auch solche mit letalem Ausgang) zweifelsfrei und korrekt belegen (vgl. Schagen in: Oels).

Zufallserbe

Der nicht unbedeutende Untertitel des Megasellers „Das Jahrhundert der Chirurgen“ lautet: „Nach den Papieren meines Großvaters, des Chirurgen H. St. Hartmann“. Dabei handelt es sich (tatsächlich?) um den Großvater Thorwalds mütterlicherseits, der einer nach Amerika ausgewanderten deutschen Lehrerfamilie entstammte und in Harvard Medizin studiert hatte. Er war in Boston Augenzeuge der Entdeckung der Narkose, sprach drei Sprachen, reiste viel und besuchte in nahezu allen Erdteilen namhafte Chirurgen, deren Aussagen er aufzeichnete. Im Vorwort schreibt Thorwald: „Als er im Jahre 1922 (...) in der Schweiz an einem Herzanfall starb, hatte er als weltreisender Historiker der Medizin beinahe buchstäblich das große Jahrhundert der Chirurgen erlebt. Zwölf Jahre nach seinem Tode begann ich mit dem Studium der Medizin und wandte mich dann dem Studium der Geschichte zu. Auf diese Weise wurde ich der Zufallserbe seiner Hinterlassenschaft. (...) Um die Lücken in der Hinterlassenschaft meines Großvaters zu schließen, musste ich die Atmosphäre des Jahrhundert und Charakter, Lebensstil, Lebensgewohnheiten, privates Dasein und alle jemals verzeichneten Äußerungen und Gesprä-



In den großen Bibliotheken dieser Zeit finden sich dutzende Bücher Jürgen Thorwalds, sein Themenspektrum war außerordentlich, sein Fleiß ebenso.

che seiner handelnden Persönlichkeiten erforschen (...). So wurde in jahrelanger Arbeit aus den hinterlassenen Papieren Henry Steven Hartmanns und einer umfassenden, nachspürenden und ergänzenden Arbeit der vorliegende Bericht.“

Medizinischer Gesellschaftsreporter ...

Dieser biografische Hintergrund soll zweifellos beim Leser die Glaubwürdigkeit und Authentizität von Thorwalds Zusammenstellung zur Geschichte der Chirurgie im 19. Jahrhundert verstärken. Doch bleiben einige kritische Fragen zu diesem weltreisenden „medizinischen Gesellschaftsreporter“ (Witte) offen: Wie kam es zu den zahllosen Kontakten? Wie war es möglich, dass er an entscheidenden Operationen und Kongressen teilnehmen konnte? Die Aufzeichnungen des Großvaters und die stupenden Quellenstudien des Enkels ergeben zusammen ein nützliches Bezugssystem der Glaubwürdigkeit und zugleich ein erzähltechnisches Mittel eines permanenten Augenzeugen und ubiquitären Gewährsmannes. Das hohe Lob des Nobelpreisträgers Werner Forßmann, Sauerbruch-Schüler Rudolf Nissen und Hans Zenker sowie die Verfilmung des Werkes in 19 Folgen gaben dem Autor recht.

Thorwald verknüpft medizinisch-geschichtliches Wissen mit literarisch-un-

terhaltenden Elementen. Bindemittel ist die doppelte Personalisierung von Arzt und Patient, in der medizinische Fakten an persönliche Schicksale – vom blutkranken Hochadeligen bis zum Patienten „wie Du und Ich“ – geknüpft werden. Das geschieht immer auf der Höhe des Zeitgeistes. Nach den großen medizinischen Skandalen wie „Contergan“ weicht bei Thorwald die einstige Bewunderung der chirurgischen Helden dem skeptischen Blick auf die Medizin, wofür die Werke „Die Entlassung“ und „Das zerbrechliche Haus“ stehen. Lea Albring (in: Oels) bilanziert in ihrer Untersuchung zum Erfolg von Thorwalds „Infotainment“: „Aufwendige Recherchen und exzessive Quellenforschung einhergehend mit dem schriftstellerischen Schachzug der Personalisierung medizinischer Fakten ergibt hohe Auflagen.“

... und Kriminalist

Ein zweiter, von dieser ergebnisreichen Methodik erheblich beeinflusster Arbeitsschwerpunkt Thorwalds war die Kriminalistik. Hierzu zählen seine Bestseller „Das Jahrhundert der Detektive. Wege und Abenteuer der Kriminalistik“ (1964) sowie „Die Stunde der Detektive. Werden und Welten der Kriminalistik“ (1966), die in zahllosen Auflagen und Taschenbuchausgaben, durch Zweit- und Drittverwertung sowie Drehbücher

oder Hörspiele zu außergewöhnlichen Erfolgen wurden.

