

NEUROTRANSMITTER

Neurologie und Psychiatrie – Berufspolitik und Fortbildung



BVDN

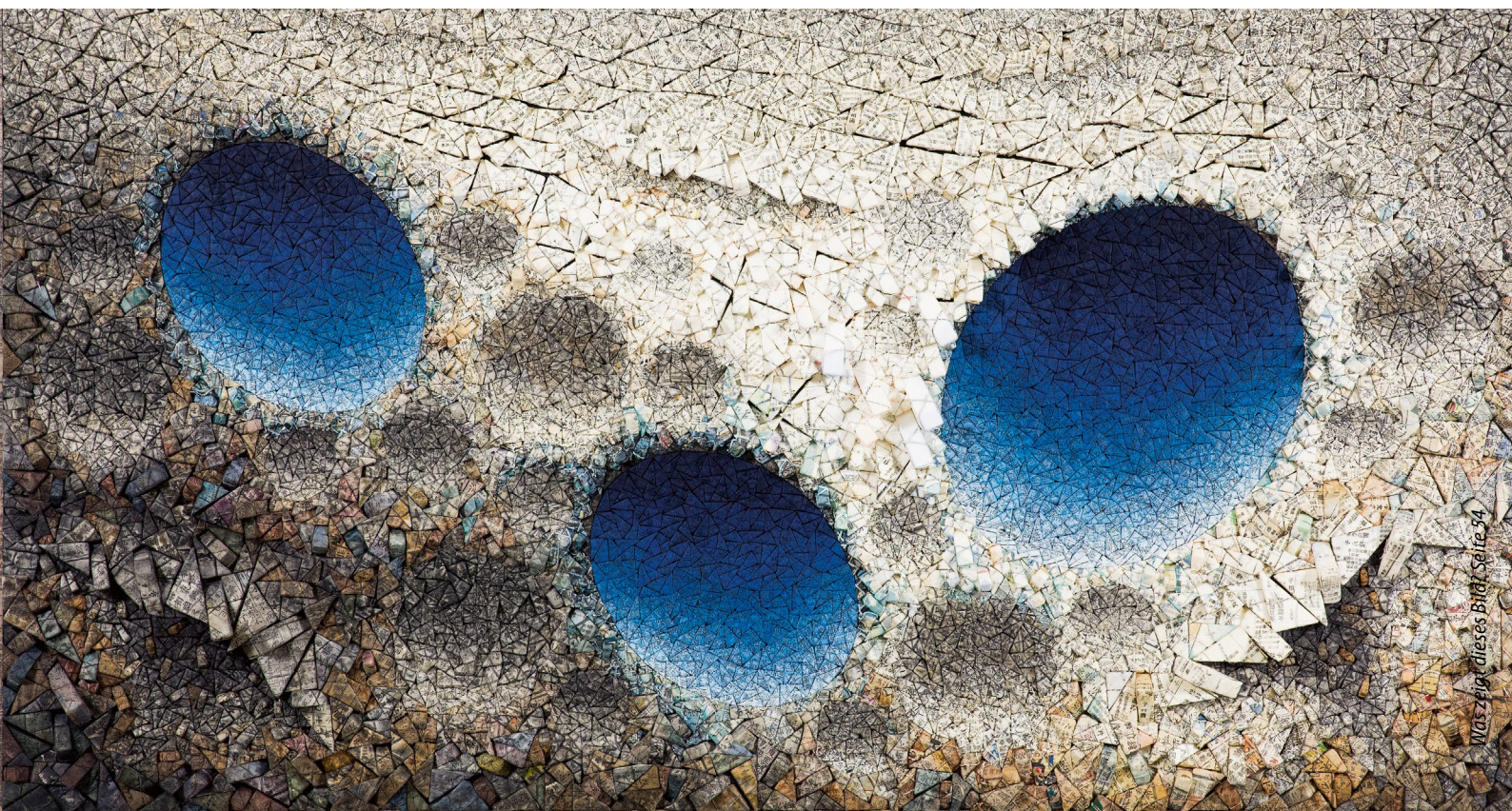


BDN



BVDP

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



Was zeigt dieses Bild? Seite 34

System am Abgrund? 10

Gesundheitswesen reformbedürftig

Neuroedukation 28

Schulung im MSnetWork bietet Unterstützung

ASV Multiple Sklerose 32

Interdisziplinärer Ansatz zur Versorgung



Tics bei Erwachsenen 38

Etablierte Behandlungsoptionen im Blick



Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

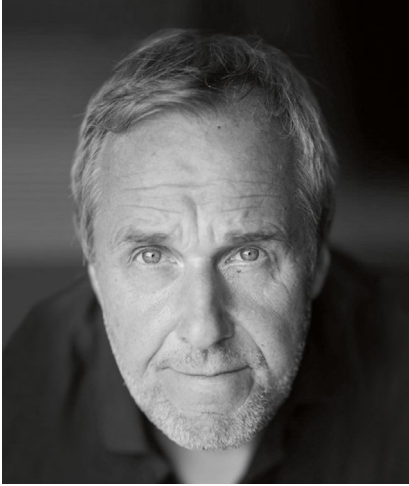
Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.



»Eine Gesellschaft, in der das eigene übergroße Ich das Zentrum der Welt ist, wird den Aufgaben nicht gerecht werden können.«

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich
Vorsitzender des BDN

Von Freiheit und Verantwortlichkeit

Nach fast acht Jahrzehnten Frieden und wachsendem Wohlstand verzeichnen wir in verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen Zeitenwenden. Die Folgen von Krieg in Europa, Klimawandel, Rezession, Inflation und Energiekrise dringen in unser kollektives Bewusstsein und beunruhigen uns. Wir haben uns an Wohlstand, Frieden und Überfluss gewöhnt und wähen uns in der trügerischen Stimmung, das Leben kontrollieren und uns gegen alle möglichen Widrigkeiten absichern zu können. Andererseits ahnen wir, dass das immer schwieriger werden könnte und Angst trübt unsere Zuversicht. Ganze Generationen haben kaum so etwas wie Resilienz aufbauen können. Genau die werden wir in den kommenden Jahren brauchen und noch etwas: Gemeinschaftssinn und Sozialverantwortlichkeit. Eine Gesellschaft, in der das eigene übergroße Ich das Zentrum der Welt ist, wird den Aufgaben nicht gerecht werden können.

Freiheit heißt nicht „Zügellosigkeit“

Symptomatisch für diese Überlegungen war für mich eine Argumentation zum Thema Maskenpflicht, die ich zufällig im Radio hörte. Der Vertreter der Contra-Position argumentierte, es sei jetzt genug mit Masken und staatlicher Bevormundung, die Bürger sollten das vielmehr eigenverantwortlich entscheiden, schließlich würden wir das mit dem Tragen von Fahrradhelmen ähnlich handhaben. Keine Angst, es geht mir hier nicht um eine Position, sondern um die Argumentation. Fachleute sowie Politikerinnen und Politiker sollten entscheiden, ob es zum derzeitigen Zeitpunkt im Übergang von einer Pan- zur Endemie sinnvoll ist, die Viruslast in einem Bus über eine Maskenpflicht zu senken, oder ob man der Viruslast freien Lauf lässt. Beide Strategien mögen eine Berechtigung haben. Keinesfalls kann hier allerdings mit Eigenverantwortlichkeit argumentiert werden. Wenn man sich darauf einigt, dass das Senken der Viruslast in öffentlichen Verkehrsmitteln ein sinnvolles Ziel ist, kann dieses Ziel eben nicht über die „eigenverantwortlichen“ Entscheidungen des Einzelnen erreicht werden. Es geht nicht darum, wie es *mir* mit der Maske geht, sondern ob damit ein gewünschter Zustand für die Allgemeinheit hergestellt werden kann. Deshalb hinkt der Vergleich mit dem Helm gewaltig. Wenn ich stürze, muss ich das Trauma und damit die Folgen meiner eigenverantwortlichen Entscheidung ganz alleine tragen. Hier greift die Logik der Argumentation. Wenn ich mit meinem Verzicht auf einen Helm andere gefährden würde, wäre diese Argumentation absurd. Auf die Gefahr, dass ich

mich wiederhole: Es geht mir nicht um die Maske an sich, sondern um das Verhältnis von Freiheit und Verantwortlichkeit. Beides gehört zusammen. Das hat nicht ohne Grund eine lange philosophische und politische Tradition. John Locke hat im Jahr 1690 die Idee der Volkssouveränität entwickelt, dem die Überlegung zugrunde liegt, dass alle Menschen gleich geschaffen seien und sich hieraus das Recht auf Leben, Freiheit und das Streben nach Glück ableite. Diese Gedanken haben Eingang in die US-amerikanische Unabhängigkeitserklärung gefunden. Locke schreibt aber auch, dass diese Freiheit nicht „Zügellosigkeit“ bedeutet, sondern sich daraus ebenso ableitet, anderen nicht zu schaden. Oder um mit Nietzsche zu sprechen: „Unsere Pflichten, das sind die Rechte anderer auf uns.“ Vielleicht vergegenwärtigen wir uns auch in Anbetracht der weltpolitischen Entwicklungen in Russland, im Iran und anderswo, dass Freiheit sich nicht von allein einstellt, sondern das Ergebnis einer zum Teil leidvollen Geschichte und von Aufklärung ist.

X-First-Mentalität ist toxisch

Was passiert, wenn Ego manie, Geschichts- und Philosophievergessenheit zum Maßstab politischen Handelns werden, haben wir in den USA beobachten müssen. Und viel schlimmer und auf grausame Weise sehen wir es jetzt auch in Russland. Geschichte scheint sich nicht immer nur fortschrittlich in eine Richtung zu bewegen. Was wir brauchen ist unbedingt Eigen-, aber eben auch Gemeinschaftsverantwortlichkeit. X-First-Mentalität ist toxisch, im Kleinen wie im Großen. Sozialverantwortlichkeit, wohlwollendes Verhalten unseren Mitmenschen gegenüber und Freundlichkeit fängt bei jedem einzelnen an. Ich selbst bin diesbezüglich weder frei von Widersprüchen, noch mag ich ein Meister darin sein. Dennoch kann es Orientierung und Maßstab sein. Ich werde mir zum Jahreswechsel daher die Zeit nehmen und meinen Kompass wieder justieren.

Im Namen der Vorstände der Berufsverbände wünsche ich Ihnen geruhssame, friedliche Weihnachten und einen freudvollen oder, wenn das aufgrund welcher Umstände auch immer nicht möglich sein sollte, einen von innerer Stärke getragenen Übergang ins neue Jahr!

Ihr

Eine Langfassung des Editorials finden Sie auf der Webseite der Verbände.

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

Von Freiheit und Verantwortlichkeit

Uwe Meier

Gesundheitspolitik

8 Gesundheitspolitische Nachrichten

„Unterstützen Sie unsere Forderungen an die Politik!“

„Neupatientenregelung weg – was nun?“

„Regeln für Verordnungsmöglichkeit über zwölf Wochen klargestellt“

Aus den Verbänden

10 Gesundheitssystem vor dem Abgrund?

Kennzahlen und politische Maßnahmen

Uwe Meier

16 Zukunft der Berufsverbände

Erste Weichenstellungen greifen

Sabine Köhler

18 Stabilität im und durch Wandel

Neues aus dem Landesverband Mecklenburg-Vorpommern

Heike Kumpe, Ramon Meißner

20 Bekannte und neue Köpfe in Nordrhein

BVDN-Landesverband Nordrhein

Gereon Nelles

22 „Wir müssen Veränderungen nicht nur begleiten, sondern auch aktiv gestalten“

Interview mit Dr. Frank Bergmann

Uwe Meier

26 Herbsttagung der BVDN-Länderdelegierten

Neue Landesvorstände und steigende Mitgliederzahlen beim BVDN

Christa Roth-Sackenheim

28 Schulung zur Neuroedukation hilft bei der Patientenkommunikation

MSnetWork

Iris-Katharina Penner, Uwe Meier

☐ = Dieser Beitrag ist ein Titelthema.



10 Gesundheitssystem vor dem Abgrund?

Reformen im Gesundheitswesen sind dringend erforderlich, um auch zukünftig eine adäquate Versorgung der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Wachsender Versorgungsbedarf und medizinische Fortschritte machen es für politisch Verantwortliche unerlässlich, Veränderungen in die Wege zu leiten. Ziele der Reformen sollten hierbei klar und langfristig tragfähig sein. Die Ärzteschaft ist aufgerufen, sich mit ihrem fachlichen Knowhow und Erfahrungswissen aktiv in den Diskurs einbringen.

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. Uwe Meier

umeier@t-online.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.

Fortbildung

- 32 Multiple Sklerose**
MS-Versorgung heute und Vision für die Zukunft –
eine Rolle für die ASV?
Catharina Korsukewitz, Mathias Mäurer, Heinz Wiendl
- 38 CME Tics bei Erwachsenen**
Motorische und vokale Störungen
Tina Rawish, Gesine Sallandt, Alexander Münchau

Journal

- 50 Wo Gedanken wie Mäuse auf dem Tisch tanzen**
Gottfried Keller und das Burghölzli
Gerhard Köpf
- 54 Chun Kwang Young**
Meditativ alarmierende Kunst
Angelika Otto

- 37 Kleinanzeigen**
46 Pharmaforum
56 Termine
57 Verbandsservice
59 Impressum/Vorschau



38 Ticstörungen bei Erwachsenen

Obwohl Tics vor allem im Kindesalter auftreten und häufig ohne therapeutische Maßnahmen wieder abklingen, bestehen sie bei zirka 20 % der Betroffenen auch im Erwachsenenalter fort und verursachen in einigen Fällen einen relevanten Leidensdruck. Tics sind von nicht seltenen funktionellen Tic-ähnlichen Extrabewegungen abzugrenzen. Bislang gibt es zwar keine ursachenorientierten Therapien, allerdings stehen eine Reihe etablierter und gut wirksamer Behandlungen zur Linderung von Tics zur Verfügung.



Titelbild (Ausschnitt): „Aggregation09“ von Chun Kwang Young. Lesen Sie mehr in der „Galerie“ ab Seite 54.

Gesundheitspolitik

„BERLINER ERKLÄRUNG ZU KLIMAWANDEL UND PSYCHISCHER GESUNDHEIT“

Unterstützen Sie unsere Forderungen an die Politik!

➡ Die Auswirkungen des Klimawandels auf die psychische Gesundheit sind dramatisch. Die Klimakrise lässt zusätzliche Belastungen entstehen, die zu neuen Syndromen führen und insgesamt den psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsbedarf der Bevölkerung drastisch erhöhen. Aufgrund menschlicher Eingriffe liegt die globale durchschnittliche Oberflächentemperatur im Jahr 2022 bereits 1,1 °C über dem vorindustriellen Durchschnitt. Laut Prognosen ist mit einem Temperaturanstieg um 3,5 °C bis zum Jahr 2100 zu rechnen. Häufigere Extremwetterereignisse sind bereits deutlich spürbar.

Temperaturanstieg, Hitzewellen und Luftverschmutzung gehen mit einer Verschlechterung der psychischen Gesundheit und erhöhter Suizidalität einher. Zudem gefährden Naturkatastrophen nicht nur die körperliche Unversehrtheit, sondern können posttraumatische Belastungsstörungen und

andere psychische Erkrankungen verursachen oder eine bestehende Symptomatik verschlechtern. Für psychisch Kranke stellt eine mangelnde oder unterbrochene Gesundheitsversorgung nach Katastrophen einen weiteren Risikofaktor für die psychische Gesundheit dar. Folgen des Klimawandels wie Überschwemmungen oder Dürren können die Lebensgrundlage von Menschen zerstören, zu Nahrungsmittel- und Wasserknappheit führen, Stress verursachen und so die psychische Gesundheit schwächen. Auch führt er zu Konflikten und Kriegen, die zu Flucht und Migration zwingen.

Solastalgie-Syndrom

Gefühle wie Hoffnungslosigkeit, Traurigkeit, Schuld, Wut, Sorge und Angst in Anbetracht des fortschreitenden Klimawandels führen nicht nur bei psychisch Kranken, sondern in der Gesamtbevölkerung zu neuen psychologisch-psychiatrischen Syndromen. „Solas-

talgie“ bezeichnet die Trauer angesichts der Umweltzerstörung der Heimat. „Klimangst“ speist sich aus der Ungewissheit, ob, wann und wie man direkt von den Folgen des Klimawandels betroffen sein wird.

Kommentar: Die Psychiatrie muss Versorgungskonzepte entwickeln, die nachhaltig sind sowie dem steigenden und sich verändernden Bedarf gerecht werden. Der unmittelbare Handlungsbedarf für Politik und Psychiatrie aus Sicht der DGPPN und der Berufsverbände BVDN und BVDP ist in der „Berliner Erklärung zu Klimawandel und psychischer Gesundheit“ zusammengestellt: www.dgppn.de/schwerpunkte/klima-und-psychie/formular-berliner-erklaerung.html Mit der Unterzeichnung unterstützen Sie die Forderungen an die Politik nach mehr Klima- und Gesundheitsschutz und setzen gleichzeitig ein Zeichen für das Verantwortungsbewusstsein in der Psychiatrie.

GKV-FINANZSTABILISIERUNGSGESETZ

Neupatientenregelung weg – was nun?

➡ Mit Wirkung zum 1. Januar 2023 wird die im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) eingeführte Neupatientenregelung wieder abgeschafft (wir berichteten). Trotz aller Bemühungen, Gespräche und Protestaufrufe ist es nicht gelungen, diesen Teil des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes in unserem Sinne zu modifizieren. Dabei ist die Sachlage eindeutig: Entgegen der Einschätzung des Bundesgesundheitsministers hat die Regelung zu einer Anhebung der Zahl behandelter, neuer Patientinnen und -patienten geführt und damit die Versorgung gesetzlich Versicherter verbessert. Das belegen die Erhebungen des ZI der KBV eindrücklich. Doch wie kann eine neuropsychiatrische Facharztpraxis künftig betriebswirtschaftlich sinnvoll arbeiten?

Kommentar: Lediglich die Neupatientenregelung wird zurückgenommen, alle anderen Inhalte des TSVG bleiben bestehen. Die Abrechnung offener Sprechstunden, also ungeplanter Behandlungstermine für eigene und fremde Patientinnen und Patienten in Notfall- oder Krisensituationen, wird weiterhin extrabudgetär vergütet. Bislang hatten wir die Empfehlung ausgesprochen, im Zweifel ungeplante Patientinnen und Patienten stets als Neupatientinnen und -patienten anzunehmen, und nicht über die offene Sprechstunde abzurechnen. Hintergrund war zum einen die Sorge, sich dem Vorwurf der Missachtung der klar formulierten Neupatientenregelung auszusetzen, verbunden mit der Sorge um eine Verlängerung der Bereinigungszeiträume dieser Leistung. Zum anderen ist die offene Sprech-

stunde im Gegensatz zu den Neupatientinnen und -patienten auf 17,5 % der Behandlungsfälle gedeckelt. In der Versorgungsrealität hat jedoch die offene Sprechstunde über alle Fachgruppen hinweg nicht mehr als 5–6 % der Fälle einer Praxis ausgemacht. Unsere Fachgruppen haben dabei sogar das unrühmliche Schlusslicht gebildet. Es ist uns als Verband trotz zahlreicher Bemühungen nicht gelungen, unsere Mitglieder zum Gebrauch dieser Abrechnungsmöglichkeit zu ermutigen, im Gegensatz zu anderen Fächern, allen voran der Orthopädie. Die weiter bestehende Deckelung ist somit als unkritisch anzusehen. Ein Risiko der Rücknahme dieser Leistung in das RLV bei Steigerung der Leistungsanforderung der gesamten Fachgruppe um mehr als 3 % im Vergleich zum Vorjahresquartal, ist angesichts

der Heterogenität unserer Fachgruppe ebenfalls als übersichtlich einzuschätzen.

Empfehlung Nr. 1: Nutzen und steigern Sie offene Sprechstundenfälle. TSS-Vermittlungsfälle werden weiterhin extrabudgetär vergütet.

Durch Aufschläge auf die Grundpauschalen werden zusätzliche Anreize gesetzt, raschere Termine vorzuhalten. So wird bei Vermittlung von „Akutfällen“, also binnen 24 Stunden, ein Aufschlag von bis zu 200 % in Aussicht gestellt, bei einer Vermittlung in vier Tagen sind es 100 %, bis Tag 14 80 % und bis zu 35 Tagen 40 %. Völlig unabhängig davon löst eine solche Vermittlung einen extrabudgetär vergüteten Fall über das gesamte Quartal aus.

Empfehlung Nr. 2: Reservieren Sie in Ihrem Praxisplaner Korridore für diese Vermittlungen. Auch die Vermittlungsfälle aus der Hausärzteschaft bleiben extrabudgetär, die Aufschläge von 100 %, 80 % und 40 % für Termine nach 4, 14 beziehungsweise 35 Tagen gelten genauso wie bei der TSS-Vermittlung.



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

Empfehlung Nr. 3: Verständigen Sie sich mit Ihren Zuweisenden und kommunizieren Sie, wann eine Überweisung für Sie optimal ist.

Empfehlung Nr. 4: Die Aufnahme neuer Patientinnen und Patienten ohne Vermittlung sollte vermieden werden.

Es ist ungewiss, ob es mit diesen Veränderungen gelingt, den Wegfall der Neupatientenregelung auszugleichen, ein „Abfedern“ sollte aber möglich sein. Dabei steht außer Frage,

dass vieles an den Maßnahmen aufstößt. Es entspricht beispielsweise nicht unserer eigentlich gewünschten Arbeitsweise und unsere chronisch Kranken werden auf diesem Wege vermutlich nicht in die Gunst einer schnellen Terminvergabe kommen. Die Abwägung, wirtschaftlich ausgerichtete Strategien medizinisch und menschlich vertretbar umzusetzen, kann den Einzelnen jedoch niemand abnehmen.

G-BA ÄNDERT HEILMITTELRICHTLINIE

Regeln für Verordnungsmöglichkeit über zwölf Wochen klargestellt

Der G-BA hat festgelegt, in welchen Fällen nur alle zwölf Wochen eine erneute Verordnung und eine ärztliche medizinische Kontrolle von Heilmitteln erforderlich sind. Die Regelung gilt bei langfristigem Heilmittelbedarf und bei Diagnosen, die einen „besonderen Versorgungsbedarf“ nach den Rahmenvorgaben von GKV-Spitzenverband und KBV zur Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäß § 106b Absatz 2 SGB V begründen. So kann in beiden Fällen die im Heilmittelkatalog je Verordnung angegebene Höchstmenge – in der Regel sechs bis zehn Behandlungseinheiten – ausdrücklich überschritten werden. Die orientierende Behandlungsmenge ist nicht zu berücksichtigen. Diese Klarstellung ist notwendig, da es bei Verordnenden und Krankenkassen mit Blick auf Diagnosen, die einen besonderen Versorgungsbedarf begründen, immer wieder zu Unsicherheiten kam, in welchen

Fällen eine Verordnungsmöglichkeit über zwölf Wochen besteht.

Die Diagnoseliste von KBV und GKV-Spitzenverband für besondere Versorgungsbedarfe enthält neben den relevanten ICD-10-Codes auch weitere Hinweise. Unter anderem finden sich dort Informationen zum Zeitraum der Verordnung nach einem Akutereignis, zu weiteren medizinischen Spezifikationen sowie Angaben zu Mindest- und Höchstalter der Erkrankten. Eine Verordnung von notwendigen Heilmitteln für bis zu zwölf Wochen kann für alle ICD-10-Codes, die in Verbindung mit der entsprechenden Diagnosegruppe einen „besonderen Ordnungsbedarf“ begründen, ausgestellt werden. Hinweise zu Akutereignissen oder weitere medizinische Spezifikationen sind für die Ausstellung einer Heilmittelverordnung für zwölf Wochen nicht bindend. Einzige Ausnahme stellen die ICD-10-Codes

dar, bei denen ein Mindest- oder Höchstalter vereinbart ist. In diesen Fällen ist eine Verordnung für zwölf Wochen nur möglich, wenn sich die Erkrankten in der angegebenen Altersspanne befinden. Folglich ist alleinig das Alterskriterium zu beachten. Die Änderungen treten nach Prüfung durch das Bundesministerium für Gesundheit und Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Kommentar: Die Änderung stellt einen wichtigen Punkt klar: Bei einem langfristigen Heilmittelbedarf sowie bei Diagnosen, die einen besonderen Ordnungsbedarf begründen, können die Heilmittelrezepte für bis zu zwölf Wochen verordnet werden. Wir werden Sie mithilfe praktischer Beispiele informieren, sobald der Beschluss in Kraft getreten ist. Mit einer Beanstandung durch das Bundesgesundheitsministerium wird grundsätzlich nicht gerechnet.

Aus den Verbänden

Kennzahlen und politische Maßnahmen

Gesundheitssystem vor dem Abgrund?

Reformen im Gesundheitswesen sind dringend erforderlich, um auch zukünftig eine adäquate Versorgung der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Die politisch Verantwortlichen sind aufgerufen, Veränderungen in die Wege zu leiten, die sich an klaren Zielen orientieren und langfristig tragfähig sind. Ärztinnen und Ärzte sollten sich mit ihrem fachlichen Knowhow und Erfahrungswissen aktiv in den Diskurs einbringen.

Es muss sich etwas ändern im Gesundheitssystem. Da sind sich alle einig. Ohne tiefgreifende Reformen fahren wir mit mathematischer Gewissheit auf einen Abgrund zu – oder, wie unlängst die ÄrzteZeitung den G-BA-Chef Prof. Josef Hecken zitierte: „Wir planen gerade, wie wir gemeinschaftlich Suizid begehen wollen.“ Die Probleme seien in den vergangenen zehn Jahren ignoriert worden,

trotz seit Langem bekannter Fakten wie sinkender GKV-Einnahmen aufgrund der demografischen Entwicklung und steigender Behandlungskosten wegen des medizinisch-technischen Fortschritts.

Auf diese unheilvolle Dynamik haben auch wir im NeuroTransmitter und im politischen Raum immer wieder hingewiesen, zuletzt im BDN-Forum 2 auf der

Neurowoche 2022. Gerade in der Neurologie haben wir es mit wachsenden Versorgungsbedarfen zu tun, da vor dem demografischen Hintergrund hier die Erkrankungen zunehmen. Außerdem fordern die medizinischen Fortschritte immer mehr Ressourcen, nicht nur ärztlich und im Bezug auf die Mitarbeitenden, sondern auch finanziell, wenn wir etwa an die Kosten für heutzutage un-



Erkrankten steht in Deutschland eine überdurchschnittlich gute Versorgung zur Verfügung. Vielerorts sind die Grenzen des Machbaren jedoch erreicht.

verzichtbare Biologika denken. Das stößt insofern auf taube Ohren, da Politiker und Politikerinnen wiedergewählt werden wollen, jedoch sind Veränderungen ohne Zumutungen für die Wählerinnen und Wähler undenkbar. Ohne diese wirklich substantiellen Veränderungen werden wir alle ein im Prinzip gutes Gesundheitssystem verlieren, da es absehbar so nicht mehr finanzierbar sein wird.

Wir sind also gut beraten, wenn wir uns die Daten vor Augen führen und uns aktiv an Lösungen beteiligen. Proteste, die das Bewahren des Status quo einfordern, werden kaum hilfreich sein, zumal sich die Dynamik durch drohende Rezession, Energiekrise und hohe Inflationsraten noch verstärkt. So wurde im September 2022 auf Grundlage des Krankenhausentgeltgesetzes vom Statistischen Bundesamt (Destatis) der aktuelle Orientierungswert für Krankenhäuser publiziert, der eine wichtige Kennzahl für die durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der Krankenhauskosten darstellt, die auf Preis- oder Verdienständerungen zurückzuführen ist.

Der Orientierungswert stellt eine wichtige Basis für Budgetverhandlungen im stationären Bereich für Krankenhäuser und Krankenkassen dar. Dieser liegt bei 6,07 % für den Zeitraum des zweiten Halbjahres 2021 und ersten Halbjahres 2022 im Vergleich zum entsprechenden Vorjahreszeitraum. Die dramatischen Steigerungen durch die aktuellen Preisentwicklungen sind hier also noch nicht einmal berücksichtigt.

Bessere Versorgung, steigende Kosten

Wenn wir uns ein paar Eckdaten zur Versorgung anschauen, so zeigt sich, dass die Ausgaben für die Gesundheit von 1997 bis 2020 von 197 auf 441 Milliarden € gestiegen sind. Das ist nicht nur ein absoluter Anstieg. Bezogen auf das Bruttoinlandsprodukt entspricht das einer Erhöhung von 10 % auf 13 %. Damit steigen die Gesundheitskosten

schneller als die Wirtschaftsleistung. Deutschland gehört so zu den Ländern mit den höchsten Ausgaben für die Gesundheit. Auch was die Gesundheitsausgaben pro Kopf anbetrifft, ist Deutschland, von wenigen Ausnahmen wie den

Darunter befinden sich natürlich viele chronisch Kranke, die an mehreren Quartalen zu einer Ärztin oder einem Arzt gehen. Nimmt man mal nur rein rechnerisch an, dass jede Person chronisch krank ist und jedes Quartal diesel-

»Deutschland gehört zu den Ländern mit den höchsten Ausgaben für die Gesundheit.«

USA abgesehen, ganz weit vorn. Im Jahr 2021 hat Deutschland pro Kopf 7.382 \$ ausgegeben. Die anderen europäischen Staaten blieben deutlich darunter. Und selbst Länder wie Australien, dem Quell- land der „diagnosis related groups“ (DRGs), gaben nur 5.627 \$ pro Kopf aus.

Schauen wir uns die Versorgungslandschaft und -daten genauer an: Im Jahr 2021 gab es in Deutschland laut statistischem Bundesamt 1.887 Krankenhäuser mit 483.606 Betten. In den Krankenhäusern gab es 16.742.344 Behandlungsfälle. Rein statistisch gesehen befand sich damit jede fünfte Person einmal in diesem Jahr für durchschnittlich 7,2 Tage im Krankenhaus. Anders ausgedrückt: 20 % der Bürgerinnen und Bürger Deutschlands haben zusammen an 120 Millionen Tagen 2021 im Krankenhaus gelegen. Dass es sich demnach bei den Deutschen um eine sehr kranke Bevölkerung handeln muss, zeigt auch die Anzahl der ambulanten Behandlungsfälle. Nach Angaben des statistischen Bundesamtes betrug die Zahl der Behandlungsfälle ambulant in den letzten Jahren relativ stabil circa 700 Millionen. Der Behandlungsfall wird in Deutschland definiert als die Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arzt- oder Psychotherapiepraxis in einem Quartal zulasten derselben Krankenkasse.