Es kann kein Zweifel daran bestehen, dass Jürgen Thorwald ein ungewöhnlich fleißiger Autor war. Seine Arbeitsweise war detailversessen bis hin zum selbst attestierten „Vollständigkeitswahn“. Oft arbeitete er an mehreren Projekten gleichzeitig, tatkräftig unterstützt vom Verlag bei der Materialbeschaffung. Ständige Änderungen führten freilich zu Problemen bei der Terminabsprache.

Innerhalb kürzester Zeit erschloss Thorwald neue Themenfelder, hatte er doch nach dem Zweiten Weltkrieg zuerst „nur“ die zeitaktuelle Flüchtlingsproblematik im Auge. Der erste große Erfolg gelang ihm mit „Es begann an der Weichsel. Flucht und Vertreibung der Deutschen aus dem Osten“ (1949, überarbeitet 1995, mit neuem Untertitel „Niederlage, Flucht und Vertreibung“ 2005) sowie mit „Das Ende an der Elbe. Die letzten Monate des Zweiten Weltkriegs im Osten“, 1950; überarbeitete Neuauflage 1995. Beide Bände zusammen erschienen unter dem Titel „Die große Flucht“ (1965).

Mit Blick auf diesen Arbeitsschwerpunkt ist es nicht weiter überraschend, dass sich Thorwald in „Die ungeklärten Fälle“ (1950) auch mit prominenten hochdekorierten Offizieren des Nationalsozialismus beschäftigte: Ernst Udet, Eduard Dietl, Günter Prien, Werner Mölders, Fritz Todt, Otto Lasch, Ferdinand Schörner, Walter Model, Walter von Reichenau. Das Werk „Wen sie verderben wollen“ (1952), das im Jahr 1974 in einer Neuauflage unter dem Titel „Die Illusion. Rotarmisten gegen Stalin. Die Tragödie Der Wlassow-Armee“ sowie „Das Gewürz. Die Saga der Juden in Amerika“ (1978), neu erschienen unter dem Titel „Das Gelobte Land“ (1980) runden diesen Arbeitsschwerpunkt Thorwalds ab. Seine Positionierung gegenüber dem Dritten Reich legte er anlässlich des Fernsehfilms „Holocaust“ in einem Spiegel-Artikel im Jahr 1979 unter dem Titel „Aufrechnen bekundet Unwissenheit. Jürgen Thorwald über die Einmaligkeit des Holocaust“ dar. Spätestens an dieser Stelle muss ein Blick auf Thorwalds Biografie geworfen und darauf hingewiesen werden, dass der Name Jürgen Thorwald ein Pseudonym war.

Thorwalds Biografie

Geboren wurde der Schriftsteller als Heinz Bongartz. Der Sohn eines Lehrers begann nach dem Schulabschluss in Köln ein Medizinstudium, das er aber bald aus gesundheitlichen Gründen abbrach. Stattdessen studierte er, ebenso in Köln, Germanistik bei Ernst Bertram und Geschichte. Ein Promotionsvorhaben über die „U-Boot-Frage 1914–18“ blieb ungeschlossen. Seine journalistische Laufbahn begann im Jahr 1933 und er schrieb für „Die Braune Post“, die SS-Zeitung „Das Schwarze Korps“, für das auch der erfolgreiche Fernsehautor Herbert Reinacker („Junge Adler“, „Der Kommissar“, „Derrick“, „Das Traumschiff“) bis zur letzten Ausgabe am 5. April 1945 arbeitete, und besonders für das NSDAP-Organ „Essener National-Zeitung“. Thorwald-Forscher Oels (Jürgen Thorwald. Hannover: Wehrhahn 2011) bemerkte zu seinem frühen Wirken: „Nach abgebrochenem Philologiestudium spezialisierte er sich von 1938 an auf die publizistischen Wachstumsmärkte Luftfahrt und Luftwaffe. Im Jahr 1939 erschien sein erstes Buch ‚Luftmacht Deutschland‘, ein reich bebildeter Folioband. Das Geleitwort schrieb Hermann Göring.“

Bei Wikipedia ist zu lesen: „Während des Zweiten Weltkrieges war Bongartz in Berlin ziviler Mitarbeiter in der geschichtlichen Abteilung des Oberkommandos der Marine. Seine bis 1945 entstandenen Publikationen bewegen sich (...) im Zwischenreich von Tagesjournalismus, populärer Geschichtsschreibung und Propaganda (...), auch wenn er nicht zu den Propagandatruppen gehörte.“ So versprach der Klappentext seines zweiten Buches, „Luftkrieg im Westen“ (1940) ein „Tatsachenbuch“, das die „wesentlichen fliegerischen Kampfhandlungen [...] mit Spannung geladen“ darstelle. Er lernte dort das Handwerk des Schreibens. Unter dem Namen Bongartz erschienen auch die Titel „Seemacht Deutschland“ in der Essener Verlagsanstalt (1941–1944) sowie „Der Wiederaufstieg der deutschen Kriegsmarine. Der Krieg zur See bis zum Beginn des Feldzuges in Norwegen“ (1941) und „Die Kriegsmarine im Kampf um Norwegen. Die Eroberung der Kanal- und Atlantikküste. Der Kriegseintritt Italiens und die neue Ausgangslage des Seekrieges“ (1944).

Nach Kriegsende war Bongartz, nunmehr Jürgen Thorwald, neben dem späteren Bundestagspräsidenten Eugen Gerstenmaier einer der Mitbegründer der Wochenzeitung „Christ und Welt“, für die er 1948 bis 1951 als Redakteur arbeitete. Das Blatt wurde von den Alliierten argwöhnisch beobachtet und verdächtigt, ein „under cover nazi paper“ zu sein. Daher Bongartz' Namenswechsel wegen früherer Publikationen vor 1945. Danach ging Thorwald zur Illustrierten „Quick“, für die wiederum unter anderen Johannes Mario Simmel und später der „Volksaufklärer“ Oswald Kolle schrieben und Traudl Junge, die letzte Sekretärin Hitlers, in der Chefredaktion arbeitete. Im Jahre 1950 wurde Thorwald von Arnold Gehlen persönlich für den Geheimdienst als „Hausliterat“ (Schmidt-Eenbohm) angeworben. Eines der Resultate waren die „reißerisch aufgemachten Geheimdienstserien“ („Die unsichtbare Front“) im „Stern“.

Die Foerster-Misere

Zu einer jahrelangen Auseinandersetzung kam es im Jahr 1949, als Jürgen Thorwald in der Artikelserie „Die ungeklärten Fälle, Dr. Richard Sorge“ in der Münchener Illustrierten „Revue“ diffamierende Behauptungen über den Ingenieur und Industriellen Willy Rudolf Foerster publiziert haben soll, der eng mit dem „Jüdischen Flüchtlingskomitee“ kooperierte. Involviert waren auch Wolfgang von Gronau, während des Zweiten Weltkrieges Luftattaché an der deutschen Botschaft in Tokio, sowie Gerhard Matzky, ehemals Militärattaché an der deutschen Botschaft in Tokio. „Der Versuch Thorwalds, über Matzky und die ehemaligen Tokioter Diplomaten Alois Tichy und Heinrich Seelheim belastendes Material in Form einer angeblich existenten Vorstrafenliste Foerstes zu beschaffen, blieb erfolglos“, heißt es bei Wikipedia, und weiter: „Nicht erwiesen ist, ob er, wie Foerster zu Protokoll gab, zusammen mit von Gronau versuchte, Zeugen mittels Geldzahlung gegen Foerster zu beeinflussen.“ Doch auch hier galt das alte Sprichwort nach Plutarch: Semper aliquid haeret. Der Erfolg Thorwalds mit späteren Büchern, der ihm schließlich einen Wohnsitz im Tessin ermöglichte, deckte dieses Kapitel im Laufe der Zeit zu.

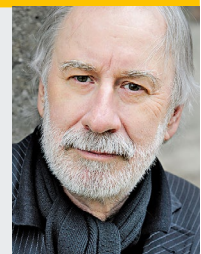
Im Jahr 1958 zog Thorwald mit seiner zweiten Frau und Kind in die USA; 1982 erfolgte die Trennung und Rückkehr in die Schweiz, während Frau und Sohn in den USA blieben. Im Jahr 1985 heiratete er noch einmal (seine langjährige Sekretärin Hannelore Rosner).