Um diese Zahlen anschaulich zu machen, hilft auch hier eine rein statistische Betrachtung: Folglich verursacht jede hierzulande gemeldete Person theoretisch 8,5 Behandlungsfälle pro Jahr in einer Arzt- oder Psychotherapeutenpraxis.

be Arztpraxis konsultiert, was natürlich nicht der Fall ist, bleiben immer noch durchschnittlich 2,1 Praxen übrig, die von jeder Person von Quartal zu Quartal aufgesucht werden.

Das kostet alles Unmengen an Geld, das nicht vorhanden ist. Und ob alle stationären und ambulanten Maßnahmen nachhaltig zur Gesundheit der Bevölkerung beitragen, ist doch mehr als fraglich. Diese Zahlen machen deutlich, dass es so nicht weiter gehen kann. Könnten wir uns diesen Luxus bisher leisten, droht diese Blase in absehbarer Zeit zu platzen. Gleichwohl die Herausforderungen der Zukunft hier noch gar nicht eingepreist sind.

Herausforderungen in der Neurologie und Psychiatrie

Betrachten wir die Entwicklungen in der Neurologie einmal am Beispiel der Demenz: Das statistische Bundesamt hat in einer Pressemeldung vom 22. September 2022 zum Welt-Alzheimer-Tag 2022 darauf hingewiesen, dass im Jahr 2020 fast 20.000 Menschen wegen einer Alzheimer-Erkrankung im Krankenhaus behandelt werden mussten. Damit hat die Zahl der stationären Behandlungen in 20 Jahren um 138 % zugenommen und sich weit mehr als verdoppelt. Dieser Trend wird sich ungebrems fortsetzen – nicht nur bei Alzheimer-Patientinnen und -Patienten, sondern bei allen stark altersassoziierten Krankheiten; in der Neurologie speziell bei neurodegenerativen und vaskulären Erkrankungen.

Ein anderer Punkt ist aber in diesem Zusammenhang noch viel bedeutender: Wenn wirksame Biologika gegen Alzheimer zugelassen werden, was in den kommenden Jahren realistisch ist, werden die Arzneimittelkosten allein in der Neurologie/Psychiatrie explodieren. Nehmen wir in einem Szenario an, dass eine Millionen Menschen mit einer Alzheimer-Demenz mit leichter kognitiver Beeinträchtigung (MCI-AD) einen Antikörper gegen β -Amyloid erhalten. Dann wären das bei geschätzten Jahreskosten von 20.000 € pro Person und Medikament 20 Milliarden € zusätzliche Kosten allein für die neuen antidementiven Therapien. Wenn wir von drei Millionen MCI-AD-Betroffenen ausgehen, wären es schon 60 Milliarden €.

Und das sind nur die reinen Arzneimittelkosten. Wenn wir beim Aufwand für die Diagnostik mit einer Minimal-schätzung von einer Millionen MCI-AD-Betroffenen ausgehen, dann müssen diese differenzialdiagnostisch abgegrenzt werden, von kognitiv Gesunden mit positivem Amyloid (geschätzt sechs Millionen Menschen), Betroffenen mit subjektiven kognitiven Defiziten (SCD), mit schweren Bedenken (2,5 Millionen) sowie von Pseudodemenz- und Angstpatienten (2,5 Millionen). Somit kommen wir auf eine Zahl von zwölf Millionen Erkrankten mit entsprechenden Liquorentnahmen, psychologischen Testungen und bildgebenden Verfahren. Gehen wir von einem ärztlichen Zeitaufwand von 30 Minuten pro Liquorpunktion aus,

was eher eine geringe Annahme darstellt, weil es auch einer entsprechenden Aufklärung und Vorbereitung bedarf, würde dies schon einen zeitlichen Aufwand von sechs Millionen Stunden bedeuten.

Bei einem Aufwand von 60 Minuten pro psychologischer Testung, was ebenfalls niedrig angesetzt ist, haben wir einen zusätzlichen Aufwand von zwölf Millionen Stunden. Das würde bedeuten, dass alleine für diese Diagnostik 2.000 Fachkräfte ein Jahr lang durchgehend jeden Tag acht Stunden nur Liquorentnahmen tätigen dürften – ohne Pausen und Urlaub. Weitere 4.000 Fachkräfte wären ein Jahr lang ausschließlich jeden Tag für acht Stunden mit neuropsychologischer Testung beschäftigt. Dies würde nur einen Teil des tatsächlichen Aufwands abbilden.

Nun ist dies nur ein Szenario. Wir können die Patientenzahlen jeweils nach oben oder nach unten korrigieren, ebenso die Arzneimittelkosten. Wir werden vielleicht Serum-Biomarker bekommen und die Liquorentnahme viele dann weg. Wie immer man es dreht und wendet, der Aufwand wäre immens hoch. Über eines bräuchten sich Neurologinnen und Neurologen sicher keine Gedanken machen: arbeitslos werden sie nicht.

Wir sprechen hier nur von einer Erkrankung aus unserem Fachgebiet. Wenn wir andere psychiatrische Krankheiten wie Depressionen und Angsterkrankungen dazunehmen, haben wir es seit vielen Jahren mit einer dramatischen

Zunahme der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zu tun. Dies ist nur ein kleiner Ausblick in unseren Fächern. Andere Fachgebiete, die ebenfalls eine steigende Beanspruchung und medizinische Fortschritte verzeichnen, sind hier noch gar nicht berücksichtigt.

Gesundheitsversorgung – alles für jeden und jederzeit?

Eine Besonderheit in Deutschland liegt darin, dass die Politik ihren Bürgerinnen und Bürgern ein unbegrenztes Leistungsversprechen gegeben hat. Die Versorgungsstrukturen sind historisch gewachsen, das System, so wie wir es jetzt erleben, folgte keinem Masterplan. Wenn man für das bestehende System rein hypothetisch ein Versorgungsziel formulieren wollte, was das real existierende System im Nachhinein plausibilisieren könnte, dann wäre das Folgendes: Wir können beliebig oft, auch wegen Bagatellen zum Arzt gehen, ohne Zuzahlungen, immer sofort, am besten gestern. Das mag im letzten Millennium nach Gründung der Bundesrepublik angemessen gewesen sein, kann auf Dauer aber nicht funktionieren.

Menschen ihre Privilegien zu nehmen, ist immer ein schwieriger Akt. So wie wir derzeit von der Politik auf einen kalten Winter mit Waschlapen statt Duschen vorbereitet werden, wird es irgendwann auch mit der Gesundheitsversorgung sein, wenn wir jetzt nicht handeln. Ich sage voraus, dass dies in absehbarer Zeit neben Klimawandel, Energiekrise und Frieden eines der vorherrschenden Themen sein wird. In Talkshows wird diskutiert werden, dass das – wie die Klimaentwicklung auch – alles vorhersehbar gewesen sei, aber politisch ignoriert wurde. Politikerinnen und Politiker wollen Wählerinnen und Wähler nicht verprellen und sie wollen ein sozial gerechtes System. Keiner möchte hier eine Zweiklassenmedizin oder US-amerikanische Verhältnisse. Aber genau das wird unvermeidbar sein, wenn wir jetzt nicht gegensteuern.

Das Problem der Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems ist natürlich bekannt. Um auch künftig alle zumindest Schwerkranken zu behandeln und am medizinischen Fortschritt teilhaben zu lassen, braucht es einen ganzen Strauß



Mit dem aktuellen Gesundheitssystem lassen sich altersassoziierte Krankheiten wie Demenz zukünftig nicht mehr ausreichend versorgen.

an Maßnahmen. Hecken hat in diesem Zusammenhang einige Stichworte geliefert. So sprach er sich für eine stringente Nutzen- und Methodenbewertung aus und er fordert ein stärkeres Augenmerk auf Diagnose- und Indikationsqualität. Dies ist verständlich.

Wir werden es uns künftig weder leisten können, fragwürdige Behandlungen solidarisch zu finanzieren, noch jeden mit einem Ziehen in der Brust einer Herzkatheteruntersuchung zu unterziehen, noch jeden Älteren mit Verschleiß im Hüftgelenk einer Endoprothetik zuzuführen. Weiterhin sprach sich Hecken für eine gemeinsame Betrachtung ambulanter und stationärer Bedarfsplanung aus. Es gibt inzwischen auch zahlreiche Gutachten zu dem Thema, über die wir auszugsweise schon berichtet haben (Bertelsmann-Gutachten, Leopoldina). Ein Schlagwort kommt von allen Gutachtern und Experten regelmäßig an dieser Stelle zum Tragen: die Ambulantisierung. Auch im Koalitionsvertrag der aktuellen Ampelkoalition ist es Thema. Hier wird konkret die Bildung von sogenannten Hybrid-DRGs erwähnt.

Wie reagiert die Politik?

Gesundheitspolitik ist eigentlich ein unmögliches Unterfangen, weil es mit begrenzten Ressourcen und wachsenden Anforderungen die unterschiedlichen Interessenlagen von Krankenkassen, Krankenhäusern sowie Vertragsärztinnen und -ärzten berücksichtigen und vor allem für die Wählerinnen und Wähler wirksame politische Entscheidungen treffen muss. Ein paar Beispiele der Vergangenheit sollen dies beleuchten.

Unser heutiger Gesundheitsminister war im Jahr 2004 bei der Einführung der DRGs in Deutschland maßgeblich beteiligt. Es war aber bereits damals absehbar, dass die Versorgung kranker Menschen nicht einer kapitalistischen Wettbewerbsdynamik ausgesetzt werden kann. Die Folgen waren vorhersehbar: Auf der Kostenseite wird gespart, vor allem am Personal. Auf der Einnahmeseite besteht ein Anreiz zur Ausweitung gut bezahlter Leistungen, eine Patienten- und Bedarfsorientierung hat hier keinen Platz. Das kann Krankenhausträgern nicht zum Vorwurf gemacht werden, wohl aber der Po-



Die Versorgungsstrukturen sind in Deutschland historisch gewachsen. Doch begrenzte Ressourcen stehen einem unbegrenzten Leistungsversprechen der Politik gegenüber.

litik, die diese Rahmenbedingungen gesetzt hat. Ausgerechnet der derzeitige Gesundheitsminister möchte nun diese Dynamik zurückdrehen und neue Vergütungsmuster vorschlagen. Der Brandstifter wechselt zur Feuerwehr. Das ist überhaupt ein Merkmal politischen Handelns: Reduziert auf einzelne Faktoren scheinen einzelne Maßnahmen politisch sinnvoll, die Auswirkungen auf das gesamte System werden aber nicht wahrgenommen. Dabei sind die Folgen vorhersehbar. Und dies ist der eigentliche Vorwurf an die Politik: Auch politisch Verantwortliche sind nicht allwissend und allmächtig. Das sind Ärztinnen und Ärzte auch nicht. Deshalb evaluieren wir medizinisches Handeln, werten Daten aus, konsentieren Handlungsempfehlungen auf der Grundlage von Evidenzen und aktualisieren sie, wenn neue Evidenzen vorliegen, dem Regelwerk nach unter weitgehender Elimination von Partialinteressen oder Offenlegung von möglichen Interessenkonflikten wie etwa bei der Leitlinienentwicklung. Warum ist dies kein Vorbild für politisches Handeln?

Immer wieder müssen wir sehen, dass schnell ein neues Gesetz verabschiedet wird, meistens mit euphemistisch klingenden Namen, mit dem sich die Ministeriumsleitung brüstet. Dabei sind nicht nur unerwünschte Folgen und Effekte vorhersehbar, was man in der Gesetzgebung hätte berücksichtigen und damit verhindern können, es erfolgt auch keine

Evaluation, die eine Korrektur ermöglichen würde.

Politische Maßnahmen brauchen klare Ziele

Politik gibt sich an dieser Stelle unfehlbar; zum Nachteil der Bürgerinnen und Bürger. Eine Evaluation wäre ein Leichtes. Es dürfte aber kaum ein Interesse der Politik daran bestehen, weil es Irrtümer transparent machen würde. Es sei der Politik nachzusehen, dass es keine Kultur des Umgangs mit politischen Fehlern gibt, weil sich die politische Gegenseite und die Medien mit Genuss darauf stürzen würden. Das muss sich ändern. Auch politische Maßnahmen sollten klare Ziele verfolgen. Die Ziele sollten eindeutig formuliert sein und der Erfolg einer Maßnahme muss sich an Daten messen lassen, damit Korrekturen möglich sind, ohne dass es das politische Aus der Protagonistinnen und Protagonisten bedeutet. Wir können es uns einfach nicht mehr leisten, unausgereifte Gesetze zu verfassen, die ungeprüft ihre auch negative Wirkung entfalten, damit eine Politikerin, ein Politiker oder eine Partei nicht das Gesicht verlieren. Hier muss das kollektive Interesse vor den jeweiligen Interessen, auch der Partei, stehen.

Terminvergabe: Neues Gesetz – gerechtere Versorgung?

Nehmen wir das Beispiel Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG):

Im Jahr 2019 wurde ein Gesetz verabschiedet, das eine Gleichbehandlung gesetzlich und privat versicherter Personen bei der Terminvergabe herstellen sollte. Hier war immerhin ein Ziel formuliert. Die Idee war, dass Termine in dringlichen Fällen schneller vergeben werden, Anreize für die Aufnahme von Neupatientinnen und -patienten geschaffen werden und anderes. Diesen Überlegungen liegen explizit oder implizit die Annahmen zugrunde, dass es ein Problem bei der Vergabe von Terminen bei Fachärztinnen und -ärzten gibt, und dass privat Versicherte bei der Terminvergabe bevorzugt werden. Letzteres kann durchaus sein. Ob das zu ei-

nach medizinischen Gesichtspunkten gewichten könnten. Der jetzige Minister hat das als großen Erfolg zur Gleichbehandlung verkauft.

Ist das System damit besser geworden? Wohl kaum. Dafür ist der bürokratische Aufwand und die Regelungstiefe größer geworden. Anders verhält es sich mit Neupatientinnen und -patienten und Patientinnen und Patienten für die offene Sprechstunde. Diese sind tatsächlich sehr viel aufwändiger in der Behandlung. Wir müssen deutlich mehr personelle, diagnostische, zeitliche und organisatorische Ressourcen vorhalten. Nicht wenige Praxen entscheiden daher, keine Neupatientinnen und -patienten

» Wenn Lauterbach also jetzt an Fakten vorbei einfach Behauptungen in den Raum stellt, die durch nichts zu beweisen sind, wird einem einmal mehr bewusst, dass man Teil einer postfaktischen Gesellschaft geworden ist. «

nem Problem in der Versorgung gesetzlich Versicherter führt, ist dabei nicht formuliert und welcher Art dieses Problem ist, beziehungsweise ob es durch das Gesetz behoben werden soll, blieb im Dunkeln.

Wie hat sich das Gesetz ausgewirkt?

Das Fazit ist gespalten, einerseits in der Tat positiv, andererseits fraglich. Fangen wir mit dem Fraglichen an: Aus meiner Praxis kann ich berichten, dass die Patientinnen und Patienten, die mit einer Notfallüberweisung über die Termin-Servicestelle (TSS) vermittelt werden, meistens Bagatellbeschwerden haben, die schon länger bestehen. Nur selten sind Erkrankte mit einer gewissen Dringlichkeit dabei. Die „echten“ Notfallpatientinnen und -patienten kommen ohnehin direkt zu uns und die behandeln wir natürlich auch. Die TSS-vermittelten Personen waren nur so „clever“, sich einen rascheren Termin zu verschaffen. Der Nebeneffekt ist aber, dass die Wartezeit für die anderen Patientinnen und Patienten sich nach hinten verschiebt. Der Vorteil des Einen ist der Nachteil des Anderen, ohne dass wir das

mehr zu nehmen. Aus Sicht der Sicherheit ist das kein zulässiges Verhalten, aus betriebswirtschaftlicher Sicht allerdings vernünftig. Es ist daher richtig und notwendig, Anreize für die Aufnahme von Neupatientinnen und -patienten zu schaffen. Genau dieser Teil des TSVG wurde nun von Gesundheitsminister Karl Lauterbach mit dem GKV-Finanzstabilisierungs-Gesetz zurückgenommen mit dem Argument, dass es sich nicht bewährt habe. Doch gerade dieser Teil des TSVG hat sich aber bewährt, wie die Daten der KBV zeigen. Evidenzen liefert Lauterbach nicht. Dies enthält eine Tragik und bietet Anlass zu großer Sorge.

Terminproblem bleibt weiterhin bestehen

Karl Lauterbach war nicht unbedingt immer der beliebteste Politiker der Republik, auch oder insbesondere nicht bei Ärztinnen und Ärzten. Dies hat sich in der COVID-19-Pandemie jedoch deutlich geändert. Vor allem durch sein Fachwissen und durch einen fast unermüdlichen Eifer, sich in die Datenlage einzudenken und diese fast täglich in Talk-Shows den Mitmenschen zu erklä-

ren, hat er einen enormen Imagegewinn verzeichnen können. Nicht nur Kompetenz und Arbeitseifer, sondern auch die Orientierung an den Evidenzen und nicht an Parteiinteressen, haben dazu maßgeblich beigetragen.

Pandemien eignen sich nicht für eine parteipolitische Positionierung. Wenn Lauterbach also jetzt an Fakten vorbei einfach Behauptungen in den Raum stellt, die durch nichts zu beweisen sind, wird einem einmal mehr bewusst, dass man Teil einer postfaktischen Gesellschaft geworden ist. Weil aber an der Realität nicht vorbeizukommen ist und das Terminproblem bei Fachärztinnen und -ärzten sowie das Problem der Neupatientinnen und -patienten weiter besteht, wird an einer neuen Lösung gearbeitet. Demnach bekommt der Hausarzt 15 €, wenn er es schafft, eine Patientin oder einen Patienten notfallmäßig zu vermitteln. Mit anderen Worten: Die Züge sind maximal voll, was für Zugpersonal und Beförderungsbedürftige eine kaum zumutbare Situation darstellt. Statt Züge aufzustocken liegt die Problemlösung darin, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auf dem Bahnsteig ein Kopfgeld zu zahlen, wenn es ihnen gelingt, noch einen Fahrgast in den Zug zu stopfen.

Strukturreform statt Flickwerk

In Anbetracht der gewaltigen Herausforderungen sind das aber alles eher Nebenkriegsschauplätze und es wird an eher kleinen Symptomen herumgedoktort. Treffend auch die Worte von Jens Baas, Chef der Techniker Krankenkasse und selbst Arzt: „Das Gesetz ist wie ein Pflaster auf einem Tumor.“ Wir brauchen eine umfassende, kausal wirksame Reform des Gesundheitssystems insgesamt – der Gesundheitsminister ist unter Zugzwang. Im Koalitionsvertrag ist die Einführung von Hybrid-DRGs vorgesehen. Dem vorgeschaltet hat er bereits eine andere Maßnahme angekündigt, quasi als Vorstufe: die Tagesbehandlungen in den Kliniken. Demnach sollen Kliniken die Möglichkeit bekommen, Erkrankte auch ambulant in Form von Tagesbehandlungen versorgen zu können. Die Übernachtung fiele dann weg. Der Minister stellt das nach außen insofern

euphemistisch dar, als dass er dies als Vorteil der Kliniken darstellt. Immerhin erweitern die Kliniken ihre Behandlungsmöglichkeiten und können Personal für die Nacht einsparen, die dann für eine bessere Versorgung der Patientinnen und Patienten zur Verfügung stünden.

Das Ziel dieses Vorgehens ist aber natürlich ein anderes, nämlich Krankenhausbetten beziehungsweise stationäre Behandlungen zu reduzieren. Zweifels- ohne wird dann die um die Übernachtung reduzierte Behandlung nicht voll vergütet, sondern mit Abschlägen versehen werden. Und die Tagesbehandlungen dürfen lediglich als Ersatz für ansonsten stationär erbrachte Leistungen fungieren, keinesfalls als zusätzliche Behandlung. Letzteres wäre natürlich Öl ins Feuer der Kostenentwicklungen. Das wird man zu unterbinden wissen. Am Ende wird also ein gewisser Druck auf die Kliniken ausgeübt, beziehungsweise ein Wettbewerb um neue Versorgungsformen angefacht. Das wird sich durch die Einführung der Hybrid-DRGs nochmal verschärfen. An einem Bettenabbau in Deutschland wird also keine Strukturreform vorbeikommen. Auch die Sektorengrenzen werden bei künftigen Reformen so kaum aufrechterhalten werden können.

Was bedeutet das für die Neurologie?

In den Diskussionen rund um dieses Thema wechseln sich Hoffnungen auf neue Versorgungsmöglichkeiten und die Angst vor mehr Konkurrenz der Sektoren ab. Niedergelassene haben die Sorge, dass die Kliniken jetzt die ambulante Versorgung mit übernehmen, Kliniker haben die Sorge, dass Niedergelassene jetzt vermehrt stationärsersetzende Leistungen erbringen könnten. Diese Sorgen sind verständlich in unsicheren Zeiten. Es gibt jedoch viel Anlass zu der Einschätzung, dass diese Suppe für die Neurologie keinesfalls so heiß gegessen wird, wie sie vielleicht demnächst gekocht wird.

Was die Hoffnungen anbetrifft: Wir sollten uns nicht der Illusion hingeben, dass mit dem Aufbrechen der Sektorengrenzen zusätzliche Ressourcen bereitgestellt werden. Das wird die Politik schon zu verhindern wissen. Was die Sorgen anbelangt, so bleibt festzustellen, was wir alle schon wissen: Der Bedarf an neurologischen Behandlungen wird unsere Möglichkeiten auch in der Zukunft übersteigen. Wir sollten uns daher gemeinsam, in Klinik und Niederlassung, für eine patientenorientierte Versorgung einsetzen, die diesen Namen auch verdient. Denn dafür sind wir

angetreten, deshalb sind wir Ärztinnen und Ärzte. Wir sind primär einer guten Patientenversorgung verpflichtet und nicht primär der Rendite von Klinikkonzernen. Gleichwohl müssen auch die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen stimmen, sonst konterkariert dies eine gute Versorgung und schafft Fehlanreize. Es braucht eine echte Allianz zwischen medizinischem und betriebswirtschaftlichem Sachverstand. In diesem Sinne gibt es viel zu tun und es lohnt sich, dafür gemeinsam zu kämpfen.

Mit ideologischen Grabenkämpfen ist weder uns geholfen, noch den Patientinnen und Patienten. Wir sollten uns daher bei der Suche nach guten Lösungen unser medizinisches Knowhow und unser Erfahrungswissen einbringen und uns einer Diskursethik verbunden fühlen. Dafür setzen wir uns berufspolitisch ein und laden Vertreterinnen und Vertreter aller Versorgungsbereiche ein. Der BDN hat sich von je her einer konsensgetragenen Arbeitsweise verpflichtet und gemeinsame Arbeitsgruppen für neue Versorgungsformen, aktuell für die „Ambulante spezialfachärztliche Versorgung“ (ASV) für Multiple Sklerose oder für die Entwicklung von Hybrid-DRGs gebildet.

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich

Save the Date!

ZNS Tage 2023

Die Jahrestagung

Hybridveranstaltung



23. – 25.03.2023

im Steigenberger Hotel Köln

Die Weihnachtszeit steht vor der Tür – doch das Fortbildungsjahr 2023 wirft seine Schatten voraus. Planen Sie schon heute Ihre Fortbildungstage vom 23. bis 25. März 2023 in Köln!

Aufgrund der guten Resonanz wird der Kongress erneut als Hybridveranstaltung angeboten. Nutzen Sie vor Ort in Köln die Möglichkeit, sich mit Kolleginnen und Kollegen praxisnah auszutauschen und zu ganz verschiedenen Thematiken ein Update zu erhalten und melden Sie sich direkt an unter



<https://www.diaplan.de/bdn/>

Wir freuen uns auf Sie!

Zukunft der Berufsverbände

Erste Weichenstellungen greifen

Die drei Berufsverbände BVDN, BDN und BVDP setzen sich für die Interessen und Belange der psychiatrisch und neurologisch tätigen Ärzteschaft ein. Im Gespräch mit der jungen Generation stellen wir fest, dass diese sich meist ausschließlich in einer Neurologie- oder Psychiatrie-Umgebung bewegt und die tradierte Einheit im „Nervenarzt“ als ungewöhnlich empfindet. Was bedeutet dies für die Zukunft der Verbände?

Im Sommer 2022 erschien im NeuroTransmitter ein Artikel zur Zusammenarbeit der drei Berufsverbände BVDN, BDN und BVDP, in dem die Bedeutung des Zusammenhalts der Fachgruppe der „Nervenärzte“ und damit der Fächer Neurologie, Psychiatrie und Nervenheilkunde dargestellt wurde [NeuroTransmitter 2022;33(6):10–12]. Mehr und mehr kommt jedoch die Frage nach der Zukunft der Berufsverbände auf. Gerade auf den Kongressen der wissenschaftlichen Fachgesellschaften, auf denen wir viele Gespräche mit der jungen Generation führen, merken wir, dass der Begriff „Nervenarzt“ nicht mehr identitätsstiftend ist. Die meisten sind Neurologin/Neurologe oder Psychiaterin/Psychiater und suchen nach einer berufspolitischen Heimat, die diese Bezeichnungen abbildet. Deshalb sind vor mehr als 20 Jahren der Berufsverband Deutscher Neurologen (BDN) und der Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP) gegründet worden. Als in der Berufspolitik Aktive werden wir nicht müde zu erläutern, wie wichtig der Zusammenhalt der Fachgruppen im Auftritt innerhalb der Landes-KVen und weiterer Landesgremien ist. Aber kommen diese Botschaften bei allen Kolleginnen und Kollegen an?

Generationswechsel

Wir erleben wie alle vertragsärztlichen Disziplinen einen Generationswechsel in den Praxen und befürchten, dass die uns Nachfolgenden den Versorgungsalltag ganz anders und weniger intensiv organisieren will als wir das aktuell tun. Sie streben kaum nach Eigenverantwortung durch die Übernahme einer Praxis. Viele der Jüngeren wollen sich ausschließlich mit fachlichen Themen beschäftigen

und freuen sich über die Möglichkeit, angestellt zu arbeiten. Mit diesen Kolleginnen und Kollegen müssen wir im Gespräch bleiben und dies gelingt vor allem über den Fachaustausch.

Eine spezielle Problemkonstellation in unseren Fachgebieten stellt die seit den 1990er-Jahren erheblich veränderte Weiterbildungsordnung dar. Die Facharztbezeichnung „Nervenheilkunde“ kann nicht mehr erlangt werden. Heutzutage wird jemand in aller Regel entweder Fachärztin/Facharzt für Neurologie oder für Psychiatrie und Psychotherapie. Der Wandel bildet sich mit Verzögerung in der vertragsärztlichen Versorgung bei der Übernahme von Arztsitzen ab. Hierbei verändert sich oftmals das Versorgungsangebot. Es kann passieren, dass eine schwerpunktmäßig psychiatrisch versorgende Praxis eines Nervenarztes an eine Neurologin abgegeben wird und diese das Angebot neurologischer Diagnostik und Behandlung modern erweitert, Menschen mit psychischen Erkrankungen sich aber eine neue ärztliche Anlaufstelle suchen müssen. Gleiches gilt für die spiegelbildliche Konstellation bei Übernahme durch einen jungen Psychiater. In solchen Fällen kommt es zu erheblichen Änderungen der Versorgungsangebote in einer Region und nicht immer ist es in den vergangenen Jahren gelungen, die Vergabe der Praxen ausgewogen zugunsten einer umfassenden neurologischen und psychiatrischen Versorgung zu gestalten.

Berufspolitik für Neurologie und Psychiatrie

Vonseiten der Bundesvorstände wollen wir die berufspolitische Arbeit gemeinsam im Schulterschluss von Neurologie

und Psychiatrie aber auch spezifisch und fachlich fundiert für jedes Fachgebiet gestalten. Ein wichtiger Schritt dorthin war die Besetzung des BVDN-Bundesvorstandes mit einer Doppelspitze: Dr. Klaus Gehring für den Bereich Neurologie und Dr. Sabine Köhler für den Bereich Psychiatrie. Wichtig für zukunfts-fähige Entscheidungen in der Einheit der Fachbereiche war auch eine Etablierung der Beisitzer von BDN und BVDP im BVDN-Vorstand und umgekehrt der BVDN-Vertreter in den Vorständen von BDN und BVDP. Gemeinsam haben wir Projekte gestartet, die vor allem die junge Generation ansprechen. Die intensivierte digitale Kommunikation und Information hat in den Pandemiejahren dazu geführt, dass wir die Kolleginnen und Kollegen tatsächlich erreichen konnten und nach vielen Jahren der Ausdünnung erstmals einen Zuwachs bei der Mitgliederzahl verzeichnen können. Es wird aber deutlich, dass sich neue Mitglieder hauptsächlich von den „Einzel“-Verbänden BDN und BVDP werben lassen. Nach ausführlicher Erläuterung der Bedeutung des BVDN mit seinen Landesverbänden tritt die große Mehrzahl diesem dann oft ebenfalls bei.

Ein Blick auf die Altersstruktur verdeutlicht, dass wir in den kommenden Jahren einen erheblichen Mitglieder-rückgang insbesondere im BVDN zu erwarten haben (Abb. 1). Erfreulich sind dagegen die Zuwächse in BDN und BVDP (Abb. 2). Wir müssen uns also fragen, wie es mit dem BVDN weitergeht.

Zukunftsvision?

Noch vor zehn Jahren erschien es uns absurd, dass junge Ärztinnen und Ärzte die Bezeichnung „Nervenarzt“ nicht zu-

ordnen können. Nun erleben wir dies sehr häufig. Aus diesem Grund haben einzelne BVDN-Landesverbände bereits über eine Änderung des Namens nachgedacht, der dann nicht mehr den Begriff „Nervenarzt“ enthalten soll, sondern die Begriffe „Neurologie“ und „Psychiatrie“. Ein Namenswechsel will jedoch gut überlegt sein, denn der BVDN ist unter der Generation der aktuellen (Berufs-) Politiker eine eingeführte Marke.

Wofür stehen dann aber die Verbände BDN und BVDP, die bereits von und für die Neurologinnen und Neurologen sowie Psychiaterinnen und Psychiater gegründet wurden? Entstehen hier Doppelstrukturen, die Kräfte binden?

In den BVDN-Landesverbänden wird für den BVDN teilweise die Bezeichnung „Dachverband“ benutzt. Das trifft zwar formal nicht zu, kommt der künftigen Funktion des Verbandes aber wohl nahe. Unter dem Dach des BVDN werden die Informationen aus den vertragsärztlichen Versorgungsbereichen der Neurologie und Psychiatrie zusammengetragen und die berufspolitische Arbeit für beide Fachgebiete wird koordiniert. Ausführende auf Bundesebene sind die Einzelverbände BDN und BVDP, Akteure auf Landesebene sind die Kolleginnen und Kollegen aus Neurologie und Psychiatrie, die in den BVDN-Landesverbänden zusammenarbeiten.

Finanzierung unserer Arbeit

Drei Verbände – ein Beitrag. Mit diesem Slogan werben wir für die Mitgliedschaft in allen drei Verbänden. Derzeit existiert ein komplexes Rechenverfahren, das die Gelder auf die drei Verbände sowie alle 17 Landesverbände aufteilt. Dabei wird berücksichtigt, dass besonders kleine Verbände durch die Zusage eines „Sockelbeitrages“ eine gute Arbeitsgrundlage haben. Für Präsenzveranstaltungen der Berufsverbandsmitglieder und den Informationsfluss anlässlich solcher Zusammenkünfte wird tatsächlich ein hoher Betrag im Lande benötigt. Allerdings zeigte sich bereits vor der Pandemie, dass in einigen Landesverbänden Reserven entstanden sind.

Die vergangenen drei Jahre haben deutlich gemacht, wie wichtig dem ärztlichen Nachwuchs moderne Kommunikations- und Informationsformate sind.

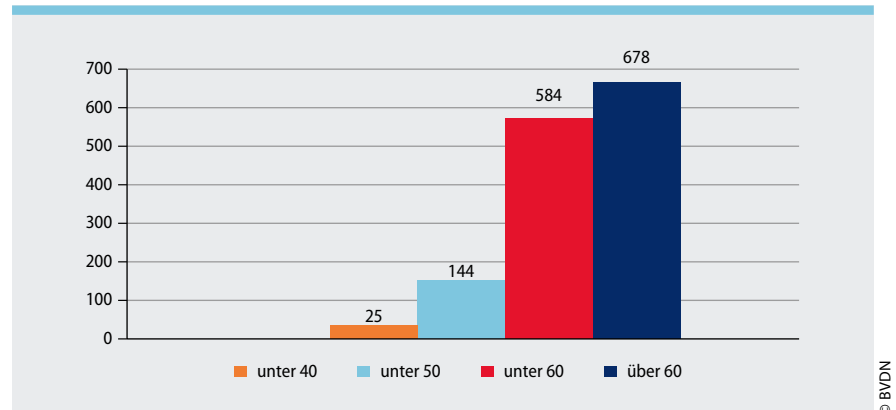


Abb. 1: Altersstruktur im BVDN

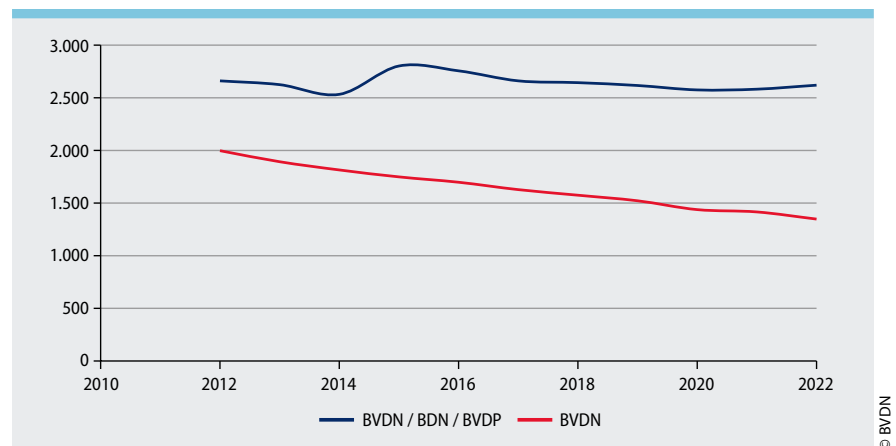


Abb. 2: Entwicklung der Zahl der Mitglieder im BVDN und aller drei Verbände im Vergleich im Zeitraum 2012 bis 2022

Die durch die Bundesverbände auf den Weg gebrachten Informationsformen (überarbeitete Webseiten, Newsletter, Info-App Cortex DIREKT usw.) sowie die Vielzahl der Webinare hat zu zahlreichen Eintritten in die Berufsverbände geführt. Diese Angebote wollen wir ausbauen und weiterentwickeln. Dafür müssen entsprechende personelle Ressourcen in der Berliner Geschäftsstelle zur Verfügung stehen.

Es ist also ein Spagat notwendig: Die berufspolitische Arbeit im Bundesland durch den Landesverband muss ausreichend finanziert sein und die Arbeitsfähigkeit der Geschäftsstelle mit moderner Informationskultur über alle drei Verbände oder die beiden Verbände unter einem „Dachverband“ möglich sein. Dafür wurden in diesem Jahr die Verteilungsregelungen der Beiträge etwas ver-

ändert und wir sind froh, dass damit die Arbeitsfähigkeit sowohl in Berlin als auch in allen Landesverbänden gesichert ist.

Zur weiteren Zukunftsgestaltung freuen wir uns über Ihre Anregungen und Ideen!

AUTORIN

Dr. med. Sabine Köhler

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



Neues aus dem Landesverband Mecklenburg-Vorpommern

Stabilität im und durch Wandel

Der Landesverband Mecklenburg-Vorpommern berichtet über Veränderungen durch die Digitalisierung, neue Richtlinien und Wahlen der Vorstandsmitglieder.

In den beiden vergangenen Jahren gab es bei aller Dynamik der Ereignisse in der Welt und im Land keine schwerwiegenden Veränderungen. Natürlich kam es durch die COVID-19-Pandemie zu Einschränkungen im Praxisalltag sowie bei Haus- und Heimbisuchen. Einige Kolleginnen und Kollegen oder ihre Mitarbeitenden erkrankten an der Infektion, zum Glück meist ohne gravierende Folgen. Große Verwerfungen oder Einbußen beim Honorar gab es in unseren Fachgruppen in dieser Zeit nicht. Einige von uns beteiligten sich auch aktiv an der Impfkampagne.

Holpriger läuft es dagegen bei der von der Politik initiierten und unzureichend vorbereiteten Digitalisierung. Bis heute gibt die Umsetzung kein gutes Bild ab und den meisten Beteiligten bringt sie

noch wenig Nutzen. Es ist unserem BÄK-Präsidenten, Dr. Klaus Reinhardt, zuzustimmen, der im Deutschen Ärzteblatt kritisierte: „Es fehlen für eine erfolgreiche Digitalisierung im Gesundheitswesen ein politischer Ordnungsrahmen und eine versorgungsorientierte Strategie“ [Dtsch Arztebl 2021;118(35-6):A-1562]. Trotzdem bemühten sich die Kolleginnen und Kollegen alle bisher zur Verfügung stehenden Module zu installieren, auch wenn es immer wieder Stolpersteine gab (z. B. Fehler beim Einlesen der neuen Krankenkassenkarten [G 2.1]).

MSnetWork läuft gut an

Bei der Durchführung der berufspolitischen Aktivitäten wick der Vorstand auf regelmäßige Telefonkonferenzen aus, jedoch konnten ab Sommer 2021 verein-

zelt auch wieder Fortbildungsveranstaltungen in Präsenz organisiert werden. Diese waren alle gut besucht und wir konnten neue Mitglieder gewinnen. Nach der schwierigen Startphase läuft das Projekt MSnetWork auch in Mecklenburg-Vorpommern, wie in den anderen beteiligten Regionen, nun erfolgreich an, nicht zuletzt aufgrund des Einsatzes von BDN-Landessprecherin Dr. Katrin Hinkfoth. Die neuen Möglichkeiten, die sich durch die KSV-Psych-Richtlinie ergeben, sind angesichts der Anforderungen und Voraussetzungen in unserem dünn besiedelten Land mit großen Entfernungen nur schwer zu nutzen. So gibt es nach wie vor nur eine punktuelle ambulante psychiatrische Pflege und keine Soziotherapie. Wie sich die Zusammenarbeit mit den Kliniken sowie



Durch eine Teilnahme an den Wahlen der Vorstände kann jeder seinen Teil zur Gestaltung der Rahmenbedingungen im Berufsalltag beitragen.

Psychotherapeutinnen und -therapeuten gestalten wird, müssen wir abwarten. Unsererseits werden wir weiterhin entsprechende Kontakte suchen.

Frühjahrstagung mit Mitgliederversammlung

Auf der zwangsweise zweimal verschobenen Frühjahrstagung in Waren (Müritz) am 9. April 2022 konnten wir unsere Neumitglieder begrüßen. Zusätzlich zu den wissenschaftlichen Vorträgen fand ein reger Austausch untereinander statt und am Abend gab es in gewohnter Weise ein fröhliches Beisammensein. Alle Teilnehmenden einschließlich der Referierenden sowie Sponsoren waren über die Fortsetzung unserer Tradition erfreut.

Bei der Abstimmung über einen angepassten Seniorbeitrag für alle Neuseniorinnen ab dem Jahr 2023 (120 €), die einem Beschluss auf der letzten Länderdelegiertenversammlung (LDV) in Köln folgte, wurde eine Erhöhung knapp abgelehnt. Es bleibt also bei den derzeitigen 60 €. Wir werden hierzu sicherlich neue Überlegungen und Diskussionen führen müssen. Ziel sollte eine bundeseinheitliche Beitragsregelung sein, um unsere Berufsverbände gemeinsam stark aufzustellen. Wesentliche Regelungen im EBM erfolgen auf Bundesebene zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband, nicht auf Landesebene. Unser Bundesvorstand ist jedoch über den Spitzenverband ZNS gut mit den Entscheidungsträgern vernetzt, sodass bei grundsätzlichen Veränderungen eine Beteiligung unserer Vertreterinnen und Vertreter möglich ist.

In diesem Jahr fand turnusgemäß die Wahl des Vorstandes statt. Der scheidende Vorsitzende Ramon Meißner bedankte sich bei den Mitgliedern des alten Vorstandes für die gute Zusammenarbeit. Der Vorstand eines Vereins braucht aber auch Veränderungen durch Verjüngung und neue Impulse, um nicht in Monotonie und Routine zu verfallen. Einige weitere Vorstandsmitglieder schieden nach langjähriger aktiver Mitarbeit ebenfalls aus oder übernahmen eine andere Funktion, neue Mitglieder konnten gewonnen werden. Mit dem jetzigen Vorstand ist der Mitgliederversammlung wohl die Wahl einer hoffungsvollen

Mischung aus Erfahrung und Erneuerung gelungen. Auch blieb eine regional und neurologisch-psychiatrisch breite Aufstellung erhalten, neue Vorsitzende ist Dr. Heike Kumpke aus Wismar.

Auf unserer Landesseite der BVDN-Homepage finden Sie zukünftig alle relevanten Informationen, unter anderem Termine für die regionalen Fortbildungszirkel in Crivitz (seit November in Schwerin), Neetzow und Rostock, die Frühjahrstagungen und Herbstversammlungen sowie die Ansprechpartnerinnen und -partner im Land, nebst der Beitragsordnung und Satzung.

Wahlen für die KV-MV und ÄK-MV

Bei den Wahlen zur Vertreterversammlung (VV) im Juni kandidierten drei Mitglieder unserer Berufsverbände auf einer gemeinsamen landesweiten Facharztliste. Auch wenn niemand von uns in die VV gewählt wurde, so schafften es die Fachärztinnen und -ärzte erstmalig, die Mehrheit in der VV zu gewinnen. Außerdem wurde Dr. Katrin Hinkfoth in den Beratenden Ausschuss des Vorstandes für die fachärztliche Versorgung berufen.

Bei der Wahl zur Kammerversammlung im November (nach Redaktionsschluss) kandidierten sieben Kolleginnen und Kollegen aus unseren Fachbereichen, wovon zwei Weiterbildungsassistenten und drei Mitglieder in unserem Berufsverband sind.

Mit der Wahl dieser Selbstverwaltungsorgane haben wir die Chance, trotz diverser externer Regelungen durch den Gesetzgeber, unsere Arbeitsbedingungen in großen Bereichen selbst zu gestalten. Das betrifft zum Beispiel Arbeitszeit und -ort, Interessenschwerpunkte, Qualitätsansprüche, Weiter- und Fortbildung, Zusammenarbeit, Schaffung eines Versorgungswerkes und andere. Wir sollten uns die Freiberuflichkeit durch eine rege Teilnahme an den Wahlen erhalten. Die Begehrlichkeiten in der Politik zur Regulierung unserer ureigenen Interessen sowie das geringe Verständnis in der EU dafür sind oft zu spüren. Auch wenn Begriff und Inhalt der Freiberuflichkeit nicht scharf definiert sind, so steht dennoch in unserer Berufsordnung (§ 1): „Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe. Er ist seiner Natur nach ein

freier Beruf.“ Damit sind alle, gleich ob selbstständige, angestellte oder verbeamtete Ärztinnen und Ärzte gemeint, so wie es unser BÄK-Präsident anlässlich der Festveranstaltung zum 75. Jubiläum der BÄK in Berlin am 6. Oktober 2022 formulierte: „Die medizinisch-fachliche Weisungsfreiheit aller Ärztinnen und Ärzte und ihre im ärztlichen Berufsrecht verankerte Verpflichtung zur Übernahme persönlicher Verantwortung für das Wohl der Patientinnen und Patienten ist (...) Grundvoraussetzung für eine gute Patientenversorgung. (...) Trotz zunehmender staatlicher Einflussnahmeversuche können wir immer noch wichtige Rahmenbedingungen unserer Berufsausübung selbst gestalten.“ [Dtsch Arztebl 2022;119(41):A-1732] Das sei in hohem Maße sinnstiftend und befriedigend. Mögen wir es uns erhalten!

Termine

Zum Schluss möchten wir auf unsere Frühjahrstagung im neuen Jahr in Hagenwinkel bei Warin in der Nähe von Wismar vom 21. bis 23. April 2023 hinweisen und bereits heute alle einladen. Gäste sind uns stets willkommen – lernen Sie unsere schöne Heimat kennen!

Wir wünschen allen ein friedliches Jahresende und einen guten Start ins neue Jahr.

AUTOREN

Dr. Heike Kumpke

Fachärztin für Neurologie und Fachärztin für Psychiatrie
Mühlenstraße 32
23966 Wismar
heike.kumpke@web.de

Dipl.-Med. Ramon Meißner

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Hinter der Kirche 1a
19406 Sternberg

BVDN-Landesverband Nordrhein

Bekannte und neue Köpfe in Nordrhein

Gleich zwei Wahlen standen in Nordrhein in der zweiten Hälfte des Jahres 2022 an: Neben der Vorstandswahl des Berufsverbands Deutscher Nervenärzte (BVDN) fanden die KV-Wahlen statt. Als Vorsitzender des KV-Nordrhein-Vorstandes wurde der Neurologe und Psychiater Dr. Frank Bergmann bestätigt – unser ehemaliger Vorsitzender des BVDN Bund und BVDN Nordrhein.

Die Vertreterversammlung der KV Nordrhein hat am 24. Oktober 2022 in ihrer konstituierenden Sitzung über den künftigen KV-Nordrhein-Vorstand entschieden. Dabei wurde Dr. Frank Bergmann, bis zum Jahr 2016 Vorsitzender des BVDN-Bundesverbandes und des BVDN-Landesverbands Nordrhein, von den 50 Delegierten einstimmig zum Vorstandsvorsitzenden für die im Januar 2023 neu beginnende sechsjährige Amtszeit wiedergewählt.

„Die vergangenen Jahre unserer Amtsperiode waren vor allem durch die COVID-19-Pandemie sehr anspruchsvoll und haben uns allen einiges abverlangt“, erklärte Bergmann in einer ersten Stellungnahme. „In Summe hatten die Turbulenzen aber auch ihr Gutes: Die ärztliche Selbstverwaltung konnte sich eindrucksvoll beweisen und der Öffent-

lichkeit zeigen, dass sie sich neuen Herausforderungen nicht verschließt, sondern Verantwortung übernimmt und Probleme anpackt“, sagte er. In dieser Hinsicht sei das Wahlergebnis für ihn vor allem auch ein Ansporn: „Die Herausforderungen in der ambulanten Versorgung werden auch in Zukunft nicht weniger“, stellte er fest. Die wesentlichen Aufgaben seien Vergütungsfragen, die Telematikinfrastruktur und die Ambulantisierung.

Darüber hinaus wurde auch der stellvertretende Vorsitzende des KV-Nordrhein-Vorstands, Dr. Carsten König, in seinem Amt bestätigt.

Umfangreiche Unterstützung bei KSVPsych-RL

Der neue KV-Vorstand hat den neurologisch-psychiatrischen Facharztpraxen

bereits umfangreiche Unterstützung bei der Umsetzung der Richtlinie über koordinierte und strukturierte Versorgung für schwer psychisch Kranke mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSV-Psych-RL) zugesichert. Mit dieser Richtlinie wird eine wichtige Versorgungslücke in der Regelversorgung von schwer psychisch Kranken geschlossen.

Der Ausgangspunkt der Richtlinie war die erfolgreiche Umsetzung des Strukturvertrages NPPV (Neurologisch-psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung) mit über 14.000 eingeschriebenen Patientinnen und Patienten. Die Idee einer gestuften Versorgung für Betroffene mit komplexem Behandlungsbedarf stammte von Bergmann und wurde von ihm während seiner Zeit als BVDN-Vorsitzender maßgeblich entwickelt und schließlich durch den Innovationsfond gefördert.

Start KSVPsych-RL in Nordrhein im Oktober 2022

In Nordrhein ist die psychiatrische und psychotherapeutische Komplexversorgung am 1. Oktober 2022 gestartet. Die Zielgruppe der Richtlinie sind Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen.

Kern der ambulanten Komplexversorgung ist eine abgestimmte multiprofessionelle Behandlung mit der Intention, Versorgungsabbrüche zu vermeiden und die Betroffenen bei einem eigenständigen Leben zu unterstützen. Dazu wurden mehrere neue Leistungen für zusätzliche Aufgaben wie die Eingangssprechstunde, die Koordination der Behandlung und die Fallkonferenzen in den EBM aufgenommen.



Sowohl die Vertreterversammlung der KV Nordrhein als auch die BVDN-Nordrhein-Mitgliederversammlung haben jeweils einen neuen Vorstand gewählt.

Neuer Vorstand des BVDN Nordrhein

Der am 14. September 2022 neu gewählte Vorstand des BVDN Nordrhein setzt sich wie folgt zusammen:



Dr. med. Doris Augustin-Reuß, Solingen, Vorsitzende (Psychiatrie)



Jan Schirmer, Köln, Schatzmeister



Prof. Dr. med. Gereon Nelles, Köln, Vorsitzender (Neurologie)



Dr. med. Helmut Christian Weigl, Köln, Schriftführer



Angelika Haus, Köln, stellvertretende Vorsitzende (Neurologie und Psychiatrie)



Dr. Uwe Meier, Grevenbroich, Beisitzer

Die Details des neuen Versorgungsprogramms hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der KSVPsych-Richtlinie geregelt https://www.kbv.de/html/1150_59027.php.

MSnetWork jetzt auch in Nordrhein

Die KV-Nordrhein begrüßt ausdrücklich die Ausweitung des neuen Strukturvertrages MSnetWork. Mit einer sehr vielschichtigen und umfangreichen interdisziplinären Versorgung wird die berufliche und psychosoziale Teilhabe von Betroffenen mit multipler Sklerose gestärkt.

Die Grundlage dafür bilden die Zusammenarbeit mit der Arbeitsmedizin und weiteren Leistungserbringenden unter der Einbeziehung vernetzter Versorgungsangebote, einschließlich umfangreicher Beratungs- und Trainingsangebote. Die Mittel für diesen neuen Behandlungsformen stammen aus dem Innovationsfond.

Das Projekt hat die Verbesserung der Gesundheit und die Verhinderung beziehungsweise Reduzierung der Arbeitsunfähigkeit von chronisch Erkrankten zum Ziel. Im Erfolgsfall werden Arbeitsunfähigkeits- sowie Krankengeldbezugszeiten reduziert. Dadurch erleben chronisch Kranke eine Stärkung ihrer selbstbestimmten Lebensführung und Teilhabefähigkeit.

Die Teilnahme ist für Versicherte aller gesetzlichen Krankenkassen möglich. Weitere Informationen finden Sie auf <https://www.msnetwork.info>.

Neuer BVDN-Vorstand des LV-Nordrhein gewählt

Die BVDN-Nordrhein-Mitgliederversammlung hat am 14. September 2022 ihren Vorstand neu gewählt. Egbert Wienforth hat sich nach 14 Jahren Vorstandstätigkeit und fünf Jahren als Vorsitzender nicht mehr zur Wahl gestellt. Ebenfalls nicht mehr kandidiert hat

Dr. Mike Dahm nach 14 Jahren Vorstandsarbeit in verschiedenen Ämtern und während der letzten fünf Jahre als Schatzmeister. Beiden Kollegen danken wir im Namen aller Mitglieder für ihr besonderes Engagement im BVDN!

Zur neuen Vorsitzenden für den Bereich Psychiatrie wurde Dr. Doris Augustin-Reuß, Ärztin für Neurologie und Psychiatrie aus Solingen, einstimmig gewählt. In ihrer Berufsausübungsgemeinschaft mit drei weiteren Neurologen behandelt sie Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie Betroffene, die gleichzeitig an Erkrankungen aus dem neurologischen und psychiatrischen Fachgebiet leiden.

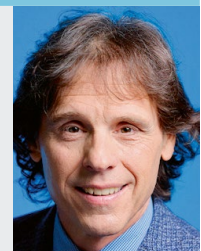
„Die Umsetzung der KSVPsych-Richtlinie zur Verbesserung der Versorgungssituation psychisch schwer kranker Menschen ist mir ein besonderes Anliegen. Ich möchte Sie ermutigen, sich an Netzwerken in Ihrer Region aktiv zu beteiligen. Die in der Richtlinie enthaltenen Möglichkeiten der Vernetzung von ärztlichen und nicht ärztlichen Therapeuten und Therapeutinnen und eine angemessenere Vergütung bieten einen Anreiz, diesen Patientinnen und Patienten eine zeitnahe und leitliniengerechte ambulante Behandlung anzubieten“, erklärte sie. Zum neuen Schatzmeister wurde Jan Schirmer, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie aus Köln, ebenfalls einstimmig gewählt. „Durch meinen psychiatrischen Schwerpunkt fühle ich mich mitverantwortlich, den Vorstand bei der Umsetzung der neuen KSVPsych-Richtlinie zur ambulanten Komplexversorgung zu unterstützen“, sagte er. Alle anderen Vorstandsmitglieder wurden einstimmig in ihren Ämtern bestätigt.

AUTOR

Prof. Dr. med. Gereon Nelles

Neuromed-Campus
Werthmannstraße 1c
50935 Köln

praxis@neuromed-campus.de



Nachgefragt

„Wir müssen Veränderungen nicht nur begleiten, sondern auch aktiv gestalten“

Dr. Frank Bergmann, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie in Aachen, vertritt schon seit Jahrzehnten berufspolitisch Kolleginnen und Kollegen aus Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, unter anderem war er erster Vorsitzender des Berufsverbands Deutscher Nervenärzte (BVDN). Im Jahr 2016 trat er erstmals als Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein an und wurde nun im Oktober 2022 wiedergewählt. Im Gespräch mit dem ersten Vorsitzenden des Berufsverbands Deutscher Neurologen (BDN) Dr. Uwe Meier, Grevenbroich, erklärt er, wie die Schwierigkeiten in der Versorgungslandschaft überwunden werden könnten.

? Lieber Frank, auch an dieser Stelle möchte ich Dir gerne noch einmal zur Wiederwahl zum Vorsitzenden der KV-Nordrhein gratulieren. Abgesehen von meiner Freude darüber, dass ein Vertreter unserer Fachgruppe dieses Amt innehat, möchte ich hier meiner Überzeugung Ausdruck verleihen, dass Du die Wahl mehr als verdient gewonnen hast. Du machst einfach einen sehr guten Job! Dies scheinen auch die Delegierten so zu sehen. Immerhin bist Du einstimmig und

ohne Gegenkandidaten wiedergewählt worden. Das führt mich zu meiner ersten Frage: Du vertrittst als Vorstandsvorsitzender alle Vertragsärztinnen und -ärzte in Nordrhein und als Vertreter der Fachärztinnen und Fachärzte alle Fachgruppen. Ich bilde mir ein, mir in etwa ausmalen zu können, wie schwer es ist, die unterschiedlichen Interessen von Haus- sowie Fachärztinnen und -ärzten, konservativ und chirurgisch tätigen Fachärztinnen und -ärzten, freiberuflich als auch angestellt tätigen Ärztinnen und Ärzten und nicht zuletzt Krankenhausärztinnen und -ärzten mit Ermächtigung in eine gute KV-Politik zu übersetzen. In Deiner Bewerbungsrede vor sechs Jahren und auch bei der Wiederwahl im Oktober 2022 hast Du für „ein offenes, kooperatives, von Diskursethik getragenes Modell der KV“ geworben, bei dem man sich innerhalb der Gremien auseinandersetzt und auf Augenhöhe streitet, aber nach außen geschlossen auftritt. Die Worte haben mich sehr beeindruckt. Wie schwer ist es, eine KV nach diesen Prinzipien zu führen? Hast Du viel mit Widerständen zu tun oder bist Du eher auf eine Bereitschaft oder vielleicht sogar auf ein Bedürfnis gestoßen, sich kooperativ und konsensgeleitet auf eine gemeinsame Politik zu einigen?

Dr. Frank Bergmann: Es ist ein starkes und zentrales Prinzip des Systems „KV“, für einen Interessenausgleich zwischen Ärztinnen

und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten einzutreten. Gleichwohl: Wir haben gerade auch in unserer Fachgruppe viele Jahre erlebt, wie schwierig es tatsächlich sein kann, einen solchen „gerechten“ Ausgleich zu realisieren. Ein aus den unterschiedlichsten Gründen – und das können Partialinteressen sein, aber auch das Bestreben, ebendiese zu verhindern – „angepasster“ EBM erweist sich nicht selten im Detail als sehr sperrig, obwohl in der Konstruktion betriebswirtschaftlich angelegt. Natürlich versucht jede Fachgruppe, für sich optimale Rahmenbedingungen zu erreichen. Für die Interessen ihrer Mitglieder einzutreten, ist auch Aufgabe der Berufsverbände.

Insgesamt registriere ich eine hohe, eher zunehmende Einsicht, dass in der Vertretung unserer gemeinsamen ärztlichen und psychotherapeutischen Interessen nur ein gemeinsames Auftreten „im Schulterchluss“ gegen manches Ansinnen von Politik und Krankenkassen Erfolg verspricht.

? Wie wichtig sind solche ethischen Leitplanken für Dein konkretes Handeln?

Bergmann: Zu den ethischen Leitplanken gehört ganz sicher, dass wir kooperativ denken und handeln, das betrifft vor allem die strategische und politische Ausrichtung unserer Körperschaft, dazu ist ein breiter Konsens unerlässlich. Das schützt im Übrigen auch vor persönlichen Anwürfen und unsachlicher Kritik Einzelner.



© KV Nordrhein

Dr. med. Frank Bergmann, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie in Aachen

? Als Du Dich im Jahr 2016 für das Vorstandsamt beworben hast, hast Du als wichtigste Themen genannt: Honorar, Regresse, Notdienst. In Deiner Rede 2022 hast Du Dich auf diese Rede bezogen und dieselben Themen wieder genannt. Was konnte bereits im Bereich Honorar erreicht werden?

Bergmann: In den Verhandlungen zur Konvergenz und durch weitere Honorarverhandlungen konnten wir das Honorardefizit in Nordrhein in den letzten sechs Jahren deutlich verringern. Die KV Nordrhein nimmt mit einer Honorarsteigerung von knapp 25 % seit 2016 nicht mehr die Schlussposition ein, sondern ist im Mittelfeld platziert.

? Warum ist das Thema Regresse nach wie vor noch aktuell?

Bergmann: Wir erleben immer noch völlig unnötige und teils völlig bizarre Regressforderungen durch eine Rezeptprüfungsstelle in Duderstadt, deren Legitimation wir mittlerweile juristisch klären lassen. Ungeachtet dessen konnten wir – auch durch intensive Unterstützung aus den Reihen der letzten Vertreterversammlung – klare Verbesserungen in den Prüfvereinbarungen erzielen, sodass nun wenigstens in der Zukunft mit einer gewissen Entlastung zu rechnen ist. Aber es steht außer Frage, dass auch hier „work in progress“ das Motto ist und weitere Arbeit in die Reduzierung der Regressverfahren investiert werden muss.

? Wie steht es um den Notdienst?

Bergmann: Beim Thema Notdienst konnten wir in der Vergangenheit sehr gute Fortschritte erzielen, gerade gegenüber der Wahlperiode, die in 2016 endete, sind wir um Lichtjahre weiter: Das Projekt zur Etablierung von Portalpraxen im hausärztlichen, pädiatrischen und fachärztlichen Bereich ist zwar noch nicht abgeschlossen, aber auf der Zielgeraden. Auf Bundesebene sind wir mit unserem Projekt Portalpraxen ebenso wie mit dem Kölner Modellprojekt der Partnerpraxen und der gemeinsamen „virtuellen“ Leitstelle Rettungsdienst Köln/Arztrufzentrale KV Nordrhein beispielgebend.

In der vor uns liegenden Wahlperiode wird es nun insbesondere darum gehen, die Finanzierung des Notdienstes auf neue Füße zu stellen. Der Notdienst, gerade in der Organisationsform von Portalpraxen und in Kooperation mit dem Krankenhaussektor – denn die Portalpraxen befinden sich im Krankenhaus – verlangt in Zukunft eine besondere Finanzierung dieser Vorhaltestruktur. Das können wir nicht weiter allein unseren Mitgliedern aufbürden. Es ist insgesamt eine gerechtere Finanzierung der Notdienstlasten zu fordern und zu erarbeiten. Insofern bleibt das Thema Notdienst eine Herausforderung auch in den kommenden Jahren.