Jürgen Thorwald, der bis zuletzt an Neubearbeitungen und aktualisierter Quellenforschung arbeitete, war Gründungsmitglied des PEN-Clubs Liechtenstein, er wurde mehrfach, unter anderem mit dem Bundesverdienstkreuz 1. Klasse sowie dem Award in Forensic Medicine ausgezeichnet. Seine medizinhistorische Populärwissenschaft, er selbst sprach grundsätzlich von „Reports“, stand am Beginn einer sich zunehmend breitmachenden Welle, die in Noah Gordons „Der Medicus“ (1987 ebenfalls bei Droemer Knaur) ihren vorläufigen Höhepunkt fand. Thorwalds Leben war, wie Vanessa Timmer (in: Oels) herausgefunden hat, durch zahlreiche Krankheiten gekennzeichnet: von der schweren Geburt über Nephrolithiasis, urologische Infektionen, Herzerkrankung, Kreislaufkollaps, Bluthochdruck, Nierensteine (mehrere Operationen; Verlagsmitarbeiter schickten Leinsamenbrot und Azupanthenol), eine gebrochene Rippe, Herzoperation (Kommentar an seinen Lektor: „Die ganze Kardiologie ist natürlich eine furchtbare Scheiße“), Schultertrauma bis hin zu der im Krankenhaus gebrochenen Schulter. Der erfahrene Selbstdiagnostiker wurde nichtsdestotrotz 90 Jahre alt.

Literatur beim Verfasser**AUTOR**

**Prof. Dr. phil.
Gerhard Köpf**

Literaturwissenschaftler
und Schriftsteller
Ariboweg 10,
81673 München
aribo10@web.de



59. Internationale Kunstausstellung, La Biennale di Venezia 2022

Metamorphose

Alles ist im Fluss – der Mensch, seine Umgebung, die Natur. Alles wandelt sich jeden Augenblick. Seit zwei Jahren wird der Menschheit wieder einmal mehr vor Augen geführt, dass nichts für immer und alles ohne Gewähr ist. Die 59. Biennale in Venedig, die noch bis zum 27. November besucht werden kann, hat sich als Hauptthema die Veränderung auf das Banner geschrieben.

Das Zitat „The milk of dreams“, entnommen einem Märchenbuch der Künstlerin Leonora Carrington, öffnet den Wandel ins Phantastische und Surrealistische und ist deshalb das

Motto der diesjährigen, 59. Biennale in Venedig. Die darunter subsumierten Diskurse der Darstellung von Körpern und ihrer Metamorphose, der Beziehung zwischen Individuum und Technologie

sowie der Beziehung zwischen Körpern und der Erde werden im venezianischen Pavillon besonders anmutig umgesetzt. Beispielhaft soll dieser hier als kleines Schlaglicht auf die weltweit älteste internationale Kunstausstellung dienen.

Anderwelt im venezianischen Pavillon

Den ersten Raum im venezianischen Pavillon bespielen die Werke des italienischen Künstlerinnenduos Sara Goldschmid und Eleonora Chiari. Die beiden in den 1970er-Jahren geborenen Frauen sind in Mailand ansässig und arbeiten vor allem mit den Medien der Fotografie, Video, Performance und Installation. Ihr Markenzeichen sind spiegelnde Kunstwerke, in denen bunter Rauch eingefroren zu sein scheint. Dazu fotografieren sie im Studio farbige Rauchbomben, drucken die Bilder aus und bannen sie dann in geheimer, alchemisch anmutender Technik auf Glas und Spiegel. Die spiegelähnlichen „Portale“ versetzen den Besucher des Raumes in eine geheimnisvolle Anderwelt. Bunte Glasfenster suggerieren den Blick nach draußen und an den Wänden brechen sich farbige Schattenspiele.

Zusätzlich zu den visuellen Eindrücken wartet der venezianische Pavillon mit eigens dafür komponierter Musik auf, sodass fast alle Sinne angesprochen werden. Alle Räume sind als Licht- und Schattenspiel konstruiert und vertiefen so die magische Illusion. Und tatsächlich betört der Anblick ihres gespiegelten Selbst in rauschiger, farbiger Kulisse die Besucher so sehr, dass vor den Kunstwerken lange „Selfie“-Schlangen entstehen und kaum einer sich dem Reiz der Selbstdarstellung entziehen kann.