? Das Thema Nachwuchs beschäftigte uns alle sehr: Einerseits, weil die Nachbesetzung von freiwerdenden Kassenarztsitzen schwierig ist, andererseits vor dem Hintergrund, wie wir auch künftig die Versorgung unserer Patientinnen und Patienten sicherstellen können. Weiterbildung ist eine gute Möglichkeit, um den Einstieg von ärztlichem Nachwuchs in die vertragsärztliche Versorgung zu ermöglichen. Was kann die KV hierzu beitragen?

Bergmann: Vor allem im hausärztlichen Bereich haben wir hunderte von Weiterbildungsstellen finanziert, mittlerweile haben wir auch substanziell in die fachärztliche Weiterbildung investiert. Das Thema Nachwuchs wird uns auch in den nächsten Jahren beschäftigen, vor allem die Frage nach der Finanzierung. Bereits mehrfach schon ha-

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.

ben wir dieses Thema in Berlin auf die Agenda der KBV gesetzt.

? *Das Gesundheitssystem steht aufgrund des medizinischen Fortschritts und der demografischen Entwicklung vor gewaltigen Herausforderungen. Die großen Strukturreformen stehen noch aus. Es gibt aber bereits eine Reihe von Ideen, wie zum Beispiel die Delegation ärztlicher*

spiel ambulantes Operieren, Themen der nächsten Jahre.

Darüber hinaus werden andere Kooperationen wie beispielsweise mit den Kommunen, Stichwort Gesundheitskioske, sowie mit anderen Berufsgruppen in Zukunft eine größere Bedeutung beim Thema Sicherstellung erlangen. Dazu gehört im Weiteren – ein ganz wichtiges Thema – die bessere Strukturierung der Versorgung.

»Die ambulante Leistungserbringung im vertragsärztlichen Bereich ist effizient, wohnortnah, von hoher Qualität und an den Patientenbedürfnissen ausgerichtet.«

Leistungen oder die Bildung von Gesundheitszentren. Wie sieht die KV die Entwicklung der Versorgungslandschaft?

Bergmann: Neben den bereits vielfältigen und umfänglichen Beratungsangeboten durch die KV Nordrhein und dem Einsatz hoher finanzieller Mittel wird es am Ende natürlich auch um viele Fragen gehen, etwa der Delegation, der Ausgestaltung und der Zusammenarbeit mit Gesundheitskiosken, wer insbesondere ein MVZ betreibt, und auch, ob an der einen oder anderen Stelle die KV Nordrhein Eigeneinrichtungen leiten sollte. Letztere sollen natürlich nicht dem Selbstzweck dienen, sondern möglicherweise dem Übergang, beispielsweise als „Fahrschul-Praxis“, um Kolleginnen und Kollegen fit zu machen für die vertragsärztliche Tätigkeit, und um ihnen die Angst davor zu nehmen.

Zusätzlich zur Veränderung der gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen unterliegt die ambulante medizinische Versorgung einem dynamischen strukturellen Wandel. Für uns bedeutet das, dass wir diese Veränderungen nicht nur begleiten, sondern aktiv gestalten müssen. Das betrifft zum einen die Struktur der Praxen, die zum Beispiel in Zukunft viel mehr mit angestellten Ärztinnen und Ärzten arbeiten werden, gerade auch als eine wichtige Alternative zu den I-MVZ, die ich hier stellvertretend für den Trend zur Kommerzialisierung des Gesundheitssystems nenne.

Zum anderen sind Kooperationen wie beispielsweise der Notdienste, aber ebenso die Schnittstelle zum stationären Sektor, Stichwort Ambulantisierung, also zum Bei-

Einen großen Schritt konnten wir mit der Implementierung der Richtlinie zur strukturierten Komplexversorgung psychisch erkrankter Menschen erreichen. Ähnliches brauchen wir absehbar unter anderem in der Versorgung von Betroffenen mit Long-/Post-COVID-19.

Die Frage, ob eine Patientin oder ein Patient in der haus- oder fachärztlichen beziehungsweise psychotherapeutischen Praxis behandelt wird oder in einer Klinikambulanz sollte nur durch die Morbidität und den Versorgungsbedarf des Erkrankten beantwortet werden und nicht durch Anbieterinteressen geleitet sein.

? *Gesundheitsminister Karl Lauterbach möchte das Thema Ambulantisierung in Angriff nehmen, zunächst ab Januar 2023 mit der Umwidmung stationärer Leistungen in Tagesbehandlungen und ein Jahr später mit der Einführung von Hybrid-DRGs, die von Krankenhäusern und Vertragsärzten gleichermaßen erbracht werden können. Wie steht die KV dazu?*

Bergmann: Der stationäre Sektor, namentlich die Deutsche Krankenhausgesellschaft, lässt nichts unversucht, um Hybrid-DRGs zu verhindern oder zu verzögern, gern möchte man attraktive Gewinne und „leicht verdientes Geld“ mitnehmen. Krankenkassen und Politik lassen sich von der Krankenhauslobby schon viel zu lang blenden und täuschen.

Die ambulante Leistungserbringung im vertragsärztlichen Bereich – wie beispielsweise das ambulante Operieren, aber auch die ambulante neurologische und psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung –

ist effizient, wohnortnah, von hoher Qualität und an den Patientenbedürfnissen ausgerichtet. Ambulantisierung muss aus meiner Sicht ohne Wenn und Aber den vertragsärztlichen Bereich weiter stärken. Dafür muss er aber auch finanziell weiter ertüchtigt werden!

? *In den Berufsverbänden sehen wir das auch so, dass wir uns den notwendigen Reformbestrebungen des Gesundheitssystems und neuen Ideen nicht in den Weg stellen dürfen, sondern dass wir Reformen aktiv begleiten und gestalten sollten, ob dies nun sektorenübergreifende Versorgung, Delegation oder neue Versorgungsstrukturen betrifft. Wir moderieren auch in diesem Zusammenhang den Dialog von Vertrags- sowie Klinikärztinnen und -ärzten. Wir sind uns einig, dass wir der Kommerzialisierung der Medizin nicht die Tore weiter öffnen dürfen und wir als Ärztinnen und Ärzte hier handlungsbestimmend sein sollten und nicht global agierende Großkonzerne. Dennoch merken wir in den Diskussionen, dass wir alle auch eigene Interessen verfolgen und dass Interessenkollisionen nicht immer vermeidbar sind. Jeder hat natürlich Angst, als Verlierer von Reformen dazustehen. Ich möchte daher „last but not least“ noch einmal an die Eingangsfrage anknüpfen: Den intersektoralen innerärztlichen Diskurs nach den Prinzipien der Diskursethik zu führen, scheint mir von hoher Attraktivität zu sein, um einseitig interessengeleitete Fehlentwicklungen zu vermeiden. Kannst Du das vor dem Hintergrund Deiner Erfahrungen in der KV-Nordrhein bestätigen? Sind wir da auf dem richtigen Weg?*

Bergmann: Diskursethik baut unter anderem auf den Konsens aller an einer Kommunikation Beteiligten, die bereit sind, sich auf vernünftige Argumente einzulassen. So banal, so schwierig. Ich bin davon überzeugt: Vernünftigen Argumenten Gehör zu verschaffen lohnt eine gemeinsame Kraftanstrengung von Verbänden und KV-System.

! *Lieber Frank, vielen Dank für das Interview!*

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.

Herbsttagung der BVDN-Länderdelegierten

Neue Landesvorstände und steigende Mitgliederzahlen beim BVDN

Die BVDN-Länderdelegierten trafen sich zur Herbsttagung am 11. und 12. November 2022 in Leipzig. Kernthemen waren die positive Haushaltssituation, personelle Wechsel sowie die Neupatientenregelung.

Bei herrlichem Spätherbstwetter mit Temperaturen von bis zu 15 Grad in Leipzig war die Arbeitsatmosphäre der Länderdelegierten des BVDN ausgesprochen positiv. Die Erleichterung war quasi zu greifen, sich wieder ohne spürbare Auflagen persönlich treffen und austauschen zu können.

Vorstandssitzung

Im Tagungshotel Ininside Melia direkt gegenüber der Thomaskirche trafen sich der Bundesvorstand des BVDN, Geschäftsführer Bernhard Michatz sowie Thorsten Seehagen seitens der Geschäftsstelle bereits am Donnerstag nachmittag. Die Themen der Finanzsituation des BVDN Bund wurden wie immer hochprofessionell von Schatzmeister Prof. Dr. Gereon Nelles und der Geschäftsstelle aufbereitet. Hier konnte die gute Nachricht schon aufgenommen werden, dass die verschiedenen Maßnahmen, die zur Stabilisierung des Haushaltes getroffen worden waren, nun wirksam werden, und dass im kommen-

den Jahr 2023 wieder eine Wendung zur positiven Bilanz zu erwarten ist.

Steigende Mitgliederzahlen

Die Mitgliederzahlen, die in den vergangenen Jahren zumeist aus Altersgründen stets geschrumpft waren und damit auch eine schwindende Finanzgrundlage auslösten, weisen nun erstmals wieder einen Zuwachs aus. Das heißt, die Zahl der Neumitglieder übersteigt die der Austretenden. Es zeigt sich, dass die Neumitglieder in der Regel in die jungen Verbände, den BDN und den BVDP, eintreten. Offenbar kommt die vor zwei Jahren beschlossene Änderung der Kommunikationsstrategie bei den jungen Kolleginnen und Kollegen an. Der Bundesvorstand des BVDN beriet weitere Maßnahmen, um die Nachwuchssituation der neuropsychiatrischen Gebiete zu sichern. Hier waren bereits die Förderung der Weiterbildungermächtigung der vertragsärztlichen Kolleginnen und Kollegen, langfristig die Schaffung von sektorübergreifenden Weiterbildungsver-

bünden sowie die Etablierung exzellenter Fortbildungsangebote wesentliche Punkte.

Imagefilme

Ein weiterer wichtiger Teil der neuen Kommunikation nach außen, die Produktion von Imagefilmen, wurde als Work in Progress nach der Vorstandssitzung und während der Länderdelegiertenversammlung fortgeführt. Die Landesvorsitzenden wurden nacheinander mit knappen Kernbotschaften, die sie als berufspolitisch Tätige aussprachen, gefilmt. Aus diesem Filmmaterial wird künftig modular für den jeweiligen Anlass ein Imagefilm zusammengestellt.

Delegiertenversammlung

In der Delegiertenversammlung ab Freitagnachmittag gaben die beiden Vorsitzenden, Dr. Klaus Gehring und Dr. Sabine Köhler, ihren Bericht an die Delegierten. Das honorarpolitische Hauptthema war die Abschaffung der Neupatientenregelung. Diese trifft insbesondere unsere Fachgruppen hart, da wir trotz unserer hohen Beanspruchung tatsächlich die gesetzlich geforderte zusätzliche Kapazität für Neupatientinnen und -patienten geschaffen hatten. Die Neurologie und die Psychiatrie waren laut Versorgungsforschungsergebnissen des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter den Fachgruppen, die mit durchschnittlich 10–11 % die Neupatientenregelung am erfolgreichsten umgesetzt hatten. Das „Rezept“, das die Vorsitzenden den Länderdelegierten zur Weitergabe an die Mitglieder in den Landesverbänden empfehlen, bestand in der Anregung, die



Die Versammlung der Länderdelegierten des BVDN fand im November in Leipzig statt.

© Dr. Roland Urban

offene Sprechstunde und den Kontakt zu zuweisenden Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern zu intensivieren sowie Zeitkorridore für Sichtungssprechstunden mit Kurzkontakten zu schaffen.

Neue Versorgungsformen und die KSV-Psych-Richtlinie

Anschließend standen für jeweils eine Stunde die beiden Breakout-Sessions für Neurologie und für Psychiatrie auf der Tagesordnung. Im Neurologie-Teil wurden insbesondere neue Versorgungsformen wie MS-Verträge und die geplante Ambulante Spezialärztliche Versorgung zu MS beraten. Die Delegierten in der Psychiatrie-Session tauschten die ersten Erfahrungen zur Umsetzung der KSV-Psych-Richtlinie aus.

Mitgliederumfrage

Im weiteren Fortgang der Länderdelegiertenversammlung stellte Michatz im Rahmen seines Geschäftsstellenberichtes die Ergebnisse der Mitgliederumfrage vor (hierzu erfolgen noch separate Berichte im NeuroTransmitter) sowie einen Zwischenstand der noch andauernden Umfrage zur Personalknappheit.

Bewegende Erlebnisse in der Thomaskirche

Nun war der erste Nachmittag bereits vorbei und die Delegierten hatten die Möglichkeit, eine Motette in der nahegelegenen Thomaskirche zu besuchen. Der Pfarrer der Thomaskirche, Martin Hundertmark, ein Schulfreund von Köhler, nahm sich anschließend Zeit, den anwesenden Delegierten exklusiv einige Besonderheiten der Thomaskirche über die Jahrhunderte und im zweiten Weltkrieg zu erzählen. Anschließend folgte ein circa 50-minütiger Rundgang durch die Nachbarschaft der Thomaskirche mit einer bewegenden Würdigung der historischen Orte der friedlichen Revolution in Leipzig im Herbst 1989. Der Abend klang gemütlich in Auerbachs Keller aus.

Haushaltsberatungen

Der Samstagmorgen war bei den Delegierten der Haushaltssituation gewidmet. Der Haushaltsplan für 2023 wurde einstimmig genehmigt. Als neue Kassensprüferin und Kassensprüfer wurden

Der neu gedrehte Imagefilm soll Einblick in berufspolitische Tätigkeiten geben.



© Dr. Uwe Meier

Dr. Katrin Hinkfoth aus Mecklenburg-Vorpommern und Dr. Michael Krebs aus Berlin gewählt. Im Zuge des nächsten Tagesordnungspunktes berieten die Delegierten erneut über das Verhältnis des BVDN Bund zu den BVDN-Landesverbänden sowie zu den Schwesterverbänden BDN und BVDP bezüglich der Verteilung der Mitgliedsbeiträge. Hier konnte eine einstimmige Befürwortung des eingeschlagenen Weges erreicht werden.

Personelle Wechsel bei den Länderdelegierten

Bei den Berichten aus den Ländern stellte sich heraus, dass die personellen Wechsel in den Landesvorständen einen neuen Höhepunkt erreicht haben. In Mecklenburg-Vorpommern ist die neue Vorsitzende Dr. Heike Kumpe aus Wismar, die Ramon Meißner ablöst. Meißner trat nicht mehr als erster Vorsitzender an. Einen weiteren Wechsel gab es in Nordrhein. Hier war der psychiatrische Vorsitzende, Egbert Wienforth, nach 40 Jahren Berufsverbandstätigkeit zurückgetreten. Die neue psychiatrische Vorsitzende des BVDN Nordrhein ist Dr. Doris Augustin-Reuß, die die Doppelspitze mit Nelles weiterführt. Bereits vor einem Jahr fand auch ein Wechsel in Westfalen Lippe statt. Rüdiger Sassmannshausen gab den ersten Vorsitz ab, statt seiner wurde Zia Pufke-Yusafzai gewählt. Des

Weiteren verabschiedete sich Dr. Günther Endrass aus Rheinland-Pfalz, der seine Praxis nun abgibt und dort im März 2023 nicht mehr als Vorsitzender kandidieren wird. Endrass hat über viele Jahre die Kassen der Verbände geprüft und auch aus dieser Sicht immer gute und umsetzbare Hinweise zur Haushaltsgestaltung geben können. Köhler bedankte sich herzlich bei den langjährigen berufspolitischen Weggefährten im Verband und sprach die Hoffnung aus, einige von ihnen künftig als Gäste oder in anderen Vorstandsämtern bei den Länderdelegiertenversammlungen begrüßen zu können.

Termine

Die Frühjahrstagung im nächsten Jahr wird im Rahmen der ZNS-Tage in Köln (23. bis 25. März 2023) in Präsenz stattfinden.

AUTORIN

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim

Stellvertretende Vorsitzende des BVDN
Breite Straße 63
56626 Andernach

c@dr-roth-sackenheim.de



MSnetWork

Schulung zur Neuroedukation hilft bei der Patientenkommunikation

Therapieentscheidungen werden immer komplexer, sowohl durch neue Behandlungsmethoden als auch einen hohen Informationsgrad bei Erkrankten. Neuroedukation hat daher einen gesteigerten Stellenwert – eine Schulung des MSnetWork bietet Neurologinnen und Neurologen Unterstützung.

Auftrag und Leitidee des BDN ist unter anderem die Übersetzung des aktuellen medizinischen Standards in eine gute Versorgung. Hierzu braucht es nicht nur die materiellen und personellen Ressourcen, sondern auch entsprechendes Fachwissen, Erfahrung und Fähigkeiten. Eine gute Aus- und Fortbildung sind die Grundlage. An Angeboten qualitativ hochwertiger Fortbildungen für Neurologinnen und Neurologen mangelt es in Deutschland nicht. Auch können wir uns glück-

lich schätzen, in der Neurologie über einen exzellenten Standard an Leitlinien der DGN zu verfügen. Das ist in Anbetracht des enormen Wissenszuwachses in unserem Fach auch notwendig, weil kaum jemand in der Lage ist, in allen neurologischen Versorgungsbereichen die Studienlage zu überschauen.

Wissen ist das eine, gute Versorgung das andere, denn die Komplexität der Versorgung ist ebenfalls gewachsen und stellt große Herausforderungen an uns. Auch in diesem Bereich verfügen wir in

Deutschland über einen hohen Standard. Zwei Aspekte fristen bei der Übersetzung von Wissen in gute medizinische Versorgung demgegenüber ein erstaunliches Schattendasein: Patientenkommunikation und -edukation.

Warum wir Neuroedukation brauchen

Konzepte der Neuroedukation helfen chronisch Erkrankten und ihren Angehörigen, komplizierte medizinische Fakten besser zu verstehen. Evidenzbasiertes

Die Kommunikation mit Erkrankten wird zunehmend komplexer. MSnetWork bietet nun mit einem Kurs Unterstützung.



Wissen kann auf diese Weise strukturiert vermittelt werden. Das Verständnis ist die Grundvoraussetzung für den selbstverantwortlichen Umgang mit der eigenen Erkrankung und ihre erfolgreiche Bewältigung (Coping). Eine bessere Akzeptanz der Krankheit und ihrer Folgen sowie die Stärkung der persönlichen Ressourcen erleichtern die Entwicklung von wirksamen Bewältigungsstrategien, verstärken die Selbstwirksamkeit und erhöhen die Teilhabefähigkeit.

Gespräche mit Erkrankten werden komplexer

Patientinnen und Patienten haben über das Internet und andere Medien Zugang zu einem unerschöpflichen Fundus an Informationen, guten wie schlechten. In der Regel sind sie im hohen Maße informiert, aber auch oft fehlinformiert, weil es medizinischen Laien kaum möglich ist, die Wertigkeit öffentlich zugänglicher Informationen zu beurteilen. Die Folge ist Verunsicherung einerseits, an-

als banal, weil die Aufklärung nicht nur eine notwendige, vornehme und wichtige Aufgabe ist, sondern die Qualität der Patientenkommunikation maßgeblich auch Therapieentscheidungen beeinflusst, denen Erkrankte letztlich zustimmen müssen. Die Zeit paternalistischer Beschlüsse ist vorbei, nicht zuletzt weil sie nicht funktionieren, wenn die Patientinnen und Patienten nicht mitmachen.

In einer Informationsgesellschaft ist partizipative Entscheidungsfindung der notwendige Standard in komplexen medizinischen Situationen. Die Qualität der Interaktion bestimmt im Zweifelsfall darüber, ob sich Erkrankte für eine notwendige Therapie entscheiden oder lieber alternativ zur Naturheilpraxis gehen und auf Globuli setzen. Es geht also um harte Outcome-Kriterien und Adhärenz. Es nützt der beste Leitlinienstandard nichts, wenn wir das Wissen nicht vermitteln können. Wir sehen hier einen blinden Fleck im gesamten Versorgungsgefüge. Ohne Zweifel versuchen enga-

» Die Zeit paternalistischer Beschlüsse ist vorbei, nicht zuletzt weil sie nicht funktionieren, wenn die Patientinnen und Patienten nicht mitmachen. «

dererseits macht es die Patientenkommunikation noch aufwändiger. Dabei ist Patientenaufklärung mit wachsendem medizinischen Fortschritt an sich stetig zeitintensiver geworden. Haben wir mit MS-Kranken vor 40 Jahren „nur“ über symptomatische Therapien, psychosoziale Teilhabeprobleme und Krankheitsverarbeitung gesprochen, wurden die Thematiken mit der Einführung der Interferone und aufwändigen Compliance-Programmen schon ungleich komplexer. Derzeit verfügen wir über gut 18 medikamentöse Therapien mit zeitintensivem Überwachungsmanagement.

Patientenkommunikation beeinflusst Therapieentscheidungen

Die Aufklärung über die Erkrankung selbst, die Therapieoptionen, mögliche Nebenwirkungen sowie die Besprechung patientenseitig gegoogelter Informationen ist eine zunehmend anspruchsvolle Aufgabe geworden. Das ist alles andere

gierte Neurologinnen und Neurologen, bestmöglich zu informieren. Im Versorgungsalltag dürfte es damit aber häufig Schwierigkeiten geben und dies nicht nur aus Zeitgründen. Um bei der MS zu bleiben: Das Thema ist so komplex, dass es mit ein paar Gesprächen nicht getan ist. Es braucht einerseits einen curricularen Aufbau, um neben der allgemeinen Krankheitsinformation zur Ursache, Diagnostik und Therapie auch über alle anderen Aspekte der Krankheit von der Kognition, über Fatigue bis zu Blasenstörungen aufzuklären. Weiterhin ist eine gute Didaktik erforderlich, denn Kommunikation ist immer eine Frage des Sendens und Empfangens von Informationen. Dabei ist entscheidend, was letztlich bei den Patientinnen und Patienten ankommt. Immer wieder berichten Erkrankte, sie hätten bei der Erstaufklärung nichts verstanden oder seien überfordert gewesen. Die Patientenedukation braucht daher, wie andere Berei-

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.

Neuroedukationstraining im Projekt MSnetWork (Prof. Dr. Iris-Katharina Penner)

Eigenstudium anhand der im Vorfeld zur Verfügung gestellten Materialien

- Sieben Module, die als PowerPoint-Präsentation zur Verfügung stehen.
- Als Leitfaden für die Module sind zusätzlich sieben Handouts (als PDF) vorhanden. Hierin sind Notizen und Hinweise zu den einzelnen Folien zu finden, die im Laufe der Schulung noch weiter ergänzt werden können.
- Auf den Handouts können vorab Fragen notiert werden, die dann während der Schulung geklärt werden.

Online-Schulung

- Möglichkeit zu Verständnisfragen, bezogen auf das Schulungsmaterial
- Didaktik der Neuroedukation
- Training in Form eines Edukationsvortrags durch die Teilnehmenden (Themen werden zufällig ausgewählt und in der Veranstaltung den Teilnehmenden zugewiesen) mit Feedback durch die Leitung und alle anderen Anwesenden

Nach der Schulung werden die Teilnehmenden selbst Kapitäninnen und Kapitäne sein, die das Boot lenken können. Das intensive Durcharbeiten der Unterlagen ist daher ausgesprochen wichtig.

Wichtig: Die Online-Schulung wird etwa sieben bis acht Stunden abzüglich der vorgesehenen Pausen in Anspruch nehmen. Sie enthält keine reinen Vorträge zum Schulungsmaterial. Wir gehen davon aus, dass Sie als Fachärztinnen und -ärzte mit den

Inhalten in weiten Teilen vertraut sind und über Erfahrungswissen verfügen. Es ist möglich, durch das Eigenstudium spezielle Aspekte zu vertiefen und sich mit der Didaktik vertraut zu machen.

Die Teilnahme an der Online-Schulung setzt die vorherige Beschäftigung mit den Unterlagen im Eigenstudium zwingend voraus. Nur so können konkrete Fragen zum Edukationsmaterial gestellt werden.

Bestandteil des Trainings ist ein eigener aktiver Beitrag durch die Vorstellung eines Moduls für alle anderen Teilnehmenden. Das Training hat in diesem Sinne auch den Charakter einer Lernzielkontrolle und berechtigt zur Verwendung der Materialien.

Mit Abschluss beider Teile wird ein entsprechendes Zertifikat erworben, das die Nutzung der Unterlagen ermöglicht.

Kurstermine

Freitag, 27. Januar 2023
Freitag, 10. März 2023

Fragen beantwortet Barbara Prodanovic aus der Geschäftsstelle des BDN:

Barbara Prodanovic
Stellvertretende Projektleitung
Wulffstraße 8, 12165 Berlin
Tel.: +49 (0)30 94878312
Mobil: +49 (0)151 729 20 491
Fax: +49 (0)322 268 091 22
<https://www.berufsverband-neurologen.de/>
<https://www.msnetwork.info/>

strukturierte Edukation sind zentrale Merkmale des Projekts. Der BDN ist hier Konsortialführer. Daneben sind die Arbeitsmedizin, die Deutsche Rentenversicherung und die DMSG Partner. Das Neuroedukationskonzept wurde von Penner entwickelt.

Training für Neurologinnen und Neurologen

Wer an der Fortbildung teilgenommen hat, darf das Schulungsmaterial verwenden. Wird die Neuroedukation einer ausreichenden Zahl Patientinnen und Patienten zuteil und fällt die Evaluation positiv aus, kann sie auch in die Regelversorgung aufgenommen werden. Deshalb sollte das Projekt von allen MS-engagierten Versorgungszentren unterstützt werden. Nach erfolgreicher Schulung kann das Material auch unabhängig von MSnetWork verwendet werden, sofern die Urheberrechte beachtet werden. Wir würden uns sehr über eine rege Teilnahme an den Schulungen und eine Unterstützung dieses wichtigen Projektes freuen.

che der Versorgung auch, Wissen, Vorbereitung, Aufmerksamkeit und Fähigkeiten.

Das Neuroedukationskonzept von MSnetWork

Der BDN hat bereits im Jahr 2017 ein Projekt initiiert, Neuroedukationskonzepte zu sichten und zu bewerten. Dieser Aufgabe hat sich Prof. Dr. Iris-Katharina Penner im Auftrag von BDN und DGN angenommen (wir berichteten darüber). Wir halten es für außerordentlich wichtig, dass Deutschland in diesem Bereich aufholt. Dabei muss Edukation nicht ausschließlich im Einzelgespräch stattfinden. Im MS-Bereich war die Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG)

hier Vorreiter und hält vielfältige und hochwertige Angebote bereit, darüber hinaus gibt es eine Vielzahl von regionalen Initiativen. Die Reichweite ist aber ein grundsätzliches Problem und die Neuroedukation lässt sich nicht vollständig aus dem persönlichen Arzt-Patienten-Verhältnis heraushalten.

In dem aktuellen, innovationsfondgeförderten Versorgungsprojekt MSnetWork hat die Neuroedukation einen besonderen Stellenwert. Dieses Projekt hat das Ziel, die psychosoziale und insbesondere die berufliche Teilhabe von MS-Erkrankten zu stärken. Beratung von Arbeitsmedizinerinnen und -medizern, rascher und zielgerichteter Zugang zu teilhaberorientierten Therapien und

AUTOREN

Prof. Dr. Iris-Katharina Penner

Direktorin des COGITO
Zentrum für Ange-
wandte Neurokogni-
tion und Neuropsycho-
logische Forschung in
Düsseldorff
Dreischeibenhaus 1
40211 Düsseldorf

ik.penner@cogito-center.com

Dr. med. Uwe Meier

Vorsitzender BDN
Facharzt für Neurologie
NeuroCentrum Grevenbroich
Am Ziegelkamp 11
41515 Grevenbroich

umeier@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.

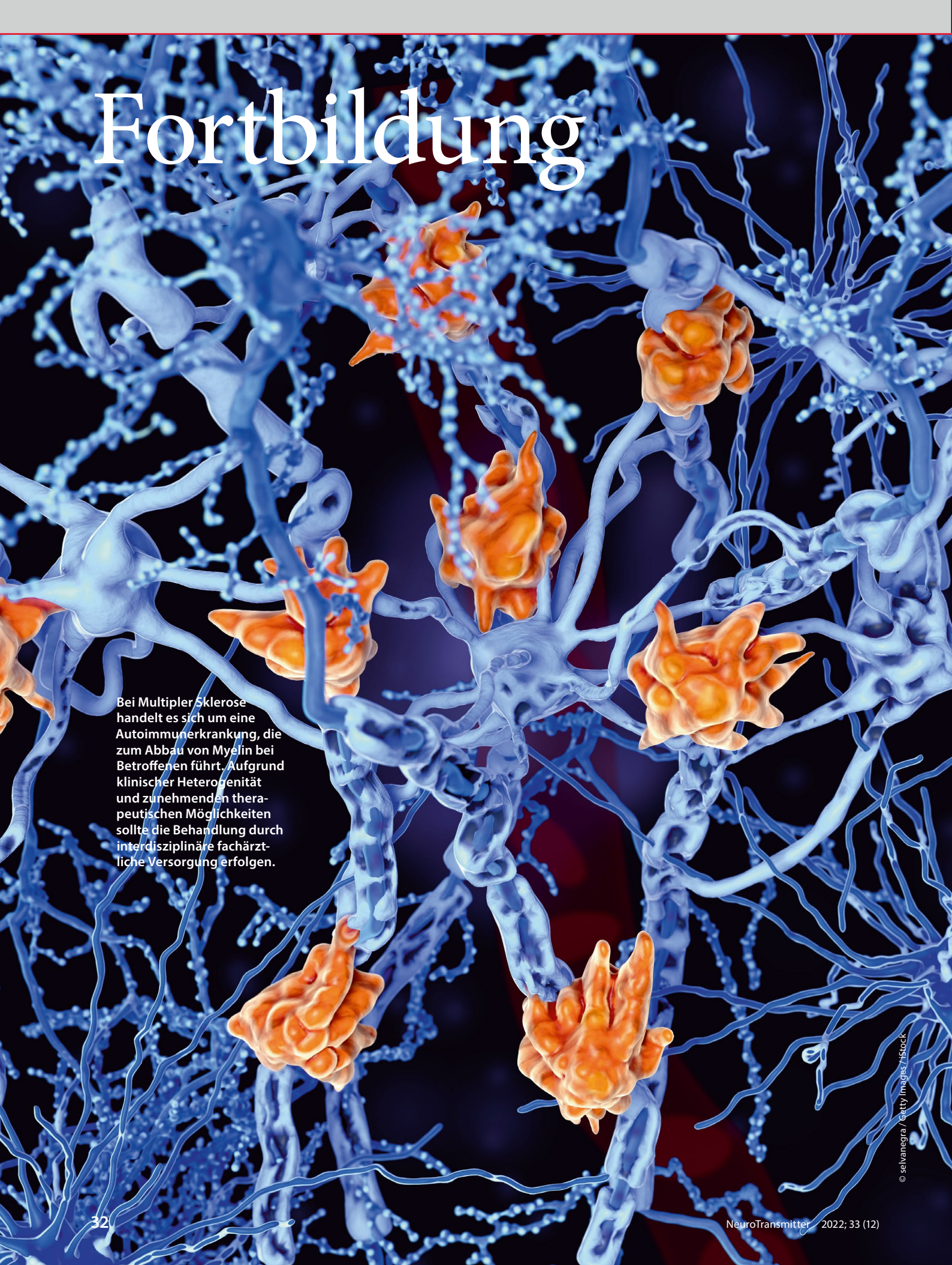
Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Fortbildung



Bei Multipler Sklerose handelt es sich um eine Autoimmunerkrankung, die zum Abbau von Myelin bei Betroffenen führt. Aufgrund klinischer Heterogenität und zunehmenden therapeutischen Möglichkeiten sollte die Behandlung durch interdisziplinäre fachärztliche Versorgung erfolgen.

Multiple Sklerose

MS-Versorgung heute und Vision für die Zukunft – eine Rolle für die ASV?

Die Behandlung von Menschen mit Multipler Sklerose (MS) wird zunehmend komplexer. Neue Therapiemethoden erfordern die Zusammenarbeit verschiedener Fachleute, um eine bestmögliche Versorgung zu garantieren. Die „Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung“ soll nun auch für MS die Möglichkeit bieten, Defizite zu überwinden.

CATHARINA KORSUKEWITZ, MATHIAS MÄURER, HEINZ WIENDL

Die „Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung“ (ASV) umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer und seltener Erkrankungen. Die Grundvoraussetzung für die Teilnahme an der ASV ist die Zusammenarbeit eines interdisziplinären Teams. Spezialisierte Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachrichtungen übernehmen gemeinsam und koordiniert die Diagnostik und Behandlung der in der ASV definierten Erkrankungen.

Die ASV-Teams sind in mehreren Ebenen strukturiert: Neben einer Teamleitung existieren ein Kernteam sowie weitere hinzuzuziehende Ärztinnen und Ärzte. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) definiert dabei die Qualifikation des ASV-Teams sowie den diagnostischen und therapeutischen Leistungsumfang. Bislang liegen Erkrankungsspezifische ASV-Anforderungen für unterschiedliche medizinische Leistungsbereiche vor, unter anderem für rheumatologische, verschiedene onkologische, aber auch für neuromuskuläre Erkrankungen. Zum Jahreswechsel 2023 soll nach langer Vorbereitungszeit das Angebot der ASV nun auch auf Patientinnen und Patienten mit MS ausgeweitet werden.

MS-Versorgung – aktueller Stand

Auf Basis der Analyse von Krankenkassendaten konnten epidemiologische Studien zeigen, dass in Deutschland zwischen 200.000 und 250.000 Menschen an MS erkrankt sind [1, 2]. Der in den Studien ermittelte Prävalenzwert von 278 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner übersteigt deutlich den häufig noch in Lehrbüchern genannten Wert von circa 149 MS-Erkrankten auf 100.000 Personen, der im Jahr 2000 auf Grundlage einer repräsentativen Befragung von Arztgruppen ermittelt wurde. Die Zahl der MS-Erkrankten in Deutschland ist somit wesentlich höher als lange Zeit angenommen.

Die MS ist die weitaus häufigste neurologische Erkrankung, die im jungen Erwachsenenalter zu bleibenden Behinderungen führen kann. Sie hat daher eine erhebliche sozialmedizinische Bedeutung, der bei der Versorgung Rechnung getragen werden muss.

Die Zahlen aus Deutschland werfen, auch mit Blick auf die weltweite Entwicklung der MS-Prävalenz, die Frage auf, ob die Häufigkeit von MS zunimmt, unter anderem weil mit bestimmten „westlichen“ Lebensgewohnheiten die Anfälligkeit für Autoimmunerkrankungen generell steigt. So könnte zum Bei-

spiel eine zu starke Hygiene vor allem im Kleinkindalter dazu führen, dass das Immunsystem eine unzureichende Toleranz entwickelt. Ernährungsgewohnheiten wie eine zu salz- und fettreiche Ernährung können ebenfalls Autoimmunität fördern.

Zusätzlich dürften auch die immer sensibler werdenden Diagnosemethoden einen Anteil am Anstieg der Prävalenz haben. Seit Mitte der 1980er-Jahre ist die Magnetresonanztomografie (MRT) zunehmend flächendeckend verfügbar, was die Diagnosestellung von entzündlichen ZNS-Erkrankungen erleichtert. Die Integration der MRT-Befunde in die MS-Diagnosekriterien seit Anfang der 2000er-Jahre macht es zudem möglich, MS früher und sensibler zu diagnostizieren [3].

Parallel zu der diagnostischen Verbesserung wurden zahlreiche Medikamente zugelassen (**Abb. 1**), mit denen der Verlauf der Erkrankung erfolgreich moduliert werden kann. Mittlerweile sind weit über ein Dutzend unterschiedlicher MS-Medikamente mit verschiedenen Wirkansätzen verfügbar. Diese rasante Entwicklung war vor allem durch das zunehmende Verständnis der Pathophysiologie von MS möglich. Im Fokus der Therapieforschung standen

Tab. 1: Zukünftige Maßnahmen der MS-Versorgung

Unmet needs in der Versorgung von MS-Betroffenen	Notwendige und zukünftige Maßnahmen	Beteiligte Fachdisziplinen
Frühe und sichere Diagnose	— klinisch und elektrophysiologisch — MS-spezifisches MRT — Liquordiagnostik — mögliche Zusatzuntersuchungen — zukünftig: Biomarker	— Neurologie/Neuropädiatrie — Radiologie — Neurologie/Labormedizin — zum Beispiel Rheumatologie — Neurologie
Frühe und effektive Therapie	— Kenntnis der Prognoseparameter inklusive potenzieller Biomarker — Risiko/Nutzenanalyse der Therapie — Vorbereitung vor Therapie (Laborwerte, Impfberatung) — Berücksichtigung von Lebensumständen/Komorbidität	— Neurologie — Neurologie — Neurologie/Allgemeinmedizin sowie gegebenenfalls weitere Fachabteilung (z. B. Hepatologie) — Neurologie sowie gegebenenfalls Gynäkologie/Innere Medizin und andere
Monitoring der Wirkung	— klinisch, elektrophysiologisch — MS-spezifisches MRT — Kognitionsprüfung — zukünftig: digitale Hilfsmittel, Biomarker	— Neurologie — Radiologie — Neurologie/Neuropsychologie — Neurologie
Monitoring und Behandlung von Nebenwirkungen	— klinisch/Zusatzdiagnostik — MRT (z. B. PML) — laborchemisch — substanzspezifisch weitere Untersuchungen	— Neurologie — Radiologie — Allgemeinmedizin/Neurologie/Innere Medizin — zum Beispiel Ophthalmologie/Dermatologie/ Kardiologie
Erfassung und Behandlung von Symptomen	— Kognition/Fatigue — Motorik/Sensibilität — Blasen-/Mastdarmstörungen — Schmerzen	— Neurologie/Neuropsychologie — Neurologie/Ergotherapie /Physiotherapie — Neurourologie/Gynäkologie — Neurologie/Schmerz- und Psychotherapie
Sozialmedizinische und Versorgungsaspekte	— Hilfsmittelversorgung — Hilfe bei Antragstellungen — Rehabilitation — Anpassung der Arbeits- und Lebensbedingungen	— Neurologie/Allgemeinmedizin/Ergotherapie — Arbeits-/Sozialmedizin — spezialisierte Rehabilitationseinrichtungen — Pflegedienste/Sanitäts- und Rehabilitationstechnik — Selbsthilfegruppen

neben der Verhinderung der Immunzell-Transmigration über die Blut-Hirn-Schranke in das ZNS vor allem immunregulatorische Netzwerke mit T- und B-Zellen. Insbesondere der Erfolg B-Zell-depletierender Therapien zur Unterdrückung von Inflammation und somit der Krankheitsprogression unterstreicht die Bedeutung der immunregulatorischen Netzwerke.

Zudem konnte mithilfe von Registerdaten (real-world evidence) gezeigt werden, dass ein früher Einsatz hochwirksamer Therapien den Krankheitsverlauf nachhaltig modulieren kann. Die Erkrankung kann mit den derzeitigen Konzepten zwar nicht geheilt, jedoch bei frühem und konsequentem Einsatz der verfügbaren anti-inflammatorischen Therapien der Verlauf und damit die Lebensqualität vieler Patientinnen und Pa-

tienten mit MS nachhaltig verbessert werden [4].

Angesichts dieser erfreulichen, aber sicher noch nicht ausreichenden Entwicklung werden neue Parameter gesucht, mit denen das Ansprechen auf eine Therapie besser kontrolliert werden kann. Vor allem bildgebende Verfahren haben ein hohes Potenzial. Man weiß mittlerweile, dass graue und weiße Substanz gleichermaßen betroffen sind und versucht dies mit Atrophiemessungen und Spezialsequenzen, zum Beispiel zur Eisendetektion, besser abzubilden. Darüber hinaus werden lösliche Biomarker, die Inflammation und Degeneration im ZNS anzeigen, in Zukunft eine zunehmende Bedeutung für die Therapieauswahl und Steuerung bekommen.

Die optimierten Diagnose- und Therapieverfahren haben dazu geführt,

dass die MS heutzutage Menschen einer größeren Altersspanne betrifft, unter anderem weil die Langzeitprognose verbessert wurde [5]. Bei Diagnose und Therapie im Kindesalter bedarf es einer sorgfältigen Abstimmung mit der Neuropädiatrie, insbesondere im Hinblick auf die Transition in die Erwachsenenmedizin. Die verbesserten Therapiemöglichkeiten ziehen außerdem spezifische Fragen zur Therapie auch im höheren Lebensalter nach sich. Komorbiditäten, sei es im Herz-Kreislauf-Bereich oder in der Onkologie, spielen eine immer bedeutsamere Rolle.

Die Infektionsprophylaxe durch Impfungen und Schutzmaßnahmen bei Vorliegen einer Autoimmunerkrankung unter Anwendung von Immuntherapien hat ihre Bedeutung als Teil der Beratung von MS-Betroffenen nicht

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

Abb. 1: Verlaufsmodifizierende Therapien der MS. ¹ Azathioprin ist formal zugelassen, wird allerdings nur noch selten angewandt (2. Wahl). ² Mitoxantron ist hier sowie bei hochaktiver RRMS formal ebenfalls zugelassen, wird aber auch nur selten angewandt (2. Wahl). ³ Natalizumab wird sowohl intravenös als auch subkutan verabreicht. ⁴ Interferone: Interferon-β-1a intramuskulär, Interferon-β-1a subkutan, Interferon-β-1b subkutan, pegyliertes Interferon-β-1a subkutan und intramuskulär. ⁵ Glatirameracetat und Glatirameramide. ⁶ Die Entscheidung zur Art der Therapie leitet sich von der Erkrankungsaktivität sowie -schwere ab und beinhaltet damit Erst- oder Zweitlinientherapien. (KIS = klinisch isoliertes Syndrom, MRT = Magnetresonanztomografie, MS = Multiple Sklerose, PMS = progrediente MS, PPMS = primär progrediente MS, RMS = relapsierende MS, RRMS = schubförmig-remittierende MS (engl.: relapsing-remitting MS), SPMS = sekundär progrediente MS, S1P = Sphingosin-1-Phosphat; mod. nach Wiendl et al. [4])

zuletzt in der COVID-19-Pandemie gezeigt.

Nicht zu vergessen sind die Entwicklungen im Segment der symptomatischen Therapie und der Rehabilitationswissenschaften. Moderne Konzepte zur Behandlung und zum Monitoring von MS-spezifischen Symptomen wie Blasenstörungen, Spastizität, Fatigue, Depression und kognitiven Einschränkungen sind hier gefragt. Neben der Kenntnis spezifischer symptomatischer Therapien ist eine Zusammenarbeit mit Therapeutinnen und Therapeuten der Physio-, Logo- und Ergotherapie sowie mit Neuropsychologinnen und -psychologen erforderlich.

Ziel jeglicher therapeutischen Bemühungen ist es, MS-Betroffenen ein normales Leben zu ermöglichen. Hierzu gehört die Beratung von MS-Patientinnen und ihrer Partnerinnen und Partner im Hinblick auf Kinderwunsch und Familienplanung. Die Verfügbarkeit moder-

ner Medikamente macht es möglich, Schwangerschaften aus einer stabilen Erkrankungsphase heraus zu planen beziehungsweise Patientinnen mit hochaktiver MS unter bestimmten Nutzen-Risiko-Abwägungen eine Schwangerschaft zu ermöglichen.

Dieser Abriss zum Stand der Entwicklung in der Versorgung von MS-Kranken macht deutlich, welche komplexen Anforderungen die Betreuung mit sich bringt. Sie verlangt von Neurologinnen und Neurologen erhebliche Kenntnisse nicht nur im Hinblick auf Diagnose und Differenzialdiagnose, sondern vor allem auf die differenzierte Immuntherapie inklusive Risiken und Nebenwirkungen. Daneben besteht angesichts vielfältiger Symptome und alltagsrelevanter Fragestellungen die Notwendigkeit zur interdisziplinären Zusammenarbeit. Die MS ist daher eine Erkrankung, die in besonderem Maße für eine ASV geeignet ist.

Defizite in der Versorgung von MS-Betroffenen

Angesichts der großen Anforderungen ist es nachvollziehbar, dass noch Defizite in der Versorgung von MS-Betroffenen bestehen. Sie sind in der Geschwindigkeit des Fortschritts ebenso begründet wie im Mangel an personellen und zeitlichen Ressourcen, die eine Vernetzung verschiedener Fachdisziplinen und Berufsgruppen erschweren. Verbesserungspotenzial besteht weiterhin auf dem Gebiet der zerebralen und spinalen Bildgebung, obwohl Ärztinnen und Ärzte der Neurologie und Radiologie aufgrund der überragenden Bedeutung des MRTs seit Jahren intensiv zusammenarbeiten. So werden nationale und internationale Empfehlungen zur Durchführung der MRT im Hinblick auf Sequenzen, Schichtführung, Repositionierung oder Kontrastmittelgabe nicht immer umgesetzt [6], was sowohl die Diagnose der MS selbst als auch den Vergleich von

Aufnahmen im Verlauf deutlich erschwert. Auch die Erfassung von Atrophiedaten sowohl zerebral als auch des zervikalen Myelons hat trotz erheblicher Bedeutung in der klinischen Forschung bisher kaum Eingang in den klinischen Alltag gefunden.

Neben der Harmonisierung und Weiterentwicklung der Bildgebung stellt auch die strukturierte und multidimensionale Verlaufsbeurteilung von MS-Betroffenen bei knappen Ressourcen eine Herausforderung dar. Das birgt sowohl die Gefahr, alltägliche Probleme nicht zu erfassen und unzureichend zu werten, als auch eine schleichende Verschlechterung verzögert zu erkennen. So leiden zum Beispiel viele Betroffene bereits früh unter kognitiven Einschränkungen [7], die unzureichend erfasst werden, da die zeitlichen, personellen und finanziellen Voraussetzungen für eine neuropsychologische Diagnostik fehlen. In Zukunft sind durch die Digitalisierung neue Möglichkeiten zur Erfassung des Gesundheitsstatus von MS-Betroffenen zu erwarten [8], aber diese müssen natürlich mit Ressourcenaufwand in Kliniken und Praxen etabliert werden.

Die wachsende Zahl verlaufsmodifizierender Medikamente bietet die Chance einer personalisierten Therapie. In Bezug auf ihre sichere Anwendung erfordern jedoch einige der neuen Präparate ein Monitoring, für das Spezialärztinnen und -ärzte anderer Fachdisziplinen zu Rate gezogen werden sollten. Nicht immer erfolgt dies im angemessenen Umfang, zu nennen wäre zum Beispiel die regelmäßige Kontrolle der Immunglobulinspiegel unter einer B-Zell-depletierenden Therapie oder das Hautscreening unter einer Therapie mit S1P-Modulatoren. Etablierte Diagnostik- und Therapiepfade können helfen, das Monitoring und damit die sichere Anwendung von Präparaten zu verbessern.

Nicht zuletzt kann beobachtet werden, dass die Sorge vor Nebenwirkungen einer Immuntherapie häufig im Vordergrund von Therapieentscheidungen steht und damit MS-Betroffenen die richtigen Medikamente zur richtigen Zeit vorenthalten werden. Für eine realistische Nutzen-Risiko-Abwägung bedarf es einer umfassenden Kenntnis einer Substanz sowie ausreichende Zusatzinformatio-

nen, zum Beispiel hinsichtlich bildgebender Befunde oder über individuelle Risikofaktoren. Darüber hinaus ist die Kenntnis und sichere Anwendung von De-Risking-Strategien zu nennen – als Beispiel soll die Bestimmung und Bewertung des JCV-Index unter Therapie mit Natalizumab dienen.

Die Rolle der ASV

Vor dem Hintergrund der dynamischen Entwicklungen im MS-Feld und den bekannten Defiziten in der praktischen Versorgung könnte die Einführung der ASV große Chancen bieten: In erster Linie wird sie den komplexen Entwicklungen der Therapielandschaft gerecht werden, zum anderen wird der Auftrag zur interdisziplinären Zusammenarbeit Defizite in der Versorgung verbessern.

Die genaue ASV-Richtlinie für MS ist zwar noch nicht bekannt, es ist aber davon auszugehen, dass die Teamleitung ausschließlich durch Neurologinnen und Neurologen erfolgen und das Kernteam aus Expertinnen und Experten der Neurologie und Neuropädiatrie bestehen wird. An hinzuzuziehenden Fachärztinnen und -ärzten ist zu erwarten, dass Kooperationen mit den Fachgebieten der Augenheilkunde, der Inneren Medizin mit speziellem Fokus auf die Kardiologie, der Radiologie, der Labormedizin, der Psychiatrie, der Urologie, der Gynäkologie und der Pathologie genannt werden.

Es ist weiterhin wahrscheinlich, dass die ASV für Erkrankte mit MS vorgesehen ist, die aufgrund der Ausprägung der Krankheit eine interdisziplinäre Versorgung benötigen. Aufgrund der Komplexität der Erkrankung dürfte sich dies auf alle MS-Verlaufsformen und demyelinisierende ZNS-Erkrankungen beziehen (ICD G35.-, G36.-, G37.-). Es ist für die MS grundsätzlich zu Beginn nicht vorherzusagen, welches Ausmaß an Behinderung mittel- und langfristig zu erwarten ist. Somit ist jede MS als potenziell schwerwiegend anzusehen. Die Erkrankung erfordert daher in allen Stadien ein kontinuierliches, multidisziplinäres Monitoring zur Erfassung ihrer Aktivität und eine angemessene therapeutische Reaktion.

Geht es zu Beginn um eine genaue Identifikation der Krankheitsaktivität

mit Abwägung des individuellen Risikos der Erkrankung gegen das der einzusetzenden Therapie mit entsprechendem Monitoring, stehen im Verlauf vor allem Edukation und Krankheitsbewältigung im Vordergrund. Angesichts der Bedeutung von Komorbiditäten und Lebensstilmanagement für den Verlauf der Erkrankung ist eine frühzeitig einsetzende, kontinuierliche multidisziplinäre Betreuung von Bedeutung.

Die medikamentöse Therapie der MS unterliegt nach wie vor einem rasanten Wandel, wird zunehmend individueller und damit komplexer. Grundsätzlich werden Immuntherapien frühzeitig nach Diagnosestellung eingeleitet, wobei ein multidisziplinäres Management eine optimale Wirksamkeit und Sicherheit gewährleistet.

Trotz bester kausal orientierter Therapie wird es zudem nicht gelingen, jede Patientin oder jeden Patienten ohne das Auftreten relevanter Einschränkungen durch die Erkrankung zu begleiten. Insbesondere in späten Phasen, in denen sich neurologische und internistische Störungen zu einem komplexen Ausfallsbild aufaddieren, ist eine multidisziplinäre Begleitung zur Planung einer optimalen symptomatischen Therapie unerlässlich. Management von Spastik, Blasenstörungen und Schmerzen bedürfen der engen Abstimmung von Physiotherapie, Hilfsmittelversorgung, Urologie, Gynäkologie, Schmerztherapie und psychosomatischer Betreuung. Eine Interaktion mit Trägerinnen und Trägern von Rehabilitationsmaßnahmen sowie der Hilfsmittelversorgung und, wenn verfügbar, der Selbsthilfe ist essenziell.

Auch das Beenden einer Immuntherapie bei chronischer Entwicklung braucht Vorbereitung und (Nach-)Monitoring. Mögliche kognitive Einschränkungen der Betroffenen erschweren diese Prozesse. Übergänge in betreutes Wohnen und Pflegeeinrichtungen, die kaum für jüngere Menschen existieren, müssen gebahnt werden.

Obgleich die Herausforderungen in verschiedenen Stadien der Erkrankung unterschiedlich sind, ist die Behandlung, Betreuung und Versorgung von Personen mit MS über den gesamten Krankheitsverlauf hinweg mit einem erheblichen Ressourcenaufwand verknüpft, der

durch ein multiprofessionelles Team unter spezialisierter neurologischer Leitung erbracht werden muss. Die ASV bietet eine sinnvolle Möglichkeit, die Versorgung zu verbessern und Barrieren und Defizite zu überwinden, auch weil sie die Verbindung von niedergelassenen Neurologinnen und Neurologen, akademischen Zentren, Schwerpunktpraxen beziehungsweise -zentren fördern kann.

GKV-Spitzenverband, KBV und DKG unter dem Dach des G-BA geben zwar die oben genannten Rahmenbedingungen vor, werden jedoch keine konkreten Vorschläge zur inhaltlichen Ausgestaltung und zur Qualitätssicherung machen. Daher ist die Einführung dieser neuen sektorübergreifenden Versorgungsform dazu geeignet, Qualitätsstandards und Behandlungspfade zu definieren, um eine bestmögliche Versorgung von MS-Betroffenen von Anfang an sicherzustellen und damit generelle Maßstäbe zu setzen. Demnach sind die Neurologinnen und Neurologen als verantwortliche Teamleitungen gefragt, Standards zu definieren. Dieses Angebot sollte mit Engagement angenommen werden.

Literatur

1. Petersen G et al. Epidemiologie der Multiple Sklerose in Deutschland: Regionale Unterschiede und Versorgungsstruktur in Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung. *Nervenarzt*. 2014;85(8):990–8
2. Dippel FW et al. Krankenversicherungsdaten bestätigen hohe Prävalenz der Multiple Sklerose. *Akt Neurol* 2015;42:191–6
3. Thompson AJ et al. Diagnosis of multiple sclerosis: 2017 revisions of the McDonald criteria. *Lancet Neurol*. 2018;17(2):162–73
4. Wiendl H et al. Multiple Sklerose Therapie Konsensus Gruppe: Positionspapier zur verlaufsmodifizierenden Therapie der Multiple Sklerose 2021 (White Paper). *Nervenarzt*. 2021;92(8):773–801
5. Sorensen PS et al. The apparently milder course of multiple sclerosis: changes in the diagnostic criteria, therapy and natural history. *Brain*. 2020;143(9):2637–52
6. Wattjes MP et al. Magnetic Resonance Imaging in Multiple Sclerosis study group; Consortium of Multiple Sclerosis Centres; North American Imaging in Multiple Sclerosis Cooperative MRI guidelines working group. 2021 MAGNIMS-CMCS-NAIMS consensus recommendations on the use of MRI in patients with multiple sclerosis. *Lancet Neurol*. 2021;20(8):653–70
7. Benedict RHB et al. Cognitive impairment in multiple sclerosis: clinical management, MRI, and therapeutic avenues. *Lancet Neurol*. 2020;19(10):860–71
8. Dillenseger A et al. Digital Biomarkers in Multiple Sclerosis. *Brain Sci*. 2021;11(11):1519

AUTOREN

Dr. med. Catharina Korsukewitz

Klinik für Neurologie
mit Institut für Translationale Neurologie am
Universitätsklinikum
Münster
Albert-Schweitzer-
Campus 1
48149 Münster

catharina.korsukewitz@ukmuenster.de

Prof. Dr. med. Mathias Mäurer

Klinik für Neurologie, Klinikum Würzburg
Mitte
Juliuspromenade 19
97070 Würzburg

neurologie.juliusspital@kwm-klinikum.de

Prof. Dr. med. Heinz Wiendl

Direktor der Klinik für Neurologie mit
Institut für Translationale Neurologie am
Universitätsklinikum Münster
Albert-Schweitzer-Campus 1
48149 Münster

wiendl@uni-muenster.de



Kleinanzeigen aus der Praxis

Praxisbörse

Suche WBA Neurologie u./o. Psychiatrie jeweils 12 Monate, auch in TZ, Gemeinschaftspraxis Duisburg-Mitte. ENG/EP/EEG/Duplex, epileptologischer Schwerpunkt, gutachterliche Tätigkeit. **Kontakt:** bewerbung@neurologie-drwessels.de, Telefon 0202 357077

Nachfolger für nervenärztliche Praxis im KV-Bezirk Oldenburg-Vechta gesucht. Übergabe variabel, gern zu Mitte 2023. Praxis in einem Ärztehaus, großer Patientenstamm, motiviertes Team. **Kontakt:** praxis.hagemense@ewetel.net, Telefon 0151 10668604

Ertragstarke Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie abzugeben. Zum 1. April 2023 oder nach Absprache; Modalitäten verhandelbar. **Kontakt:** ulrike.a.dietzsch@t-online.de, Telefon 0641 9848792

Psychiatrisch-neurologische Praxis in Wuppertal, bestens eingeführt, 2023 abzugeben. Einarbeitung möglich. **Kontakt:** dr.einhard.lips@t-online.de, Telefon 01577 2710161

Kaufen | Verkaufen | Sonstiges

Großzügiges Sprechzimmer in moderner Neurologie- u./o. Psychiatrie-Gemeinschaftspraxis zu vermieten. Zum Beispiel für Gutachten, Psychotherapie. Neues Mobiliar, Klimaanlage. Duisburg Mitte, ca. 20 m², Mitnutzung Anmeldung und Diagnostik optional, Miete VB. **Kontakt:** info@neurologie-drwessels.de oder Telefon 0203 357077

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

Exklusiv für Mitglieder: kostenlos inserieren!

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



Einsendeschluss: 17. Januar 2023

Ticstörungen bestehen bei rund 20 % der Betroffenen auch im Erwachsenenalter fort und verursachen in einigen Fällen einen relevanten Leidensdruck.



Motorische und vokale Störungen

Tics bei Erwachsenen

Tics können im Kindesalter häufig beobachtet werden und sind für Betroffene meist keine große Belastung, vorausgesetzt, sie selbst sowie das Umfeld sind über die neurobiologischen Grundlagen von Tics und den zu erwartenden, meist günstigen Verlauf, aufgeklärt und verständnisvoll. Eine gezielte medizinische Behandlung ist bei Kindern in der Regel nicht erforderlich. Sollten Tics jedoch über Jahre oder sogar bis ins Erwachsenenalter fortbestehen und Betroffene belasten oder einschränken, ist klinisch eine Abwägung unterschiedlicher Behandlungsmöglichkeiten geboten. Die diagnostische Zuordnung von Tics und Abgrenzung von anderen Störungsbildern ist meist unproblematisch, die Behandlung von Tics mit medikamentösen oder verhaltens-therapeutischen Methoden ist mittlerweile gut etabliert.

TINA RAWISH, GESINE SALLANDT, ALEXANDER MÜNCHAU

Tics sind kurze, plötzlich und repetitiv auftretende Bewegungen oder Laute, die nicht zum Kontext passen und keinen ersichtlichen Zweck haben [1]. Sie werden in motorische und vokale Tics unterteilt [2]. Bei einem Erkrankten sind sehr unterschiedliche Tics möglich. Meist treten zunächst einfache motorische Tics, vorrangig im Gesicht, an Nacken und an der Schulter auf, Tics an den Extremitäten sind seltener [3]. Es werden einfache und komplexe motorische Tics unterschieden [4], wobei einfache Tics einen oder wenige Muskeln (z. B. Blinzeln, Zwinkern, Naserümpfen) betreffen, komplexe Tics dagegen mehrere Muskelgruppen (z. B. konzertierte Kopf- und Schulterbewegungen). Vokale Tics sind beispielsweise Tiergeräusche, Husten, Fiepen oder Piepsen.

Viele Patientinnen und Patienten berichten, in der Lage zu sein, Tics zumindest zeitweise zu unterdrücken, was jedoch meist als anstrengend empfunden wird. Anschließend an eine Phase der Unterdrückung werden die Tics manchmal als verstärkt wahrgenommen, wobei das empirisch bislang nicht gezeigt werden konnte [5].

Zusätzlich zu Tics berichten Betroffene häufig ein Tic-assoziiertes Vorgefühl, das sehr unterschiedlich beschrieben wird, etwa als Hitzegefühl, Kribbeln oder Druck [6]. Das Vorgefühl kann im ganzen Körper vorkommen, tritt aber gehäuft in der Körperregion auf, in der der Tic folgt [7]. Es gibt Studien, die belegen, dass die Intensität des Vorgefühls im Zusammenhang mit der Tic-Schwere steht [8]. Ein Vorgefühl ist bei Jugendlichen und Erwachsenen weiter verbreitet als bei Kindern [6]. Häufig nimmt das Vorgefühl durch die Ausführung der Tics ab, während es beim Unterdrücken der Tics zunimmt [9]. Tics und Vor-

gefühl stehen also in Verbindung. Was einen kausalen Zusammenhang angeht, ist die Studienlage aber uneinheitlich [8, 9].

Bei einigen Betroffenen kann es zu Echophänomenen (Echo-praxie und Echolalie) kommen, das heißt Nachahmung beobachteter beziehungsweise gehörter Bewegungen oder Geräusche/Äußerungen [10]. Auch gibt es Paliphänomene, bei denen eigene Bewegungen oder Äußerungen wiederholt werden. Bei etwa 20 % treten Koprophänomene auf, das heißt Koprolalie (Aussprechen von Schimpfwörtern) oder Kopropraxie (Zeigen von obszönen Gesten) [11]. Diese Phänomene sind in der öffentlichen Darstellung, da aufmerksamkeitswirksam, oft überbetont oder überrepräsentiert. Klassische Koprophänomene bestehen bei Menschen mit Tics selten aus ganzen Sätzen, vielmehr aus einzelnen Wörtern oder auch nur Anteilen von Schimpfwörtern.