© alle Bilder: Pavillon of VENICE LAUREL

59th International Art Exhibition – La Biennale di Venezia, *The Milk of Dreams*
Photo by Sebastiano Corò
Courtesy: La Biennale di Venezia

Verwandlung gemäß dem Mythos Daphne und Apollo

In der angrenzenden Raumflucht eines spartanisch bestückten, weißen Raumes sitzt eine junge Frau mit weißem langen Kleid und offenen roten Haaren auf der Bettkante eines großen weißen Bettes. Ihre Umgebung wirkt aseptisch und pur, umso mehr stechen ihre Füße hervor, die schmutzig in einer Erdpfütze stehen. Ihre Augen sind geschlossen, ihre Haltung ist resigniert. Der Titel der Performance „Alloro“, zu deutsch „Lorbeer“, verweist auf den Mythos von Daphne und Apollo. In dieser berühmten Geschichte aus Ovids Metamorphosen entkommt Daphne der Nachstellung Apollos nur, indem sie ihre weibliche Identität aufgibt und von ihrem Vater in einen Lorbeerbaum verwandelt wird. Schreitet der Besucher voran, passiert er ein weiteres großes weißes Bett, auf und vor dem nur noch das weiße Kleid und die Erde am Boden zurückgeblieben sind. Das Ende der Sichtflucht markiert schließlich ein von unten beleuchteter, mit seinen Zweigen in einer milchigen Flüssigkeit versinkender Lorbeerzweig.

Umgesetzt hat diese moderne Interpretation des alten Ovid-Mythos der berühmte italienische Bühnenbildner Paolo Fantin in Zusammenarbeit mit der Gruppe Ophicina. Begleitend dazu erklingt das Lied „Gocce di Alloro“ des Maestros Pino Donagis.

Warum das Thema körperliche Metarmorphose?

Die im venezianischen Pavillon mit der körperlichen Metarmorphose einer Frau aufgegriffene Thematik des großen Weltwandels reflektiert die 59. Biennale im Kleinen. Mit in diesem Jahr über 80 % vertretenen weiblichen Künstschaffenden zielt die Begründung der Kuratorin Cecilia Alemani aber auf den Körperwandel als eines der Oberthemen dieser Zeit (Abtreibung wird auch vielfach thematisiert oder Geburt), zu dem es einfach mehr gute Kunst gibt, die eben von Frauen geschaffen wurde. Sie findet es irritierend, dass immer wieder nach diesem Geschlechter-Ungleichgewicht nachgefragt wird, denn zu früheren Biennale-Kuratoren habe man ja auch nicht gesagt, dass wenig Frauen vertreten seien, wobei das umgekehrte Ver-



59th International Art Exhibition – La Biennale di Venezia, *The Milk of Dreams*
Photos by Marco Cappelletti
Courtesy: La Biennale di Venezia

hältnis sogar oft noch gravierender gewesen war. Hoffentlich stößt die Biennale mit ihrem träumerischen Metamorphosen-Motto auf diese Weise den schon lange überfälligen Wandel auch in der Kunstwelt weiter mit an.

Mehr Informationen:

<https://www.labiennale.org/en/art/2022>
<https://goldiechiari.wordpress.com/>

AUTORIN

Dr. Angelika Otto

Freie Journalistin
München

angelika.s.
otto@gmail.com



Veranstaltungen BVDN/BDN/BVDP-Landesverbände 2022/2023

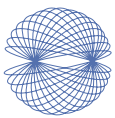
Datum Ort Zeit	Landesverband Titel Themen	Anmeldung
25.11.2022 8:30–16:30 Uhr online CME-Punkte beantragt	Neuroedukation Innerhalb von sieben spannenden Modulen erlernen Sie die Theorie und Praxis der Neuroedukation. Im Fokus: das Zusammenspiel von Gehirn und Verhalten	BVDN/BDN/BVDP e.V. Wulffstraße 8, 12165 Berlin info@bvdn.de
2.12.2022 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
7.12.2022 in Freiburg 17:15–20:30 Uhr 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
22.2.2023 in Hannover 11.3.2023 in Stuttgart CME-Punkte beantragt		
9.12.2022 18:00–20:45 Uhr online CME-Punkte beantragt	Psy Online In dieser fallbasierten Fortbildung werden wichtige Themen mit psychiatrischem Schwerpunkt und Updates zu verschiedenen Krankheitsthemen besprochen und gemeinsam diskutiert.	diaplan, siehe oben
10.12.2022 online 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 hybrid CME-Punkte beantragt	ZNS-Tage 2023 Aktuelle Fragestellungen Neurologie und Psychiatrie; Berufspolitik, gemeinsame Vorträge im Plenum und individuelle Programmgestaltung durch Workshops	diaplan, siehe oben https://pretix.eu/diaplan/sy8kl/