Klassifikation von Tics

Tics und Ticstörungen lassen sich nach Komplexität und der Zeitspanne seit Beginn der Beschwerden unterscheiden. Halten die Tics für weniger als ein Jahr an, ist nach ICD-10 und DSM-5 von einer vorübergehenden Ticstörung auszugehen [12]. Bestehen ausschließlich motorische oder vokale Tics, die jedoch länger als ein Jahr anhalten, wird von einer chronischen motorischen (wenn vokale Tics fehlen) oder vokalen (in Abwesenheit motorischer Tics) Ticstörung gesprochen. Beim gleichzeitigen Vorhandensein von sowohl motorischen als auch mindestens eines vokalen Tics, die über mindestens ein Jahr bestehen und vor dem 18. Lebensjahr erstmalig aufgetreten sind, kann die Diagnose eines Tourette-Syndroms gestellt werden

[13]. Das Tourette-Syndrom ist tendenziell mit einem höheren Schweregrad der Tics sowie mit häufigeren komorbiden psychiatrischen Erkrankungen assoziiert [14]. Allerdings weisen jüngere Arbeiten darauf hin, dass das Tourette-Syndrom keine eigenständige Entität ist, sondern dass es vielmehr fließende Übergänge zwischen chronisch motorischen Ticstörungen und dem Tourette-Syndrom gibt [15].

Epidemiologie und Verlauf

Für das Tourette-Syndrom wird eine Prävalenz von zirka 1 % in der Gesamtbevölkerung berichtet, die Prävalenz für Ticstörungen ist insgesamt deutlich höher, wobei die Angaben hier mit 1–25 % je nach Studie sehr unterschiedlich sind [14].

Häufig können bei Kindern vor allem einfache motorische Tics beobachtet werden, die meist im Alter von sechs bis acht Jahren beginnen und dabei oft vorübergehend und nicht behandlungsbedürftig sind. Vokale Tics treten in der Regel etwa zwei Jahre nach Einsetzen der motorischen Tics auf. Jungen haben ungefähr drei- bis viermal häufiger Tics als Mädchen. Typisch ist ein schwankender Verlauf mit Phasen verminderter und deutlich verstärkter Tics [2]. Obwohl es im Verlauf der Jugend und des jungen Erwachsenenalters meist zu einer Voll- oder Teilremission kommt, persistiert die Symptomatik in einer klinisch bedeutsamen Weise bei zirka 20 % der Betroffenen bis ins Erwachsenenalter [2].

Differenzialdiagnosen

Tics werden nach Anamnese und Befund klinisch diagnostiziert. Die derzeit wichtigste und häufigste Differenzialdiagnose sind funktionelle Tic-ähnliche Bewegungsstörungen (FTB). Sie bilden sich typischerweise bei Jugendlichen oder jungen Erwachsenen aus, aber nicht, oder nur sehr selten bei Kindern unter zehn Jahren. Meist kommt es zu einem plötzlichen Symptombeginn innerhalb von Stunden oder Tagen, mit multiplen und teils hochkomplexen Bewegungen, die oft einen kommunikativen Charakter haben und personenbezogen sein können. So kann es etwa zu kommentierenden Ausrufen oder Anfassen anderer kommen. Symptome bei FTB verstärken sich meist, wenn Betroffene anderen Menschen begegnen und flauen ab, wenn sie alleine sind. Bei dem Tourette-Syndrom ist das genau umgekehrt. Bei FTB sind Kopropraxie und Koprolalie häufiger als beim Tourette-Syndrom und stehen stärker im Vordergrund [16]. Während Tourette-Syndrom-Tics gehäuft im Gesicht, an Hals und Kopf auftreten, sind bei Patientinnen und Patienten mit FTB öfter die Extremitäten und der Rumpf betroffen. Ein Unterdrücken der Bewegungen bei FTB ist oft nicht möglich. Auch sind bei FTB Komorbiditäten wie generalisierte Angststörung, Panikstörung oder Depression häufiger als beim Tourette-Syndrom [17]. Bei manchen Patientinnen und Patienten treten sowohl klassische Tics (mit Beginn meist in der Grundschulzeit) als auch FTB auf (später im Verlauf).

Wie auch bei anderen funktionellen Bewegungsstörungen ist die präzise frühzeitige Diagnose sehr wichtig, um rasch eine adäquate Therapie einzuleiten. Neben umfassender Aufklärung bieten sich verhaltenstherapeutischen Behandlungen an.

Während der ersten beiden Jahre der COVID-19-Pandemie war eine Zunahme von FTB zu beobachten. Parallel, jedoch

auch schon in den Jahren davor, traten FTB gelegentlich infolge des Konsums von Social-Media-Beiträgen (z. B. bei YouTube) auf, in denen unter dem Label „Tourette-Syndrom“ nicht Tourette-typisches bizarres, obszönes, grenzüberschreitendes Fehlverhalten gezeigt wurde [18, 19]. Teilweise hatten diese Patientinnen und Patienten sogar die gleichen Verhaltensweisen, die auf den Videos zu sehen waren [20].

Eine weitere Differenzialdiagnose von Tics sind Stereotypien. Sie treten hauptsächlich bei jüngeren Kindern auf, sind ebenfalls repetitiv, jedoch komplexer und ähneln Handlungs-routinen, zum Beispiel wiederholt ablaufende dirigentenartige, wedelnde Armbewegungen. Üblicherweise treten sie in Phasen der Versunkenheit in bestimmte Aktivitäten auf, zum Beispiel beim Spielen. Häufig sind die motorischen Abläufe gleich. Wird das betroffene Kind währenddessen angesprochen, sistiert die Bewegung meist prompt. Ein Vorgefühl ist bei Stereotypien untypisch. Meist fühlen sich Kinder durch Stereotypien nicht belastet, sie können aber anderen auffallen, werden dann nicht selten fragend oder abwertend kommentiert und können den Tagesablauf beeinträchtigen.

Tics lassen sich meist problemlos von Chorea abgrenzen, charakterisiert durch rasche, fließende, unvorhersagbare regellose Extrabewegungen und Myoklonus, blitzartige Bewegungen, die meist wenige Muskelgruppen betreffen. Chorea und Myoklonus lassen sich üblicherweise nicht unterdrücken und sind auch nicht mit einem Vorgefühl assoziiert. Im Zweifel kann ein EMG bei der Unterscheidung helfen: Myoklonien sind meist durch kurze Bursts (50–150 ms) gekennzeichnet, während Tics länger anhalten (> 150 ms) [21]. Länger anhaltende dystone Tics können einer Dystonie ähneln.

Weiterhin sind Tics von Zwängen oder zwanghaftem Verhalten zu differenzieren, besonders, wenn dieses Verhalten kurze oder repetitive Bewegungen beinhaltet. Im Gegensatz zu Tics sind für Zwänge Befürchtungen oder Ängste normal, die mit dem Nichtausführen von Zwangshandlungen verbunden sind. Teilweise sind zwanghafte Bewegungen jedoch nicht oder nur schwer von Tics zu trennen, vor allem da Empfindungen im Zusammenhang mit Zwängen den mit Tics assoziierten Vorgefühlen ähneln können.

Eine seltene Differenzialdiagnose stellen außerdem fokale motorische epileptische Anfälle dar. Sie können mittels simultaner EEG-Aufzeichnungen bestätigt werden.

Differenzialdiagnosen von Tics zeigt **Tab. 1**.

Tourette-Syndrom: Komorbiditäten

Die meisten Patientinnen und Patienten mit Tourette-Syndrom haben eine oder mehrere Komorbiditäten. Eine häufige Komorbidität ist die Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS), die 50–60 % der Kinder mit Gilles-de-la-Tourette-Syndrom aufweisen [2]. Zum Teil besteht die ADHS-Symptomatik auch im Erwachsenenalter fort und verursacht in einigen Fällen einen nennenswerten Leidensdruck, insbesondere in verschiedenen Bereichen des Alltags und des psychosozialen Funktionierens. Weiterhin gehen Ticstörungen in zirka 50 % der Fälle mit komorbiden Zwangsstörungen einher [22], wobei diese im Gegensatz zu einer ADHS, die der Ticstörung für gewöhnlich vorausgeht, sich meist erst einige Jahre nach Beginn

der Ticstörung entwickeln. Darüber hinaus sind auch Angststörungen und Depressionen häufig mit Ticstörungen vergesellschaftet [2].

Anamnese und Untersuchung

Die Diagnose der Ticstörung kann in der Sprechstunde gestellt werden. Eine ausführliche Anamnese und Untersuchung sind Grundlage der Diagnose.

Wichtige Aspekte sind hier vor allem der klinische Verlauf, der meist bereits in der Kindheit der Betroffenen begonnen hat. Zusätzlich sind die unterschiedlichen Charakteristika der Tics sowie die verstärkenden und erleichternden Faktoren wichtig. Außerdem sollte gezielt nach einem Vorgefühl gefragt werden.

Ein besonderer Fokus sollte auch auf der Sozial- und Familienanamnese liegen. Hierbei sind vor allem Bildungsstand, Berufstätigkeit, soziales Netzwerk und Ressourcen zu beachten. Weiterhin sind Symptome von möglichen Komorbiditäten, insbesondere Zwängen und ADHS zu erfragen. Ebenso sollte die Einnahme von Medikamenten und alternativmedizinischen Präparaten erfragt werden.

Die neurologische Untersuchung zeigt in der Regel bis auf Tics keine weiteren Auffälligkeiten. Eine Zusatzdiagnostik, insbesondere eine MRT, ist bei typischer Klinik, nicht erforderlich.

Behandlung von Tics

Ob eine spezifische Behandlung der Tics notwendig ist, richtet sich danach, wie schwer diese, aber auch komorbide Störungen ausgeprägt sind und wie hoch der Leidensdruck der Betroffenen in Bezug auf die Symptomatik ist. Häufig tragen bereits psychoedukative Maßnahmen in Bezug auf Tics und Hinweise zum Umgang mit diesen im Alltag zu einer deutlichen Entlastung von Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen bei und können in vielen Fällen schon ausreichend sein [23].

Viele der Erwachsenen mit Ticstörungen leben bereits seit Jahren damit. Während einige einen zufriedenstellenden Umgang in dieser Situation entwickeln konnten, erleben andere die Tics als sehr belastend und einschränkend. Obwohl es bislang keine ursachenorientierte Behandlung gibt, stehen unterschiedliche symptomatische Therapien zur Verfügung. Dabei sollte in jedem Fall die Ausprägung eventueller Komorbiditäten geprüft werden und im Behandlungsplan Berücksichtigung finden. Gegebenenfalls sollte die Behandlung der komorbiden Störung priorisiert werden, sollte diese deutlich im Vordergrund stehen. Im Falle einer Besserung der komorbiden Störung ist häufig auch eine Linderung der Tics zu beobachten [23].

Verhaltenstherapie

Die im Jahr 2021 erschienenen „Europäischen klinischen Leitlinien für das Tourette-Syndrom und andere Ticstörungen“ betonen die Rolle verhaltenstherapeutischer Ansätze bei der Behandlung von Ticstörungen [24]. Als Methoden der ersten Wahl gelten insbesondere Habit Reversal Training (HRT)/ Comprehensive Behavioral Intervention for Tics (CBIT) und Exposition mit Reaktionsverhinderung (Exposure and Response Prevention – ERP). In den vergangenen Jahren konnte durch randomisiert kontrollierte Studien, bei denen insbesondere das

Tab. 1: Differenzialdiagnosen von Tics

- funktionelle Tic-ähnliche Bewegungsstörung (FTB)
- Stereotypien
- Chorea
- Zwänge/zwanghaftes Verhalten
- fokale motorische epileptische Anfälle

HRT im Fokus stand, die Wirksamkeit sowohl von HRT als auch ERP aufgezeigt werden [25, 26, 27]. Beide Methoden sind sowohl für die Anwendung bei Kindern und Jugendlichen als auch Erwachsenen geeignet, wobei bei ersteren der aktiven Einbindung der Eltern in den Therapieprozess eine große Bedeutung zukommt [28].

Gleichzeitig besteht in Deutschland jedoch ein großer Mangel an derartigen Therapieangeboten, insbesondere im Erwachsenenbereich. Diese Therapien werden bei Erwachsenen aktuell vorwiegend im Rahmen von Studien angeboten. Aufgrund dessen kommt der Entwicklung und Erprobung neuer Behandlungsformate, beispielsweise der ortsunabhängigen Behandlung mittels Videotherapie oder internetbasierten Therapieangeboten, eine große Bedeutung zu.

Habit Reversal Training/Comprehensive Behavioral Intervention for Tics

Die größte Evidenz für die Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Interventionen in der Behandlung von Ticstörungen gibt es für das HRT [24]. CBIT stellt dabei im Wesentlichen eine Erweiterung des HRT um einige Behandlungsbausteine dar. Insgesamt besteht CBIT aus zwei grundlegenden Komponenten, dem HRT einerseits und einer Funktionsanalyse zur Identifikation verstärkender (innerer oder äußerer) Faktoren mit anschließender Erarbeitung darauf bezogener Interventionen andererseits. Weitere Elemente bilden Psychoedukation und das Einüben von Entspannungstechniken. Dabei wird jeder als störend empfundene Tic einzeln und in separaten Sitzungen adressiert. Das HRT (Gewohnheitsumkehrtraining) beruht auf der bewussten Wahrnehmung des einem Tic vorangehenden Vorgefühls. Das wird im Rahmen des Wahrnehmungstrainings zunächst in mehreren Schritten ausführlich trainiert. Anschließend wird für den jeweiligen Tic nach bestimmten Kriterien eine Gegenbewegung ausgewählt und eingeübt, die idealerweise mit der gleichzeitigen Ausführung des eigentlichen Tics nicht zu vereinbaren ist. Das wird schließlich im Alltag ausführlich erprobt und trainiert. Dadurch soll es den Betroffenen ermöglicht werden, anstelle der Tics als gewohnte Reaktion, mit einer alternativen (weniger auffälligen und weniger störenden) Verhaltensantwort auf das Vorgefühl zu reagieren und demnach ein neues Verhalten zu erlernen [14].

Exposition mit Reaktionsverhinderung

Ebenso wie beim HRT kommt auch bei der ERP der bewussten Wahrnehmung des dem Tic vorangehenden Vorgefühls eine große Bedeutung zu. Diese verhaltenstherapeutische Methode wird bereits seit Jahren in der psychotherapeutischen Behand-

Tab. 2: Behandlung von Tics

- Verhaltenstherapie
 - *Habit Reversal Training (HRT)*
 - *Comprehensive Behavioral Intervention for Tics (CBIT)*
 - *Exposition mit Reaktionsverhinderung (Exposure and Response Prevention, ERP)*
- Dritte-Welle-Verfahren
- Medikamentöse Therapie
 - *Dopaminrezeptorantagonisten (Antipsychotika)*
 - *Aripiprazol (Off-Label)*
 - *Risperidon (Off-Label)*
 - *Pimozid (Off-Label)*
 - *Sulpirid (Off-Label)*
 - *Tiaprid (Kinder)*
 - *zentrale Alpha-2-Agonisten (Kinder)*
 - *Guanfacin (Off-Label)*
 - *Clonidin (Off-Label)*
 - *Cannabinoide (Off-Label)*
 - *Botulinumtoxin (Off-Label)*
- tiefe Hirnstimulation (im Rahmen von Studien)

lung, beispielsweise von Zwangserkrankungen, eingesetzt und fand schließlich auch in der Therapie von Tics ihren Platz. Im Gegensatz zum HRT wird hierbei aber nicht jeder Tic im Einzelnen behandelt, stattdessen sollen alle Tics auf einmal unterbleiben. Zunächst wird trainiert, der Ausführung der Tics für eine immer längere Zeitspanne zu widerstehen (Reaktionsverhinderung). Im Anschluss wird der Fokus nach und nach auf die Wahrnehmung der Vorgefühle gelenkt, wobei der Schwierigkeitsgrad zunehmend gesteigert wird, etwa durch Provokationsversuche in Bezug auf das Vorgefühl durch individuelle Triggerfaktoren. Ziel ist es hierbei, die automatisierte Ausführung von Tics aufgrund des Vorgefühls zu unterbinden [14, 24].

Dritte-Welle-Verfahren

Derzeit liegen erste Hinweise dafür vor, dass sich auch neuere verhaltenstherapeutische Methoden, wie beispielsweise metakognitive Therapie, Akzeptanz- und Commitment-Therapie oder achtsamkeitsbasierte Stressreduktion in der Behandlung von Ticstörungen als wirksam erweisen könnten [29, 30, 31]. Diese werden wegen fehlender wissenschaftlicher Evidenz beziehungsweise einem Mangel an randomisiert-kontrollierten Studien aktuell allerdings nicht als alleinige therapeutische Maßnahme zur Behandlung von Ticstörungen empfohlen [24].

Medikamentöse Therapie

Über die psychotherapeutischen und psychoedukativen Verfahren hinaus ist auch die medikamentöse Therapie der Ticstörungen gut etabliert.

Zu den medikamentösen Therapiemöglichkeiten gehören in erster Linie Dopaminrezeptor-Antagonisten (Antipsychotika). Grundsätzlich sollte eine Behandlung mit einer niedrigen Anfangsdosis begonnen werden und diese im Verlauf gegebenenfalls allmählich gesteigert werden. An Präparaten steht bei Erwachsenen insbesondere Aripiprazol (Off-Label) im Vorder-

grund, das mit $1 \times 2,5$ mg/Tag morgens eindosiert und im Verlauf alle sieben Tage um 2,5 mg gesteigert werden kann, bis eine wirksame Dosis gefunden wurde [32]. Die Maximaldosis beträgt 20–30 mg/Tag. Häufige Nebenwirkungen sind Gewichtszunahme, Müdigkeit und Konzentrationsprobleme. Alternativ kommt insbesondere Risperidon (Off-Label) für die Behandlung infrage [32]. Hierbei wird anfangs eine Dosis von $1 \times 0,5$ mg/Tag am Abend empfohlen sowie eine wöchentliche Steigerung um 0,25 mg. Die übliche Höchstdosis beträgt 4 mg pro Tag. Risperidon hat typischerweise mehr Nebenwirkungen als Aripiprazol und wird deshalb seltener eingesetzt. Alternative Antipsychotika zur Behandlung von Tics bei Erwachsenen sind Pimozid und Sulpirid, letzteres vor allem bei komorbiden Zwängen. Bei Kindern sind neben dem Dopaminantagonisten Tiaprid auch Guanfacin und Clonidin, zentrale Alpha-2-Agonisten, als Medikamente möglich [2]. Diese Medikamente sind jedoch bei Erwachsenen nicht oder nur sehr gering wirksam.

Des Weiteren profitieren manche Patientinnen und Patienten von Cannabinoiden [33]. Die Kostenübernahme der Medikamente durch die Krankenkasse muss gesondert beantragt werden und erfolgt erst nach Therapieversuchen mit First-Line-Medikamenten. Cannabinoide, die auch gegen Zwänge wirksam sein können, sollten ebenfalls vorsichtig eindosiert werden. Typische Nebenwirkungen sind Schwindel und Übelkeit [34]. Wenn sich Tics auf bestimmte Muskelgruppen beschränken, kann eine Behandlung mit Botulinumtoxin zu einer Symptom-erleichterung führen [35].

Tiefe Hirnstimulation

Eine weitere, bisher experimentelle, Methode bei Patientinnen und Patienten mit Tourette-Syndrom oder chronischer Ticstörung ist die tiefe Hirnstimulation. Bisher wurden der Globus pallidus internus und centro-mediane Thalamuskern am erfolgreichsten stimuliert [36]. Der Einsatz erfolgt vorwiegend im Rahmen klinischer Studien.

Behandlungsoptionen von Tics sind in **Tab. 2** zusammengefasst.

Fazit für die Praxis

Obwohl Tics vor allem im Kindesalter auftreten und häufig ohne die Notwendigkeit des Einsatzes therapeutischer Maßnahmen wieder abklingen, bestehen sie bei zirka 20% der Betroffenen auch im Erwachsenenalter fort und verursachen in einigen Fällen einen relevanten Leidensdruck. Tics sind von nicht seltenen funktionellen Tic-ähnlichen Extrabewegungen abzugrenzen. Bislang gibt es keine ursachenorientierten Therapien, allerdings stehen eine Reihe etablierter und gut wirksamer Behandlungen zur Linderung von Tics zur Verfügung. Neben medikamentösen Ansätzen hat insbesondere die Bedeutung verhaltenstherapeutischer Methoden in den vergange-

Online-Links zu Tic-Störungen

- Tourette-Gesellschaft Deutschland e. V. (TGD): www.tourette-gesellschaft.de
- Tourette-Syndrom Homepage: www.tourette.de
- Interessenverband Tic & Tourette Syndrom e. V.: IV-TS.de

nen Jahren zugenommen, die mittlerweile als erste Wahl in der Behandlung von Ticstörungen empfohlen werden. Die Versorgungslage ist jedoch im Hinblick auf Therapeutinnen und Therapeuten, die mit der Behandlung von Ticstörungen anhand der genannten Methoden vertraut sind, insbesondere im Erwachsenenbereich in Deutschland aktuell noch unzureichend.

Literatur

- Ludolph AG et al. Tourette syndrome and other tic disorders in childhood, adolescence and adulthood. *Dtsch Arztebl Int.* November 2012;109(48):821–88
- Paulus T et al. Das Tourette-Syndrom und dessen Abgrenzung zu wichtigen Differenzialdiagnosen. *PSYCH up2date.* Juli 2021;15(04):321–35
- Ganos C, Münchau A, Bhatia KP. The Semiology of Tics, Tourette's, and Their Associations. *Mov Disord Clin Pract.* 2014;1(3):145–53
- Jankovic J. Phenomenology and classification of tics. *Neurol Clin.* 1997;15(2):267–75
- Müller-Vahl KR et al. Tourette patients' misbelief of a tic rebound is due to overall difficulties in reliable tic rating. *J Psychosom Res.* 2014;76(6):472–6
- Banaschewski T et al. Premonitory sensory phenomena and suppressibility of tics in Tourette syndrome: developmental aspects in children and adolescents. *Dev Med Child Neurol.* 2003;45(10):700–3
- Essing J et al. Premonitory Urges Reconsidered: Urge Location Corresponds to Tic Location in Patients With Primary Tic Disorders. *J Mov Disord.* 2022;15(1):43–52
- Schubert L et al. Inter-individual differences in urge-tic associations in Tourette syndrome. *Cortex.* 2021;143:80–91
- Brandt VC et al. Temporal relationship between premonitory urges and tics in Gilles de la Tourette syndrome. *Cortex.* 2016;77:24–37
- Ganos C et al. The pathophysiology of echopraxia/echolalia: Relevance to Gilles De La Tourette syndrome. *Mov Disord.* 2012;27(10):1222–9
- Freeman RD et al. Coprophenomena in Tourette syndrome. *Dev Med Child Neurol.* 2009;51(3):218–27
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. Fifth Edition. Washington, D.C.; 2013
- World Health Organization (WHO). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research [Internet]. Genève, Switzerland: World Health Organization; 1993. Verfügbar unter: <https://icd.who.int/browse10/2016/en>
- Müller-Vahl K et al. Tourette-Syndrom und andere Tic-Störungen: Mit einem Manual zum Habit Reversal Training. Kohlhammer Verlag; 2018:169
- Paulus T et al. Questioning the definition of Tourette syndrome-evidence from machine learning. *Brain Commun.* 2021;3(4):fcb282
- Han VX et al. Rapid onset functional tic-like behaviours in children and adolescents during COVID-19: Clinical features, assessment and biopsychosocial treatment approach. *J Paediatr Child Health.* 2022;58(7):1181–7
- Howlett M et al. Prognosis of rapid onset functional tic-like behaviors: Prospective follow-up over 6 months. *Brain Behav.* 2022;12(6):e2606
- Heyman I, Liang H, Hedderly T. COVID-19 related increase in childhood tics and tic-like attacks. *Arch Dis Child.* 2021;106(5):420–1
- Paulus T et al. Pandemic Tic-like Behaviors Following Social Media Consumption. *Mov Disord.* 2021;36(12):2932–5
- Müller-Vahl KR et al. Stop that! It's not Tourette's but a new type of mass sociogenic illness. *Brain.* 2021;145(2):476–80
- van der Veen S et al. The diagnostic value of clinical neurophysiology in hyperkinetic movement disorders: A systematic review. *Parkinsonism & Related Disorders.* 2021;89:176–85
- Hirschtritt ME et al. Lifetime Prevalence, Age of Risk, and Genetic Relationships of Comorbid Psychiatric Disorders in Tourette Syndrome. *JAMA Psychiatry.* 2015;72(4):325–33
- Leckman JF. Tourette's syndrome. *The Lancet.* 2002;360(9345):1577–86
- Andrén P et al. European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders – version 2.0. Part II: psychological interventions. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2022;31(3):403–23
- Wilhelm S et al. Habit Reversal Versus Supportive Psychotherapy for Tourette's Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Am J Psychiatry.* 2003;160(6):1175–7
- Piacentini J et al. Behavior Therapy for Children with Tourette Disorder: A Randomized Controlled Trial. *JAMA.* 2010;303(19):1929–37
- Verdellen CWJ et al. Exposure with response prevention versus habit reversal in Tourette's syndrome: a controlled study. *Behav Res Ther.* 2004;42(5):501–11
- Szejko N et al. European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders-version 2.0. Part I: assessment. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2022;31(3):383–402
- Schaich A. Treatment of Tourette Syndrome With Attention Training Technique – A Case Series. *Front Psychiatry.* 2020;11:7
- Franklin ME, Best SH, Wilson MA, Loew B, Compton SN. Habit Reversal Training and Acceptance and Commitment Therapy for Tourette Syndrome: A Pilot Project. *J Dev Phys Disabil.* Februar 2011;23(1):49–60
- Reese HE et al. Mindfulness-based stress reduction for Tourette syndrome and chronic tic disorder: A pilot study. *J Psychosom Res.* 2015;78(3):293–8
- Roessner V et al. European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders – version 2.0. Part III: pharmacological treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2022;31(3):425–41
- Milosevic LM et al. Treatment of Gilles de la Tourette Syndrome with Cannabis-Based Medicine: Results from a Retrospective Analysis and Online Survey. *Cannabis Cannabinoid Res.* 2019;4(4):265–74
- Wang T, Collet JP, Shapiro S, Ware MA. Adverse effects of medical cannabinoids: a systematic review. *CMAJ.* 17. Juni 2008;178(13):1669–78
- Marras C et al. Botulinum toxin for simple motor tics: a randomized, double-blind, controlled clinical trial. *Neurology.* 2001;56(5):605–10
- Baldermann JC Deep et al. Brain Stimulation for Tourette-Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Brain Stimul.* 2016;9(2):296–304

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

Tina Rawish

Institut für Systemische Motorikforschung
Center of Brain, Behavior and Metabolism (CBBM)
Universität zu Lübeck
tina.rawish@neuro.uni-luebeck.de



Gesine Sallandt

Institut für Systemische Motorikforschung, CBBM, Universität zu Lübeck, Abteilung für Neurologie, Universitätsklinik Schleswig-Holstein, Campus Lübeck
gesine.sallandt@neuro.uni-luebeck.de

Univ.-Prof. Dr. med. Alexander Münchau

Institut für Systemische Motorikforschung, Center of Brain, Behavior and Metabolism (CBBM), Universität zu Lübeck
Ratzeburger Allee 160, 23562 Lübeck
alexander.muenchau@neuro.uni-luebeck.de

FIN gültig bis 28.12.2022:

NT2212SX

Tics bei Erwachsenen

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 in Bezug auf Tics trifft am ehesten zu?

- ☐ Tics treten im Kindesalter selten auf, aber bedürfen dann oft einer Behandlung.
- ☐ Ein häufiges Symptom des Tourette-Syndroms stellen Koprophänomene dar.
- ☐ Häufig treten am Anfang zunächst komplexe Tics auf.
- ☐ Das Tourette-Syndrom unterscheidet sich von einer chronischen Ticstörung im Wesentlichen durch das gleichzeitige Vorliegen motorischer und vokaler Tics.
- ☐ Per Definition gibt es bei einem Patienten nur einen spezifischen Tic.

? Welche Aussage in Bezug auf differenzialdiagnostische Überlegungen trifft am ehesten zu?

- ☐ Tics gehen so gut wie nie mit Zwängen einher.
- ☐ Eine Komorbidität mit ADHS stellt eine Ausnahme dar.
- ☐ Die Begriffe Tic und Stereotypie können synonym verwendet werden.
- ☐ Seit Beginn der COVID-19-Pandemie konnte eine Zunahme der ärztlichen Konsultationen aufgrund von funktionellen Tic-ähnlichen Bewegungen beobachtet werden.
- ☐ Funktionelle Tic-ähnliche Bewegungsstörungen (FTB) kommen gleichermaßen wie Tics vor allem am Kopf und im Gesicht vor.

? Welche Aussage trifft in Bezug auf die Behandlung von Tics zu?

- ☐ Eine medikamentöse Behandlung stellt immer die erste Wahl bei der Behandlung von Tic-Störungen dar.
- ☐ Psychoedukative Maßnahmen sind keinesfalls ausreichend in der Behandlung von Tics und sollten stets mit medikamentösen und/oder verhaltenstherapeutischen Behandlungsversuchen kombiniert werden.
- ☐ Als wirkungsvoll in der Behandlung von Tic-Störungen haben sich nach aktuellem Forschungsstand insbesondere Comprehensive Behavioral Intervention for Tics (CBIT), Habit Reversal Training (HRT) und Exposition mit Reaktionsverhinderung (ERP) erwiesen.
- ☐ Der Vorteil von Risperidon in der Behandlung von Tics gegenüber einer Behandlung mit Aripiprazol besteht insbesondere in einem geringeren Nebenwirkungsprofil.
- ☐ Die tiefe Hirnstimulation ist heutzutage Mittel der ersten Wahl.

? Welche Aussage trifft in Bezug auf den Tics vorausgehende Vorgefühle zu?

- ☐ Kinder berichten im Gegensatz zu Erwachsenen häufig Vorgefühle, die den Tics vorausgehen.
- ☐ Vorgefühle sind meist unspezifisch, das heißt nicht lokal begrenzt, sondern lassen sich eher als diffuses Unwohlsein bezeichnen.

- ☐ Nach Ausführung eines Tics, tritt das Vorgefühl an der entsprechenden Stelle häufig über Stunden oder gelegentlich auch über Tage nicht mehr auf.
- ☐ Studien konnten zeigen, dass die Intensität des Vorgefühls mit der Schwere der Tics korreliert.
- ☐ Vorgefühle entsprechen der epileptischen Aura und sollten entsprechend behandelt werden.

? Welche Aussage bezüglich verhaltenstherapeutischer Ansätze bei Tics trifft am ehesten zu?

- ☐ Das Habit Reversal Training (HRT), ebenso wie Exposition mit Reaktionsverhinderung (ERP) basieren auf der unbewussten Analyse der dem Tic vorausgehenden Ich-Störungen.
- ☐ Comprehensive Behavioral Intervention for Tics (CBIT) enthält das Habit Reversal Training (HRT) als eine grundlegende Behandlungskomponente.
- ☐ Bislang liegt eine gute Evidenz für die Wirksamkeit von Dritte-Welle-Methoden bei Tics vor, sodass diese als Standardinterventionen bei Tic-Störungen empfohlen werden.
- ☐ Beim Habit Reversal Training (HRT) werden alle Tics zeitgleich behandelt.
- ☐ Nur die systemische Familienverhaltentherapie hat bislang Erfolge gezeigt.

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.

? Funktionelle Tic-ähnliche Bewegungen (FTB) sind eine wichtige Differenzialdiagnose zum Tourette-Syndrom. Welche Aussagen zu FTBs trifft am ehesten zu?

- FTBs treten besonders bei Menschen ab dem 40. Lebensjahr auf.
- FTBs zeigen oft multiple und hochkomplexe Tics sowie vermehrt Koprophenomene.
- FTBs treten häufig nach Drogenkonsum auf.
- FTBs lassen sich am besten mit Antipsychotika behandeln.
- Eine typische Begleiterscheinung bei Morbus Huntington sind einfache FTBs.

? Ein 25-jähriger Patient stellt sich mit dem Verdacht auf eine Ticstörung vor. Er selbst befürchtet, unter einem Tourette-Syndrom zu leiden. Welche Aussage zur Diagnostik ist am ehesten korrekt?

- Ein MRT ist eine Standarduntersuchung.
- Eine ausführliche Anamnese vor allem in Bezug auf Krankheitsverlauf, Vorgefühl, Komorbiditäten sowie Sozial- und Familienanamnese stellt die Grundlage dar.
- Die neurologische Untersuchung ist nicht erforderlich.
- Eine apparative Diagnostik wie EEG zum Ausschluss fokaler epileptischer Anfälle ist nicht sinnvoll.
- Durch das EMG kann eine Myoklonus-epilepsie einfach abgegrenzt werden.

? Welche Aussage zur Phänomenologie von Tics ist richtig?

- Tics treten am häufigsten an den unteren Extremitäten auf.
- Typischerweise beginnt die Erkrankung bei den meisten Kindern mit einfachen motorischen Tics.
- Zu den einfachen vokalen Tics gehören unter anderem Mehrwortsätze.
- Tics treten klassischerweise im Kontext der Situation auf, beispielsweise kommentieren vokale Tics oft die umgebende Situation.
- Ein Vorgefühl kommt bei Tics im Gegensatz zur Epilepsie nicht vor.

? Eine 47-jährige Patientin mit einer Ticstörung stellt sich vor und fragt nach der Behandlungsoption einer tiefen Hirnstimulation (THS). Welche Antwort ist am ehesten richtig?

- Die THS ist ein Standardverfahren in der Therapie des Tourette-Syndroms.
- Alle Patienten profitieren gleich von einer THS-Behandlung.
- Die Stimulation bei der THS erfolgt hauptsächlich über den Globus pallidus oder centro-mediane Thalamuskern.
- Es ist nicht notwendig, dass die Patienten vorher bereits andere Behandlungsmethoden probiert haben.
- Klinische Studien sind hier nicht möglich, da es ein invasives Verfahren ist.

? Die medikamentöse Therapie bei der Behandlung des Tourette-Syndroms oder einer chronischen Ticstörung stellt eine wichtige Behandlungssäule dar. Welche Aussage trifft am ehesten zu?

- Die medikamentöse Behandlung sollte in absteigenden Dosierungen erfolgen, bis eine Stabilisierung eintritt.
- Aripiprazol hat sowohl bei Kindern als auch Erwachsenen keinen Effekt gezeigt.
- Tiaprid hat sich zur Behandlung von Tics bei Kindern bewährt.
- Cannabinoiden sind bei Patienten mit Tourette-Syndrom zugelassen.
- Medikamente der ersten Wahl sind Lithiumsalze.

Glatirameracetat für stillende MS-Patientinnen eine Option

Bei Frauen mit Multipler Sklerose (MS) sollte die Indikation zur Wiederaufnahme einer Immuntherapie nach der Entbindung an der Krankheitsaktivität vor und während der Schwangerschaft orientiert werden [S2k-Leitlinie 2021. Diagnose und Therapie der MS. DGN]. Bei geplantem Neustart ist zu beachten, dass nur wenige MS-Medikamente mit dem Stillen kompatibel sind. Neben den β -Interferonen gilt dies derzeit lediglich für Glatirameracetat (GA), das nach individueller Nutzen-Risiko-Analyse auch während der Stillzeit eingesetzt werden kann [Fachinformation Copaxone, Stand: Februar 2022]. Die erweiterte Zulassung

basiert auf Resultaten der COBRA-Studie, die bereits in einer ersten Analyse zur GA-Exposition stillender Mütter keine Hinweise für negative Effekte auf die kindliche Entwicklung und Gesundheit fand [Ciplea AI et al. Neurol Neuroimmunol Neuroinflamm. 2020;7(4):e757]. Auch nach einem aktuellen Update war bei keinem der Kinder aus der GA-Kohorte bei mindestens zwölfmonatiger Beobachtungsdauer eine Entwicklungsverzögerung feststellbar ($n=57$). In der Kontrollkohorte ($n=56$) sei dies bei drei Kindern der Fall gewesen, berichtete Prof. Dr. Herbert Schreiber, Facharzt für Neurologie, Ulm. Nach zwölf und 18 Monaten Beob-

achtungsdauer hätten sich zudem weder die Inzidenz von Krankenhausaufenthalten (alle Ursachen) gegenüber den Kontrollen erhöht noch die numerische Zahl der Kinder, die ein Antibiotikum erhalten hatten (**Abb. 1**) [Ciplea AI et al. Mult Scler. 2022;28(10):1641–50]. Die Rationale für eine Wiederaufnahme der Immuntherapie ist der im Schwangerschaftsverlauf kontinuierlich abnehmende schützende Effekt und ein korrespondierendes, vor allem postpartal deutlich steigendes Schubrisiko [Vukusic S et al. Clin Neurol Neurosurg. 2006;108(3):266–70].

Während der Schwangerschaft ist eine Weiterverordnung von GA im Einzelfall möglich, wenn zu erwarten ist, dass der therapeutische Nutzen für die Mutter die behandlungsassoziierten Risiken für das Kind übersteigt [S2k-Leitlinie 2021. Diagnose und Therapie der MS. DGN]. Nach, limitierten, Daten des deutschen MS- und Kinderwunschregisters waren Behandlungen nicht mit einer Zunahme von Malformationen, Frühgeburtlichkeit oder anderen Entbindungsmodi als vaginal assoziiert [Herbstritt S et al. Mult Scler. 2016;22(6):810–6]. Entsprechend wird GA bei geplanter Schwangerschaft und hohem Schubrisiko vergleichbar β -Interferonen bevorzugt empfohlen [S2k-Leitlinie 2021. Diagnose und Therapie der MS. DGN].

Daniel Neubacher

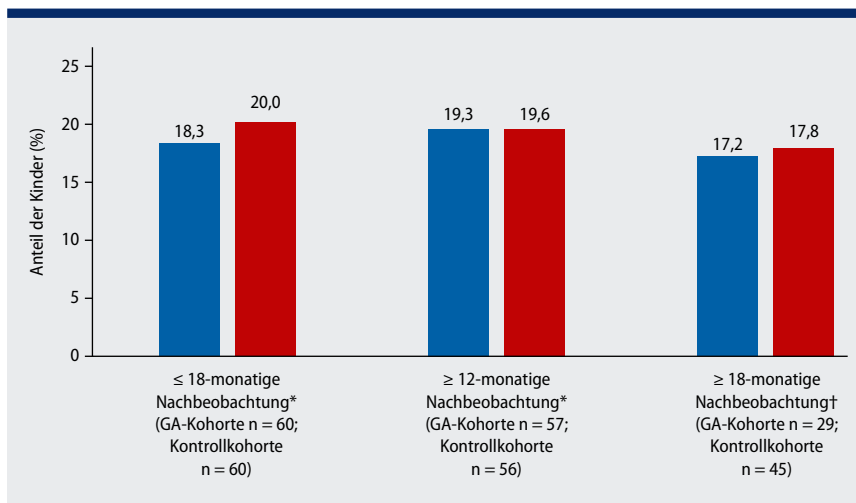


Abb. 1: GA-Exposition während der Stillzeit: keine erhöhte Inzidenz von Krankenhausaufenthalten bei den Kindern (mod. nach Ciplea AI et al. Mult Scler. 2022;28(10):1641–50)

Online-Pressegespräch „Therapiemanagement der Multiplen Sklerose – was zählt wirklich?“, 15.9.2022; Veranstalter: Teva

MS: BTK-Hemmer beeinflussen Krankheitsprozesse in Peripherie und ZNS

Zur Therapie der Multiplen Sklerose (MS) befinden sich mehrere Bruton-Tyrosinkinase (BTK)-Inhibitoren in der Entwicklung. MS-Experten erhoffen sich von dem neuen Therapieprinzip eine effektive Unterdrückung der Krankheitsprogression, die auch unabhängig von akuten Schüben zu fortschreitender Behinderung führen kann. In der Behandlung der MS habe es in den letzten Jahrzehnten zwar erhebliche Fortschritte gegeben, doch nach Angaben von Prof. Dr. Ralf Gold, Direktor der Neurologie

am katholischen Klinikum Bochum, stelle der Progress der Behinderung weiterhin einen ungedeckten medizinischen Bedarf dar. Da die Entzündung zu Beginn besonders stark und die Chance auf eine effektive Verzögerung des Fortschreitens der Erkrankung daher dann besonders groß sei, solle die Therapie laut Gold möglichst früh beginnen und möglichst lange fortgeführt werden. Zudem seien nach seinen Erklärungen weiterhin neue Wirkstoffe und Wirkprinzipien notwendig. Hierzu gehörten

BTK-Inhibitoren, die sich nach den Ausführungen von Prof. Dr. Dr. Sven Meuth, Direktor der Klinik für Neurologie des Universitätsklinikums Düsseldorf, dadurch auszeichneten, dass sie sowohl in der Peripherie als auch im zentralen Nervensystem (ZNS) in die Pathophysiologie der MS eingreifen. Denn die BTK sei zum einen in Prozesse involviert, die nach Aktivierung des B-Zell-Rezeptors in der Peripherie ablaufen. Zum anderen spiele sie auch eine Rolle bei Prozessen, die durch Aktivierung des FC γ -

Rezeptors getriggert würden, und daher einen Einfluss auf die Mikroglia und Astrozyten im ZNS hätten. Es gebe die Hoffnung, gerade über die Modulation von Mikroglia und Astrozyten die Krankheitsprogression bekämpfen zu können, so Meuth. Derzeit befänden sich sechs BTK-Inhibitoren in der klinischen Entwicklung, erste Zulassungen seien ab dem Jahr 2025 zu erwarten. Zu den Wirkstoffen, die bereits in Phase III überprüft werden, gehört Tolebrutinib.

Anders als die anderen BTK-Inhibitoren erfolgt hier die Überprüfung nicht nur bei schubförmiger MS (RMS), sondern auch bei primär progredienter MS (PPMS) und bei nicht schubförmiger, sekundär progredienter MS (nrSPMS).

In einer Phase-II-Studie reduzierte Tolebrutinib bei Teilnehmenden mit aktiver MS die jährliche Schubrate von 1,23 innerhalb von 96 Wochen auf 0,17 [Oh J et al. ECTRIMS 2022].

Der BTK-Inhibitor wird derzeit in den Studien GEMINI 1 und 2 bei RMS mit Teriflunomid (Aubagio®) und in den Studien PERSEUS beziehungsweise HERCULES bei PPMS beziehungsweise nrSPMS mit Placebo verglichen.

Petra Eiden

Symposium „Die Brücke von der fokalen Entzündung zur Progression in der MS: Wo stehen wir heute?“ beim DGN-Kongress/Neurowoche 2022, Berlin, 2.11.2022; Veranstalter: Sanofi

Parkinson: patientenzentrierte Strategien ausbauen

Die digitale Medizin schreite auch in der Parkinson-Therapie voran und eröffne neue Möglichkeiten, die patientenzentrierte Versorgung weiter auszubauen, betonte Prof. Dr. Walter Maetzler, stellvertretender Direktor der Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Kiel, auf einer AbbVie-Veranstaltung. Es werde viel in die „Patientenzentrierung“ investiert, was bedeute, dass die Datenerfassung immer häufiger in der gewohnten Umgebung des Patienten erfolge, erläuterte Maetzler. Eine moderne Entwicklung sei zum Beispiel die therapiebegleitende Parkinson-App „Move“, die unter anderem eine Erinnerungsfunktion für die Medikamenteneinnahme, angeleitete Übungen (Lern-Videos) für das Bewegungstraining sowie Dokumentationsmöglichkeit von Symptomen mit Verlaufsansichten biete. Mit diesen

Informationen könnten Patientinnen und Patienten gut vorbereitet zum nächsten Facharztbesuch erscheinen, sagte Maetzler. Als fachärztliches Screening-Tool zur Identifikation von Parkinson-Kranken, die mit oralen Medikamenten gegebenenfalls nicht mehr ausreichend therapiert sind, empfahl Maetzler MANAGE PD, ein Online-Fragebogen, der von einem internationalen Expertengremium in Zusammenarbeit mit AbbVie entwickelt wurde. Das Tool ermögliche eine standardisierte Beurteilung parkinsonbezogener Symptome zum Erkennen von Patienten, deren Behandlung zum Beispiel auf eine kontinuierliche Therapie angepasst werden sollte (www.managepd.de). Die digitalen Möglichkeiten könnten helfen, verordnete Therapien konsequenter einzunehmen, bessere Behandlungsergebnisse

zu erzielen und somit eine höhere Lebensqualität bei Parkinson zu ermöglichen, schlussfolgerte Prof. Dr. Daniel Weiß, Facharzt für Neurologie am Universitätsklinikum Tübingen. Nach seinen Erfahrungen würden telemedizinische Ansätze in der aktuellen Versorgungslandschaft vornehmlich genutzt bei Therapieabsprachen und -anpassungen, bei Verständnisfragen sowie zur Vorabinformation, etwa wenn eine Pumpe oder die THS indiziert ist, und zwar vor allem bei Betroffenen mit langer Anreize. In telemedizinischen Formaten seien Beratungsgespräche meist kürzer und auf die Kernfragestellung fokussiert, so die Erfahrung von Weiß. Dr. rer. nat. Christine Willen

12. AbbVie-Parkinson Forum, 14.10.2022, Düsseldorf; Veranstalter: AbbVie

Auch bei pharmakoresistenter Epilepsie ist Anfallsfreiheit das Ziel

Fast ein Drittel der Patientinnen und Patienten mit Epilepsie erreichten trotz zweier angemessen ausgewählter und eingesetzter Antikonvulsiva keine Anfallsfreiheit und gelten somit als pharmakoresistent, betonte Prof. Adam Strzelczyk, Leiter der AG Epileptologische Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Frankfurt/Main, in einem Webinar von Angelini Pharma. Hier bestehe ein erhebliches Therapiedefizit. Zur Verbesserung der Situation der Betroffenen könnte das Antikonvulsivum Cenobamat (Ontozry®) beitragen. Es ist indiziert zur adjunktiven Behandlung fokaler

Anfälle mit oder ohne sekundäre Generalisierung bei erwachsenen Personen mit Epilepsie, die trotz einer vorangegangenen Behandlung mit mindestens zwei antiepileptischen Arzneimitteln nicht ausreichend kontrolliert sind.

Prof. Dr. Bernhard Steinhoff, Ärztlicher Direktor und Chefarzt des Epilepsiezentrums der Diakonie Kehl-Kork, hob die guten Daten zur Wirksamkeit des Medikaments aus den Phase-II-Studien hervor. So sei in der Zulassungsstudie bei 21 % der schwer behandelbaren Patientinnen und Patienten Anfallsfreiheit erreicht worden [Krauss GL et al. Lancet Neurol 2020;19(1):38–48], wohin-

gegen bei anderen Antikonvulsiva in der Erhaltungsphase die maximale Inzidenz der Anfallsfreiheit 6,5 % betragen habe [Specchio N et al. Int J Mol Sci. 2021;22(17):9339]. Cenobamat weist komplexe Interaktionen mit anderen geläufigen Antikonvulsiva auf, die entsprechend der Fachinformation bei der Verordnung beachtet werden müssen.

Monika Walter

Webinar NeuroLive „Anfallsfreiheit bei Epilepsie: Gib niemals auf! – Angelini Partner's Satellite“, 31.8.2022; Veranstalter: Angelini Pharma

Medizinalcannabis: Vollextrakte bewähren sich in der Praxis

➔ Die Verschreibung von Cannabispräparaten zu therapeutischen Zwecken liegt seit 2017 in der Verantwortung von Ärztinnen und Ärzten. Allerdings ist die Studienlage noch immer widersprüchlich, die Auswahl an Präparaten unübersichtlich und die Indikationsgebiete sind nicht genau definiert. Auf einer Veranstaltung von Neuraxpharm berichteten zwei Schmerzmediziner über die aktuelle Studienlage und ihre persönlichen Erfahrungen mit Medizinalcannabis. „Wissenschaftlich am besten erforscht sind Cannabisarzneimittel bei chronischen neuropathischen Schmerzen“, sagte Dr. Stephan Nautscher-Timmermann, niedergelassener Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin aus Mühlhausen. Die insgesamt gute Evidenz in dieser Indikation spiegeln nationale und internationale Leitlinien wider, denen zufolge eine Therapie mit Cannabinoiden bei neuropathischen Schmerzen schon in der Zweit- oder Drittlinie sinnvoll sein könne. Die Empfehlungen stützten sich unter anderem auf die Ergebnisse der Übersichtsstudie CaPRis, in der eine mindestens 30%ige Linderung

neuropathischer Schmerzen durch Cannabispräparate beobachtet worden sei [Hoch E et al. Bundesgesundheitsbl 2019;62:825–9]. Für eine Schmerzreduktion von über 50 % gebe es bisher aber keine Evidenz. Auch der vor wenigen Monaten veröffentlichte BfArM-Abschlussbericht zur Begleiterhebung lässt den Schluss zu, dass sich ein Therapieversuch mit Cannabinoiden lohnen kann [https://go.sn.pub/wATZvW]. Demnach berichteten Ärztinnen und Ärzte, die in den letzten fünf Jahren Medizinalcannabis verschrieben hatten, dass sich die Schmerzen infolge der Therapie bei etwa zwei Drittel der Patienten „deutlich“ oder „moderat“ verbessert hätten. Häufigstes Anwendungsgebiet waren chronische Schmerzen. Eine Differenzierung entsprechend der Ursache des Schmerzes erfolgte jedoch nicht. „Grundsätzlich sind Cannabinoide eine Therapieoption, die auf jeden Patienten individuell zugeschnitten werden muss“, betonte Nautscher-Timmermann. Nicht zu empfehlen sei die Verwendung von Blüten, da bei dieser Darreichungsform die Wirkstoffkonzentration oft stark schwanke und eine er-

höhte Abhängigkeitsgefahr bestehe. Analog zur Praxisleitlinie der Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin riet Dr. Ingo Schilk vom Schmerzzentrum des Klinikums Ortenau in Ettenheim zudem von der inhalativen Gabe ab. Wegen der langsameren Anflutungsgeschwindigkeit und der konstanteren Plasmaspiegel solle die orale Formulierung bevorzugt werden. „Im Vergleich zu reinen THC- oder CBD-Präparaten werden Vollspektrumextrakte von Patienten oft als besser wirksam und nebenwirkungsärmer beschrieben“, berichtete Schilk – eine Erfahrung, die sich tendenziell mit den Ergebnissen der Begleiterhebung deckt. Einsetzbar sind beispielsweise Vollspektrumextrakte aus der Produktpalette Naxiva®-Panaxol™ mit einem standardisierten THC-Gehalt von 25 mg/ml oder 50 mg/ml sowie ausgewogene Präparate mit jeweils 25 mg/ml THC und CBD.

Raphaella Götz

Symposium „Cannabinoiden in der Schmerzbehandlung – Hintergründe und Erfahrungen“ beim Deutschen Schmerzkongress, Mannheim, 20.10.2022; Veranstalter: Neuraxpharm

Depot-Antipsychotikum punktet unter Real-World-Bedingungen

➔ Real-World-Studien hinterfragen die in randomisierten, kontrollierten Studien (RCT) gewonnenen Erkenntnisse. Im Nachgang des diesjährigen APA-Kongresses wurden ausgewählte Ergebnisse nun auch hierzulande präsentiert. PD Dr. Daniel Schöttle, Asklepios Klinikum Hamburg-Harburg, stellte dabei Daten der Studie REACT vor, die unter seiner Federführung die Wirkung von Aripiprazol-Depot (Abilify Maintena®) unter Real-World-Bedingungen mit der in RCT verglichen [Schöttle D et al. Eur Psychiatry 2022;65:e42]. Das Ergebnis: Auch im klinischen Alltag mit nicht selektierten Patienten bessert Aripiprazol bei monatlicher Depotgabe effektiv die Symptome und die Funktionalität bei Schizophrenie. Die Veränderung der Werte auf der Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) war dabei bei Erkrankten bis 35 Jahren noch stärker ausgeprägt als bei Älteren, die aber ebenfalls klar von der Medikation profitierten. Gleiches

wurde auch für die Werte auf der Skala Clinical Global Impression – Severity (CGI-S) festgestellt. 43,6 % der an REACT Teilnehmenden wurden gemäß beider Skalen als Responder gewertet. Nebenwirkungen waren selten und entsprachen dem bekannten Sicherheitsprofil von Aripiprazol bei monatlicher Gabe.

Die Studie bestätigte damit die Ergebnisse zu Aripiprazol-Depot, die in klinischen Studien mit selektierten Patientinnen und Patienten beobachtet wurden. Ein Umstand der durchaus der Überprüfung wert war, da laut einer aktuellen Veröffentlichung rund 79 % aller Menschen mit Schizophrenie von der Teilnahme an randomisiert-kontrollierten Studien ausgeschlossen sind [Taipale H et al. JAMA Psychiatry 2022].

Zu den möglichen Auswirkungen einer Schwangerschaft unter Medikation verwies Prof. Dr. Natalia Chechko von der RWTH Aachen auf eine Arbeit, in der bei 10.722

Kindern mit pränataler Exposition kein Zusammenhang zwischen neurologischen Entwicklungsstörungen und der Gabe von Antipsychotika in der Schwangerschaft festgestellt wurde [Straub L et al. JAMA Intern. Med. 2022;182:522–33]. Es hätten sich keine Hinweise auf eine Dosis-Wirkungs-Beziehung gezeigt. Einzige Ausnahme bilde Aripiprazol, bei dem die Fallzahlen jedoch zu gering gewesen seien, um eine belastbare Risikoabschätzung vorzunehmen. Zwar hätten Kinder mit pränataler Antipsychotikaexposition mit 31,1 % versus 19 % in der Kontrollgruppe ein deutlich erhöhtes Risiko für neurologische Entwicklungsstörungen aufgewiesen. Dies scheine aber wesentlich auf mütterliche Merkmale und nicht auf die Medikamentenexposition zurückzuführen zu sein, so Chechko.

Jan Groh

Schlaglicht Psychiatrie – Fokus APA 2022, 17.9.2022; Veranstalter: Lundbeck/Otsuka

Hirnatrophie bei MS messbar reduzieren

Der selektive Wirkmechanismus des ZNS-gängigen Wirkstoffs Teriflunomid hemmt hochaffine autoreaktive T-Lymphozyten mit hoher Myelin-Bindungsaffinität und begünstigt ein positives Nutzen-Risiko-Verhältnis zur Stabilisierung der Krankheitsaktivität bei Multipler Sklerose (MS), die auch mit positiven Effekten zur Reduktion der Hirnatrophie einhergehen können. Teriflunomid (Aubagio®) weist ein gut beschriebenes, konsistentes Sicherheits- und Verträglichkeitsprofil auf, das keine erhöhten Infektionsrisiken berge oder schwere Lymphopenien (Grad 3/4) begünstige und ein gutes Impfansprechen etwa auf Grippe- und COVID-Vakzine ermögliche, so PD Dr. Tobias Ruck, Universitätsklinikum Düsseldorf. In einer retrospektiven, monozentrischen Beobachtungsstudie mit 120 MS-Kranken wurde unter Teriflunomid ein höherer Schutz für den Erhalt der grauen Substanz beobachtet als unter Dimethylfumarat (DMF). So war die Abnahme der grauen

Substanz innerhalb des ersten Jahres geringer ($p=0,044$), gefolgt von ausgeprägteren Effekten im zweiten Beobachtungsjahr ($-0,44\%$ vs. $-3,12\%$ unter DMF, $p=0,015$). Darüber hinaus zeigte Teriflunomid versus DMF eine geringere Abnahme des kortikalen Volumens nach 24 Monaten ($-0,2\%$ vs. $-2,94\%$, $p=0,004$) und eine numerisch geringere Hirnatrophierate ($p=0,077$) [Zivadinov R et al. J Clin Med. 2019;8(3):344]. Auch im direkten Vergleich mit Ofatumumab (ASCLEPIOS I & II) habe Teriflunomid vergleichbare Hirnvolumenverlusten nach 12 und 24 Monaten gehabt, wobei der Verlust in der Teriflunomid-Gruppe numerisch geringer gewesen sei, betonte Prof. Dr. Peter Rieckmann, Neurologe, Bischofswiesen [Hauser SL et al. N Engl J Med. 2020;383(6):546–57]. **Dr. rer. nat. Christine Willen**

Pressekonferenz „8. MS Special(ists) – MS-Patienten*innen im Blick“, 22.8.2022, Köln; Veranstalter: Sanofi

Akut- und Präventivtherapie bei NMOSD

Erste Symptome der NMOSD werden oft als Multiple Sklerose (MS) fehlgedeutet. Bis zur korrekten Diagnose können dann Jahre vergehen. Die möglichen Folgen sind gravierend, denn einige der bei MS eingesetzten Medikamente könnten die ohnehin vielfach schweren Verläufe der NMOSD noch verschlimmern. Hierauf verwies Prof. Dr. Friedemann Paul, NeuroCure Clinical Research Center Charité Campus Mitte – Universitätsmedizin Berlin, dem zufolge eine NMOSD-Attacke mit ein- oder beidseitiger Optikusneuritis unverzüglich behandelt werden muss. Denn schon eine sieben-tägige Verzögerung der Akuttherapie mit hochdosiertem intravenösen Methylprednisolon gehe nach Daten einer retrospektiven Studie mit einem so deutlich erhöhten Risiko einher, dass sich das Sehvermögen dauerhaft verschlechtere. „Es handelt sich um einen neuroimmunologischen Notfall, bei dem nicht übers Wochenende damit gewartet werden darf, ob es sich von selbst bessert“, betonte der Neurologe. Anders als bei der MS ist die Krankheitsprogression bei

NMOSD primär mit den Attacken assoziiert, die schwere bleibende Beeinträchtigungen zur Folge haben können. Bei AQP4-IgG-Seropositivität sei es deshalb entscheidend – wenn nicht sogar zwingend geboten –, bereits nach der ersten Attacke mit einer präventiven Therapie zu beginnen. Mit dem seit April 2022 in der EU zugelassenen B-Zell-depletierenden Antikörper Inebilizumab (Uplizna®) steht eine Therapie zur Verfügung, die das relative Risiko einer Attacke gegenüber Placebo in der zulassungsrelevanten Phase-II/III-Studie N-MOMentum um 77 % reduzierte ($p<0,0001$). 88 % der mit Inebilizumab Behandelten blieben bis Woche 28 schubfrei (Placebo: 57 %). Inebilizumab wird alle sechs Monate i.v. infundiert und ist als Monotherapie zur Behandlung Erwachsener mit NMOSD indiziert, die AQP4-IgG-seropositiv sind [3].

Dr. Matthias Herrmann

Media Briefing „Bringing NMOSD Out of the Shadows: Its Distinction from Multiple Sclerosis and Urgency to Treat“, 38. ECTRIMS-Kongress, Amsterdam, 26.10.2022; Veranstalter: Horizon

Desvenlafaxin von neuraxpharm

Zur Behandlung der Major Depression bei Erwachsenen steht mit Desvenlafaxin (Desveneurax®) in Deutschland eine neue Therapieoption zur Verfügung. Der selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer ist der aktive Metabolit von Venlafaxin, einem Wirkstoff zur Behandlung von Depression, generalisierter und sozialer Angststörung sowie Panikstörung. Während Venlafaxin seine noradrenerge Wirkung erst in höheren Dosierungen entfaltet, wirkt Desvenlafaxin bereits in der Startdosierung (50 mg) noradrenerg. Aufgrund der unkomplizierten Verstoffwechselung ist das Interaktionspotenzial gering. **red**

Nach Informationen von neuraxpharm

Sultiam als Suspension eingeführt

Zur Behandlung der Rolando-Epilepsie hat das Unternehmen Desitin den Wirkstoff Sultiam (Ospolot®) jetzt auch als Suspension zum Einnehmen (20 mg/ml) auf den Markt gebracht. Ospolot® ist daneben weiterhin als Tabletten (50 mg und 200 mg) verfügbar. Die in Deutschland produzierte Suspension ermögliche eine exakte Dosierung nach Körpergewicht sowie eine kindgerechte – mahlzeitenunabhängige – Einnahme, so der Hersteller. Auch die Aufteilung der Tagesdosis auf möglichst drei Einzeldosen werde durch die Suspension vereinfacht. **red**

Nach Informationen von Desitin

Lacosamid von Aristo

Das Unternehmen Aristo hat das Antikonvulsivum Lacosamid (Lacosamid Aristo®) auf den Markt gebracht. Indiziert ist das Präparat monotherapeutisch in der Behandlung fokaler Anfälle mit oder ohne sekundäre Generalisierung bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab vier Jahren. Als Add-on kommt es darüber hinaus auch bei primär generalisierten tonisch-klonischen Anfällen mit idiopathischer generalisierter Epilepsie infrage. Zu beachten ist, dass das Antikonvulsivum bei bestehendem AV-Block des zweiten oder dritten Grades kontraindiziert ist. **red**

Nach Informationen von Aristo

Journal



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

Wo Gedanken wie Mäuse auf dem Tisch tanzen

Gottfried Keller und das Burghölzli

Als sich Gottfried Keller aus aktuellem Anlass mit der Psychiatrie in den Jahren 1878/79 beschäftigte, war er 59 Jahre alt und neben Conrad Ferdinand Meyer (NeuroTransmitter 10/2016), der wohl namhafteste Schweizer Schriftsteller. Seine Stimme hatte Gewicht, man hörte sie weit über die Schweizer Landesgrenzen hinaus.