Fortbildungsveranstaltungen 2022/2023

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
14.–17.12.2022 in Wien Messe Wien Exhibition & Congress Center, Messeplatz 1	12th World Congress for Neurorehabilitation WFNR	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH Doreen Kühle Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena Tel.: 03641 3116-243 wcnr@conventus.de
19.–21.1.2023 in Berlin Mercure Hotel MOA Stephanstraße 41	ANIM 2023 Arbeitstagung NeuroIntensiv Medizin 40. Jahrestagung der DGNi und DSG	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena www.conventus.de
22.–25.3.2023 in Essen Haus der Technik Hollestraße 1	26. Kongress des Medizinisch-Wissenschaftlichen Beirates der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke (DGM) e.V.	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH Juliane Meißner/Lina Deppner Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena Tel.: 03641 3116-141/-374 dgm@conventus.de
5.–6.5.2023 in Erfurt Augustiner Kloster Erfurt voraussichtlich 11 CME-Punkte	24. Jahrestagung der DGNB e.V. Impfung und Covid 19 Beschwerdevalidierung SOPs und Leitlinien individuelle und institutionelle Haftung Periphere Neurologie-Bildgebung und Begutachtung	Deutsche Gesellschaft für Neurowissenschaftliche Begutachtung e.V. Susanne Neesen Jakobusstraße 31, 52391 Vettweiß Tel. 02424 2028535 Fax -534 info@dgnb-ev.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 Kumpke
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



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 (Neuro-
 edukation/Neuropsychologie); Klaus Piwernetz, München (Qualitätsmanagement)

BDN-Landessprecher

Baden-Württemberg:
 Wolfgang Freund
Bayern: Markus Weih
Berlin: Walter Raffauf
Brandenburg: Martin Delf
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



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

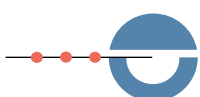
www.berufsverband-neurologen.de/mitglied-werden

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

Wulffstraße 8, 12165 Berlin

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

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

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

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

Tel.-Nr.: _____ Fax: _____

E-Mail/Internet: _____

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

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

☐ Gratis Mailservice erwünscht

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

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

IBAN: _____

Bei der _____ BIC _____

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

Name: _____

Adresse: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Praxisstempel (inkl. KV-Zulassungs-Nr.)

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

Unterschrift: _____

NEUROTRANSMITTER

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

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

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

Schriftleitung: Dr. med. Sabine Köhler (sk) (v. i. S. d. P.), Dornburger Straße 17a, 07743 Jena, sab.koehler@web.de

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

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

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 gelten die Mediadaten 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 259 € (für Studierende/AIW: 155,40 €), 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 Urhebererschaft 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



© Creative Cat Studio / stock.adobe.com (Symbolbild mit Fotomodel)

Vorschau

Ausgabe 12/2022

Dezember

erscheint am 15. Dezember 2022

Tics bei Erwachsenen

Obwohl Tics vor allem im Kindesalter auftreten und häufig ohne therapeutische Maßnahmen wieder abklingen, bestehen sie bei rund 20 % auch im Erwachsenenalter fort und verursachen in einigen Fällen einen relevanten Leidensdruck. Verhaltenstherapeutische Methoden werden mittlerweile als erste Wahl in der Behandlung von Ticstörungen empfohlen.

Reformstau auflösen

In den vergangenen zehn Jahren sind die Probleme im Gesundheitssystem weitgehend ignoriert worden. Die Fortschritte in der Medizin und sinkende GKV-Einnahmen aufgrund der demografischen Entwicklung werden absehbar zum Kollaps des Systems mit drastischen Einschnitten führen, wenn wir nicht sehr rasch umsteuern. Welche Rationale steckt hinter den Ideen zur Sektorentrennung mit Tagesbehandlungen in den Kliniken und Hybrid-DRGs? Was bringen diese ersten Vorschläge wirklich und was bedeuten sie für unsere Fächer?

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.