Gottfried Keller hatte im Jahre 1876 als Zürcher Staatsschreiber demissioniert und widmete sich nur noch selten politischer Publizistik, stattdessen arbeitete an seinem Roman „Martin Salander“, der sein letzter werden sollte. Nichtsdestotrotz muss es ihn gereizt haben, hin und wieder zum Tagesgeschehen Stellung zu beziehen. Er durfte sich dabei breiter Aufmerksamkeit sicher sein. Selbst wenn er zu diversen Themen schwieg, konnte dies dröhnend sein. Die beiden, die Psychiatrie im weitesten Sinne betreffenden kleinen Arbeiten weisen deutlich darauf hin: zum einen ein offener Brief „An Herrn Professor Dr. E. Hitzig, Director der Irrenheilanstalt Burghölzli“ (1878), zum anderen „Die Weihnachtsfeier im Irrenhaus“ (1879). Beide Veröffentlichungen gehören zusammen und stehen im Kontext von Kellers Plan zu einem Lustspiel namens „Irrenhaus“ (1880), das, wie so viele Komödien, einen ersten Hintergrund hatte.

Alle uns hier interessierenden Texte sind eng mit dem Namen von Professor Julius Eduard Hitzig (*6. Februar 1838 in Berlin; † 20. August 1907 Sankt Blasien) verbunden, der als Direktor der im Jahr 1864 gegründeten Klinik Burghölzli aufgrund eines Konflikts mit dem Verwalter Jakob Schnurrenberger zum Rücktritt gezwungen wurde. Immerhin war Keller Mitglied der Aufsichtskommission des Burghölzli, worauf Robert Walser

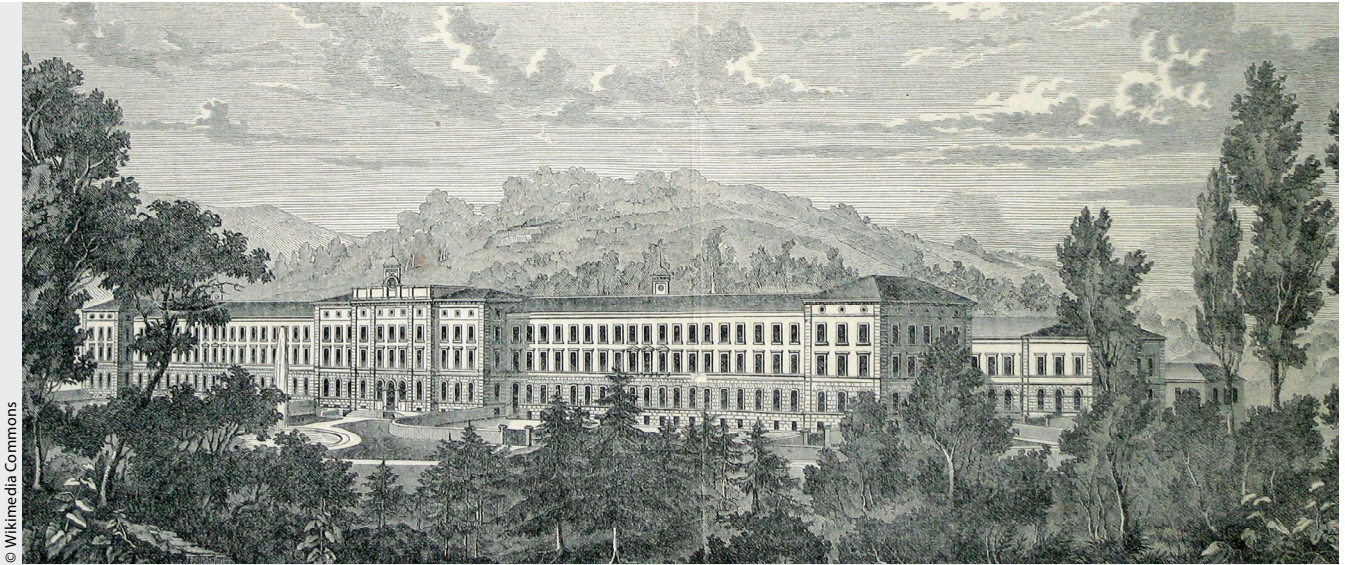
auf seinen Wanderungen mit Carl Seelig hinweist. Hinzu kommt: Hitzig war mit Keller freundschaftlich verbunden.

Die Psychiatriegeschichte kennt Hitzig (1838–1907) als einen namhaften Psychiater und Neurophysiologen, der nach seinem Studium in Würzburg und Berlin zunächst als niedergelassener Arzt arbeitete und sich auf Elektrotherapie spezialisierte. „Sein klinisch motiviertes Interesse für experimentelle Hirnforschung führte ihn mit dem Anatomen Gustav Theodor Fritsch zu bahnbrechenden Untersuchungen, in denen es gelang, durch elektrische Stimulation bestimmter Cortex-Areale Bewegungen von Gliedmaßen zu evozieren“, heißt es im „Ärzte Lexikon“ von Eckart/Gradmann. Im Jahr 1875 wurde Hitzig Direktor der Irrenanstalt Burghölzli und ordentlicher Professor für Psychiatrie an der Universität Zürich. Vier Jahre später wurde er zum Direktor der Neuropsychiatrischen Klinik und Professor für Psychiatrie nach Friedrichs-Universität Halle berufen, wo er, Pionier auch hier, Preußens erste selbstständige psychiatrische und Nervenlinik eröffnete. Der ausgewiesene Vertreter der Gehirnpsychiatrie hatte jedoch auch einen Blick für konkrete Belange und veröffentlichte mit seiner Frau Etta, einer Nichte des Historikers Leopold von Ranke, eine „Kostordnung der psychiatrischen und Nervenlinik“ (1897).

In dem von Ursula Amrein herausgegebenen Keller-Handbuch (2018) lesen wir, Hitzig sei aufgrund diverser Artikel in der demokratischen Presse als medizinischer Direktor der damals neuen zürcherischen „Irrenheilanstalt Burghölzli“ zurückgetreten: „Man hatte gegen den ‚Berliner Juden‘ Hitzig in einer Reihe von Artikeln schwerste Vorwürfe erhoben und ihn für Missstände in der Klinik verantwortlich gemacht. Kellers Brief an Hitzig erschien im Dezember 1888 als Zeitungsbeilage und als Flugblatt und würdigte in aller Öffentlichkeit – wie Keller anderenorts schreibt ‚aus Schamgefühl und Erbarmen‘ – Professor Hitzigs großartige Leistungen für den Kanton Zürich bei gleichzeitiger Verurteilung der Pressekampagne, die zu Hitzigs Abgang geführt hatte.“ Hitzigs Kritikern wirft er „Selbstsucht, Rohheit und anmaßende Unwissenheit“ vor und spricht von einer „theilweisen Erkrankung des öffentlichen Geistes“, zumal es sich dabei zugleich um einen „Missbrauch (...) im Namen unserer altherwürdigen Staatsform“ handle.

An Herrn Professor Dr. E. Hitzig, Director der Irrenheilanstalt Burghölzli

Direkt an Hitzig adressiert schreibt Keller: „Hochverehrter Herr! In wenig Monaten verlassen Sie unser Land, in dem Sie einige Ihrer besten, wenn leider auch



Klinik Burghölzli um 1890

nicht glücklichsten Lebensjahre zugebracht, und Sie verlassen es auf eine Weise, welche die unterzeichneten Bürger dieses Landes mit bitteren Empfindungen und mit dem Wunsche erfüllen muss, ein Wort der Teilnahme an Sie zu richten. Wenn wir damit zugleich der Entrüstung Ausdruck geben, die das soeben erlebte widerwärtige Schauspiel in allen unbefangenen Gemütern erweckt hat, so glauben wir zuversichtlich im Namen eines weiteren Kreises rechtlicher Menschen zu reden. Als Sie dem an Sie ergangenen Rufe folgten und Ihre Heimat verließen, um Ihre Kräfte und Ihr reiches Wissen unserer mit großen Opfern errichteten Anstalt zu widmen, da fanden Sie diese Anstalt unter dem Einfluss von Elementen, aus denen sich Verhältnisse ausbildeten, wie sie für das Gelingen Ihrer Aufgabe nicht unglücklicher hätten zusammentreffen können, und als Sie dessen ungeachtet Ihre Arbeit mit ungebrochenem Mut fortsetzten, da mussten Sie erfahren, wie Ähnliches kaum einer Ihrer Berufsgenossen je erfahren hat, so schwer und prüfungsreich der Beruf auch ist. Selbstsucht, Rohheit und anmaßende Unwissenheit eröffneten in Umkehrung aller Verhältnisse, in gewissenloser Feindseligkeit einen Krieg gegen Sie, in welchem Sie mit den pflichttreuen aber machtlosen Gehilfen lange Zeit allein standen. Und als

Sie endlich das Einschreiten der Oberbehörde erstritten und das Aufgraben der Thatsachen erreicht hatten, da erhob sich erst ein Getümmel der wildesten Verleumdung und Verlogenheit, wie es noch nie beim Werke und im Hause der Humanität gesehen worden und unter dessen Getöse die Gegner nur Schritt für Schritt den Kampfplatz verließen. Berufsleute, Mannesehre, wissenschaftlicher Ruf, Familienglück – nichts blieb unangetastet, und in gleicher Weise kehrte sich die Wut gegen jeden, der Ihnen zur Seite stand, sowie gegen die ruhig untersuchenden Behörden. (...) Es müssen, wie es in der physischen Welt geschehe, ausnahmsweise günstige Bedingungen für solche Krankheiten in der Luft liegen, wie Sie denn selbst gesehen haben, daß geübte Lügner und Abenteurer des Auslandes von dem Geruche herbeigelockt worden sind, ihr Gedeihen allhier zu suchen; und man kann sagen, wie jede Krankheit, werde auch dieses Übel, das unser, wie so manches andere Gemeinwesen darum nicht minder empfindlich, und es ist ein peinliches Schauspiel, einen pflichttreuen Ehrenmann dem Unwetter ausgesetzt und denselben lange Zeit fast allein dagegen ankämpfen zu sehen. (...) Darum schulden wir Ihnen nicht nur die Gefühle der Teilnahme und der Hochachtung, sondern auch Gefühle herzlicher Dank-

barkeit! Möge der Ausdruck derselben wenigstens den schmerzlichen Erinnerungen zur Seite stehen, welche wohl lebenslänglich in Ihrer Seele haften werden, und möge einst die Kunde, daß die durch Ihr Verdienst dem Missgedeihen entrissene Anstalt einer segensreichen Entwicklung teilhaft geworden sei, Sie doch noch mit freundlicher Gesinnung des Landes gedenken lassen, in dessen Mitte Sie so Unerhörtes erfahren haben.“

Die Weihnachtsfeier im Irrenhaus

Auch der zweite Text „Die Weihnachtsfeier im Irrenhaus“, der kurze Zeit später am 11. Januar 1879 erschien, hat die Affäre um Hitzig als Kontext, klammert diese aber in ihrer tagespolitischen Bedeutung aus und greift in größere Kontexte aus. Das Keller-Handbuch spricht von einer „kulturpolitischen Reportage“. Ausgehend von der humorvollen und anschaulichen Schilderung seines auf Einladung erfolgten Besuchs der Weihnachtsfeier in der Heilanstalt Burghölzli gelangt Keller zu bemerkenswerten Überlegungen rund um die Bedeutung von Weihnacht und Fest im säkularen Staat.“ Dabei gerate ihm – gewissermaßen im Vorgriff auf Friedrich Dürrenmatt die Schweiz selbst als „Irrenhaus“: „Der Begriff Irrenhaus figuriert dabei als Chiffre für den säkularen Staat und die Republik. Kellers Text ist voll von weite-

ren Anspielungen auf diese Doppeldeutigkeit, wenn er etwa davon spricht, dass mittlerweile Menschenliebe und Wissenschaft (...) das Regiment führen.“

Eingangs bekennt Keller freimütig, die Einladung sei ihm nicht besonders verlockend erschienen, „denn wir hatten keinen rechten Begriff davon, wie es aussieht, wo in ein paar hundert Kopfhäuschen der Herr nicht anwesend ist und die Gedanken wie die Mäuse auf dem Tisch tanzen. Dann erkennt er jedoch die Verbindung von Humanität und Wissenschaft“. Dies habe zur Folge, dass „die Kranken wissen, daß sie krank sind und daß ihr Gebrechen heutzutage so natürlich und ehrlich ist, wie jedes andere, und so würden sie namentlich in einer feierlichen Versammlung und vor Fremden um keinen Preis das Dekorum verletzen; an der Stelle der Selbstbeherrschung des Einzelnen scheint ein Gesamtbewusstsein zu wirken und die tröstliche Weltordnung so gut möglich aufrecht zu halten.“ Immerhin gilt Kellers Eindruck für gut „150 präsentable Patienten“ nebst Freunden und Angehörigen.

Es herrscht eine Atmosphäre wie bei einem Gottesdienst, Frauen und Männer sitzen getrennt, in der Mitte des Saales steht der Christbaum, umgeben von den Geschenken. „Das obere Ende des Saales war von einem gemischten Sängerkorps besetzt, der aus dem Wärterpersonal und einzelnen Patienten gebildet ist und vom Geistlichen der Anstalt (...) geleitet wird. (...) Er eröffnete denn auch mit einem ziemlich kunstreichen Weihnachtshymnus die Feier.“ Bei der Verlesung des Lukaskapitels, dem die Versammlung lautlos zuhört, fällt Keller auf: „Selbst ein bleicher Kranker, der sich ab und zu für den lieben Gott hält, lauschte aufmerksam auf den Bericht über die große Heilsanordnung, die er selbst vor 1878 Jahren getroffen oder vielmehr in Vollzug zu setzen begonnen hat. Ja, er lauschte wehmütig und friedlich, ein milder Herr und kein jüdischer Rachegott wie jener Hünius Deus (...), der einem Herrn Spitalpfleger einst eine furchtbare Ohrfeige versetzte, als der ihm auf seine unablässigen Tabakforderungen unbesonnen geantwortet hatte, ob denn der liebe Herrgott wirklich den ganzen Tag rauche? „Das ist für die Gotteslästerung!“ fügte Hünius Deus mit feierlichem Ern-

te hinzu.“ Nach Ansprache und Gesang – alles aus den eigenen Mitteln der Hausbewohner bestritten – traten „vier jugendliche Frauengestalten aus der Zahl der Wärterinnen in weißen Idealgewändern als die vier Jahreszeiten auf, mit den entsprechenden Attributen geschmückt, und führten in einem gedichteten Tetralog einen Wettstreit um den Preis des Vorzuges durch, welcher schließlich dem Winter zugesprochen wurde, als Verwalter der schönen Weihnachtszeit. Eine artige Idee war hierauf das plötzliche Erscheinen des Geistes oder der Nympe des gefällten Tannenbaumes, der seine schöne Stellung am Waldrande des Zürichberges hatte fahren lassen müssen. Wiederum als weiße Gestalt, einen goldenen Stern über der Stirne, sprach eine dienende Hausgenossin die Grüße aller Tierlein und Kreaturen des Waldes an diesem Heiligen Abend aus, nebst den eigenen angemessenen Gefühlen, und zwar in einem mehrstrophigen Liede, welches in Ton und Weise gar zierlich an die Trutznachtigall des Herrn Friedrich von Spee erinnert und ebenfalls eine Art Hausgebackenes sein soll. Diese sämtlichen jungen Personen trugen ihren Theil allerdings nicht mit der Kunst und Energie von Schauspielerinnen, sondern mit einer gewissen Schüchternheit braver Volkskinder vor; aber sie hatten ihre Sache gut auswendig gelernt, stockten nicht und redeten deutlich und vernehmlich.“ Den heiteren Teil der Feier verwaltete der Winter in Gestalt eines von Schnee und Eis Starrenden mit Grüßen und guten Ratschlägen, den die Patienten bald als einen Anstaltsarzt erkannten. Bei der ruhig verlaufenden Bescherung fällt Keller auf, dass insbesondere die Männer bald tüchtig zu essen begannen: „Jeder Stolz, jede Verstellung war dahin; sie knuspernten und knabberten, schleckten und schlabberten, als ob sie in die Jahre der Kindheit zurückgekehrt wären. (...) Über das vergnügliche Gesumme hin tönte noch der Choral „Nun danket alle Gott!“, worauf die Versammlung sich in ruhiger Ordnung auflöste und ehe man sich's versah, durch die weitläufigen Gänge des Gebäudes verschwunden war, Jeder in sein stilles Quartier, natürlich ohne sich von seinem Teller und seinen Paketen zu trennen.“ Abschließend betont Keller die Notwen-

digkeit solcher Anstalten, zumal „der Kanton Zürich zu den Staaten gehöre, welche statistisch die meisten Geistesstörungen aufweisen“. Keller verweist auf die „niederländischen Irrenheildörfer“, in welchen sich Privatpersonen der Krankenpflege widmen, wie dies auch der dänische Schriftsteller Hermann Bang beschrieben hat (siehe hierzu: Ein Dandy in der Stadt der Wahnsinnigen. In: *NeuroTransmitter* 2007;8:76–80). Das Fazit des Schweizer Schriftstellers lautet: „Die Weihnachtsbescherung im Burghölzli hat wohl jeden Anwesenden aufs Neue überzeugt, daß Friede und gute Ordnung in der Anstalt herrschen und dieselbe noch lange in guten Händen gewesen wäre. Es ist nur zu wünschen, daß diejenigen, welche gezwungen sind, einen Ersatz für den scheidenden Direktor zu suchen, hierbei von einem freundlichen Sterne geführt werden.“

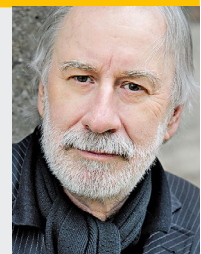
Das um das Jahr 1880 entworfene Lustspiel „Irrenhaus“ blieb ein Plan, in dem die Keller-Forschung abermals einen Vorgriff aus Dürrenmatts Komödienverständnis sieht. Im Keller-Handbuch lesen wir: „Ein Gesunder lässt sich als Verrückter (im Irrenhaus) aufnehmen, um den schuftigen Verwalter zu intrigieren und dem Direktor beizuspringen. Er mystifiziert und hänselt jenen, stellt sich unter anderem als tobsüchtig, um ihn gehörig durchzuprügeln, dann als schwermütig usw. Er bringt dabei den Beweis auf, dass der Verwalter in der Tat die Kranken böswillig beredet, sie seien ganz gesund und widerrechtlich gefangen gehalten vom Arzt.“ Dies ist eine Thematik, die angesichts manch verirrter woker Argumentationen durchaus als aktuell betrachtet werden darf.

Literatur beim Verfasser

AUTOR

**Prof. Dr. phil.
Gerhard Köpf**

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



Chun Kwang Young

Meditativ alarmierende Kunst

Einen Großteil der Arbeit hat Chun Kwang Young bereits erledigt, wenn er mit der Installation seiner Kunstwerke beginnt. Denn die plastischen, dreidimensionalen Wandbehänge und frei stehenden Skulpturen werden aus vielen hunderten von Hand ausgeschnittenen und in Seidenpapier eingewickelten Styropor-Dreiecken zusammengesetzt. Diese fertigen der Künstler und seine Familie in zeitintensiver Arbeit selbst an.

Ausschnitt von
„Aggregation15-NV074
(details)“, 2015



Hanji-House
im Palazzo
Contarini
Polignac,
Venedig



„Aggregation09-D071Blue“,
2009, Mixed
media with
Korean mul-
berry paper,
113 x 195 cm

Die mühevolle Kleinarbeit ist Teil seines künstlerischen Konzeptes. Das aus Maulbeerbäumen gewonnene Hanji-Papier wurde traditionell für Bücher und Dokumente in Südkorea verwendet. Die Seiten der alten Bücher wurden in der Kindheit des Künstlers auch benutzt, um Medikamente einzupacken. Chun Kwang Young, ehemals ein ewig kränklicher Junge betont, dass die ganze Geschichte und Identität einer Nation, Südkoreas, in dem Hanji-Papier geborgen ist.

Das von ihm verwendete Hanji-Papier ist sorgfältig mit Tee und Pigment getönt und mit abstrahierten Zeichen beschriftet, die auf seine Ursprünge hinweisen. Es wird auf dreieckige Styropore gewickelt, eine Reminiszenz an die alte Kulturtechnik der Südkoreaner Medikamente (vor allem Naturheilmittel) in dreieckige Hanji-Pakete zu verpacken. Er nennt das Prinzip des Umwickelns und Wiedergebrauchens des Hanji-Papiers Aggregation – „It aggregates all these stories in one“.

Während der diesjährigen Biennale in Venedig bis Ende November lief eine große Werkschau Chun Kwang Youngs in dem herrlichen Palazzo Contarini Polignac nahe der Accademia. Der in Seoul lebende und vor allem in Asien ausgestellte Künstler zeigte mit „Times reimagined“ vor großartiger Kulisse viele mehrere Meter hohe Kunstwerke. Begleitend zu der Ausstellung schuf der italienische Architekt Stefano Boeri eine Art Meditationshaus im Innenhof des



© Courtesy CKY STUDIO; Foto: Alice Clancy

„Times Reimagined“, 2022, Palazzo Contarini Polignac, Venedig

Palazzos, ein Hanji-House. Es ähnelte einem riesigen Origami und sollte den Besucher vor allem zum „thinking, healing und meditation“ einladen.

Der Schein trügt

Zwar strahlen die ästhetischen Kunstwerke des Südkoreaners eine meditative Ruhe aus, doch sie haben eigentlich eine stark alarmierende Botschaft: Die bunten und in verschiedenen Formationen und Farbgebungen zusammengesteckten und geklebten Wandbehänge wirken plastisch. Durch die unterschiedlichen Schattenwürfe, Vertiefungen und Erhöhungen scheinen sie zu pulsieren, haben sie Ähnlichkeit mit Kristallformationen, den Kratern in Steinwüsten oder auf der Mondoberfläche. Neben dem Zusammenhalt suggerieren sie Chaos oder wuchernde Zellen.

Umweltprobleme und der katastrophale Umgang mit der Natur sind The-

men, die Chun Kwang Young immer wieder künstlerisch in Szene setzt. Eine Skulptur hat zum Beispiel die Gestalt eines Virus, ein mehrere Meter hohes Kunstwerk die Umrisse eines durch die Luftverschmutzung krankhaft vergrößerten Herzens. Die beängstigenden Auswirkungen, die die Umweltschädigungen auch auf die Gesundheit aller Lebewesen haben, werden in der Ausstellung noch durch die begleitende Soundinstallation eines unregelmäßigen Herzschlages unterstrichen.

Die großen Probleme der Gegenwart und der unweigerliche, von Menschenhand herbeigeführte Kollaps der Natur werden mit Aggregationen unzähliger Medikamententütchen abstrahiert und in kultureller Sublimation vor Augen geführt. Wer die faszinierenden Werke Chun Kwang Youngs noch eindrücklicher in live erleben will, muss nicht auf seine im nächsten Jahr wieder im asiati-

schen Raum geplante große Einzelausstellung warten, sondern findet ihn auch in Düsseldorf von Beck & Eggeling vertreten.

Mehr Informationen:

<https://www.timesreimagined.com/>

<https://www.tangcontemporary.com/chunkwangyoung>

<https://www.beck-eggeling.de/de>

AUTORIN

Dr. Angelika Otto

Freie Journalistin
München

angelika.s.
otto@gmail.com



Veranstaltungen BVDN/BDN/BVDP-Landesverbände 2023

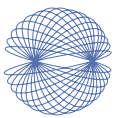
Datum Ort Zeit	Landesverband Titel Themen	Anmeldung
22.2.2023 in Hannover 17:15–20:30 Uhr	NeuroWorkshops Von MS über Parkinson bis hin zu den Cannabinoiden wird ein kompakter Überblick über Neuerungen gegeben, immer mit Blick auf die tägliche Praxis. Auch die Updates der Peripheren Neurologie werden berücksichtigt.	diaplan Gesellschaft für Dialog-Marketing mbH Alte Ziegelei 2–4, 51491 Overath Tel.: 02204 9731-01, Fax: -111 info@diaplan.de
11.3.2023 in Stuttgart 9:15–12:30 Uhr		
22.3.2023 in Nürnberg 17:15–20:30 Uhr		
22.4.2023 in Münster 9:15–12:30 Uhr		
3.5.2023 in Hamburg 17:15–20:30 Uhr		
14.6.2023 in Nürnberg 17:15–20:30 Uhr		
CME-Punkte beantragt		
23.–25.3.2023 in Köln hybrid Steigenberger Hotel Habsburgerring 9–13 CME-Punkte beantragt	ZNS-Tage 2023 Aktuelle Fragestellungen Neurologie und Psychiatrie; Berufspolitik: Vorträge rund um das ZNS in hybrid; Workshops/Hands-on-Kurse in Präsenz NEU: parallel zum Kongress „Facharztprüfung kompakt“ Psychiatrie/Psychotherapie oder Neurologie in Präsenz/Zielgruppe: junge Ärzte vor der Facharztprüfung; Informationen zur Praxisführung und Abrechnung werden angeboten	diaplan, siehe oben https://pretix.eu/diaplan/sy8kl/

Fortbildungsveranstaltungen 2023

17.–21.1.2023 in Berlin Mercure Hotel MOA Stephanstraße 41	ANIM 2023 Arbeitstagung NeuroIntensiv Medizin 40. Jahrestagung der DGN 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
28.–29.4.2023 in Lübeck ATLANTIC Grand Hotel Travemünde Kaiserallee 2	Fortbildung Neurologie der DGN	Deutsche Gesellschaft für Neurologie e.V. Reinhardtstr. 27 C, 10117 Berlin Tel.: 030 531 43 79 30 Fax: -39 info@dgn.org
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
25.–28.5.2023 in Stuttgart Internationales Congresscenter Stuttgart Messepiazza 1	74. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie Joint Meeting mit der Brasilianischen Gesellschaft für Neurochirurgie, der Brasilianischen Gesellschaft für Pädiatrische Neurochirurgie und der Portugiesischen Gesellschaft für Neurochirurgie	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH Sandra Thoß Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena Tel.: 03641 3116-324 dgnc-kongress@conventus.de
1.7.2023 in Budapest HUNGEXPO Albertirsai út 10	9th Congress of the European Academy of Neurology – Budapest 2023	European Academy of Neurology Breite Gasse 4/7, 1070 Vienna, Austria Tel.: +43 1 889 05 03 Fax: +43 1 889 05 03 13 headoffice@ean.org

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 (Qualitätsmanage-
 ment)

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

BVDP

Berufsverband Deutscher Psychiater

■ **www.berufsverband-psychiater.de**

Vorstand des BVDP

1. Vorsitzende: Christa Roth-Sackenheim, Andernach
2. Vorsitzende: Sabine Köhler, Jena
Schriftführer: Norbert Mayer-Amberg,
 Hannover
Schatzmeister: Egbert Wienforth,
 Troisdorf
Beisitzer: Christel Werner, Mutterstadt;
 Michael Krebs, Berlin

BVDP-Landessprecher

Bayern: Oliver Biniash, 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

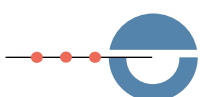
www.berufsverband-neurologen.de/mitglied-werden

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 120 €, 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 120 €, 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 120 €, 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. Uwe Meier (um) (v.i.S.d.P.), Am Ziegelkamp 1f, 41515 Gredenbroich, umeier@t-online.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 Dosieranweisungen, 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

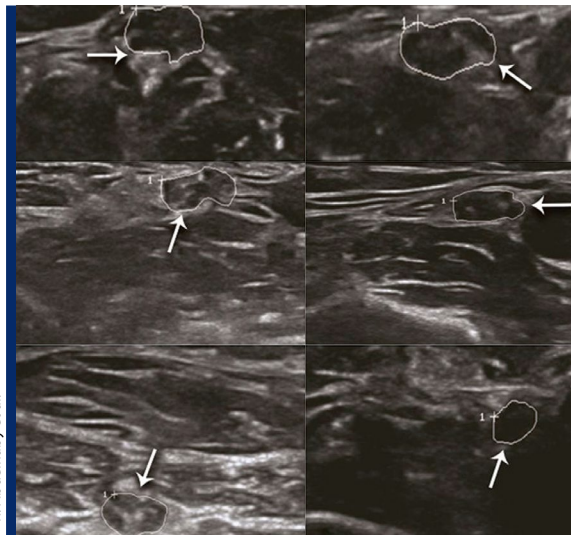
© Springer Medizin Verlag GmbH

Papierausgabe: ISSN 1436-123X

Elektronische Ausgabe: ISSN 2196-6397



LA-MED
geprüft Facharzt-Studie 2022



© R. Abdelnaby et al.

Vorschau

Ausgabe 1-2/2023

Februar

erscheint am 14. Februar 2023

Charcot-Marie-Tooth-Krankheit

Aufgrund der genetischen Heterogenität und deutlicher Variationen in der klinischen Präsentation ist die Diagnose einer Charcot-Marie-Tooth(CMT)-Krankheit schwierig. Die Nervenonografie ist neben der klassischen Elektrophysiologie eine nicht invasive Methode, die in den letzten Jahren eine zunehmende Bedeutung in der Diagnose einer peripheren Nervenkrankung erlangte. Die Vergrößerung des Nervendurchschnitts ist für eine Neuropathie eine Besonderheit und pathologisches Kennzeichen der CMT. Daher ist die Nervenonografie hier besonders sinnvoll. Darüber hinaus ist die Untersuchung auch hilfreich bei der Differenzierung zwischen den verschiedenen Subtypen der CMT.

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.