

NEUROTRANSMITTER

Neurologie und Psychiatrie – Berufspolitik und Fortbildung



BVND



BDN



BVDP

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



Profitieren von Reformen 10

Gesetzesänderungen im Gesundheitssystem

Inklusive Medizin 18

„Leichte Sprache“ im Behandlungsalltag

Neuropsychiatrie in Afrika 27

Moderne Therapien interkontinental

Dysphagie bei Parkinson 36

Therapie individuell anpassen



Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

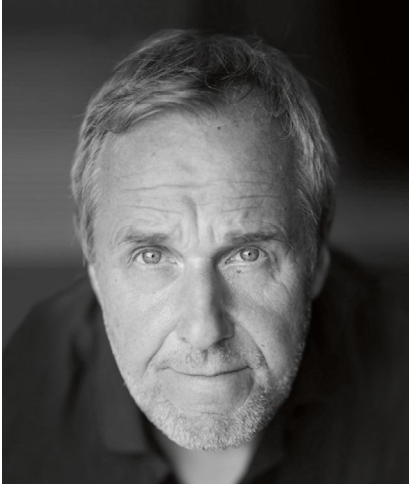
Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.



»Wir sollten die Chancen der Gesundheitsreformen sehen und Versorgung aktiv mit gestalten.«

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich
Vorsitzender des BDN

Wir gestalten Zukunft

MDK-Reformgesetz, Krankenhauspflegeentlastungsgesetz, Krankenhausreformgesetz, Digitalisierungsbeschleunigungsgesetz ... – hinter diesen Gesetzen oder Gesetzesankündigungen stecken Reformbestrebungen, die das Gesundheitssystem wie wir es kennen grundlegend ändern. Gesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach spricht gar von einer Revolution. Tatsächlich kann es nicht weitergehen wie bisher, darin sind sich Expertinnen und Experten einig. Die Kosten explodieren, unser Gesundheitssystem wird bereits jetzt nur durch Quersubventionierung am Leben gehalten. Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft, Ambulantisierung, neue sektorenübergreifende Vergütungsstrukturen, Digitalisierung oder Delegation ärztlicher Leistungen sind nur einige Themen, die uns, ob wir wollen oder nicht, in den nächsten Jahren beschäftigen werden. Das weckt Ängste und produziert mächtig Unruhe.

Länder gegen Bund, Laumann gegen Lauterbach, Deutsche Krankenhausgesellschaft gegen Kassenärztliche Bundesvereinigung, Krankenkassen gegen alle. Es geht um Partialinteressen und niemand möchte bei den Umstrukturierungen verlieren. Unser Gesundheitsminister hat den Ärger vorausgesehen und sicherheitshalber große Teile der Reformgedanken im stillen Kämmerlein unter Ausschluss der Selbstverwaltung erarbeitet, damit die Lobby nicht „reinredet“. Diskussionen sind voraussehbar, umso heftiger und im öffentlichen Raum.

Einige Grundideen der Reformen sind ohne Zweifel sinnvoll. Das System muss sich mehr an Patientenbedarfen orientieren, entschlackt werden von unsinnigen Leistungen und geschützt werden vor primär kommerziellen Interessen. So weit so gut, und soweit unterstützen wir das selbstverständlich. Zum einen, weil es erforderlich ist, zum anderen auch, weil sich Neurologie und Psychiatrie nicht verstecken müssen. Wir behandeln die Patientengruppen mit den höchsten Krankheitslasten, der Bedarf steigt aufgrund demografischer Entwicklungen und medizinischem Fortschritt. Es gibt Berechnungen über den volkswirtschaftlichen Schaden bei *Nicht*-Behandlung neurologischer und psychiatrischer Krankheiten. Wir werden also gebraucht und sollten uns daher selbstbewusst an politischen Diskussionen beteiligen und anstehende Reformen gestalten.

Mit Forderungen, alles solle bleiben wie vor 30 Jahren, werden wir uns ins Abseits stellen. Selbstverständlich gibt es Partialinteressen, wichtig ist aber, dass wir als Fachgruppen zusammenstehen, über alle Sektoren hinweg, und uns für eine

gute Versorgung neurologischer und psychiatrischer Erkrankter einsetzen. Ihnen sind wir primär verpflichtet, nicht Klinikkonzernen und Krankenkassen. Lauterbach möchte die Rolle der Ärzteschaft stärken und sich der Kommerzialisierung der Medizin entgegenstellen. Was dies betrifft, kann sich der Minister unserer Unterstützung sicher sein. Allerdings haben wir die Sorge, dass große Reformen mit heißer Feder gestrickt wurden und vieles nicht bedacht oder zu Ende gedacht wurde – das ist der Nachteil, wenn Expertinnen und Experten nicht gehört werden. Ich kann mich an kein Gesetz der letzten Jahrzehnte erinnern, das nicht unerwünschte Effekte hervorgebracht hätte und deshalb in Teilen revidiert worden wäre. Wir sehen ein erhebliches Sorgfalts- und Evaluationsproblem bei der Gesetzgebung. Ein prominentes Beispiel ist die Einführung des DRG-Systems vor fast 20 Jahren, dass nun wegen der Fehlanreize zurückgenommen wird. Offizielle Sprachregelung ist, das sei nicht absehbar gewesen, was natürlich falsch ist. Es war genau das absehbar, was passiert ist, nämlich dass sich Leistungen an Patientinnen und Patienten primär an Kosten-Nutzen-Rechnungen orientieren. Hierzu wurden die Krankenhäuser gezwungen.

Die gesamtgesellschaftlichen Kosten sind enorm. Wenn ich bedenke, mit wie vielen Vorgaben wir im ärztlichen Handeln reglementiert sind, und dass Qualitäts-, Risiko- und Fehlermanagement für alle verpflichtend ist, liegt es nahe, dass sich auch die Politik zu einer vergleichbaren methodischen Sorgfalt für die Entwicklung von Gesetzen verpflichten sollte. Das wird natürlich nur ein frommer Wunsch bleiben. Umso wichtiger, dass wir als Berufsverbände die Gesetzgebungsverfahren genau beobachten, unseren Einfluss geltend machen, mögliche Fehlentwicklungen abzuwenden, und vor allem, dass wir die Chancen der Gesundheitsreformen sehen und Versorgung aktiv mit gestalten. Unterstützen Sie uns bei dieser Arbeit, werden Sie Mitglied oder nehmen Sie Ihren Einfluss wahr, Nichtmitglieder zu überzeugen. Dieser Appell richtet sich besonders an die jüngeren Kolleginnen und Kollegen. Es geht um die Zukunft der Versorgung und last but not least unsere Arbeitsbedingungen.

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

Wir gestalten Zukunft

Uwe Meier

Gesundheitspolitik

8 Gesundheitspolitische Nachrichten

— Handreichung zum Umgang mit den sozialen Medien aktualisiert

— Neues Betreuungsrecht: Wünsche betreuter Personen im Mittelpunkt

Christa Roth-Sackenheim

Aus den Verbänden

10 Was aktuelle Gesetzesänderungen für die Neurologie bedeuten

Profitieren von Reformen

Uwe Meier

14 Erstes Fazit zur Gründung von Netzverbänden KSVPsych-Richtlinie in der Praxis

Sabine Köhler, Michael Krebs

17 Innovationsprojekt für MS-Betroffene Fortschritte im MSnetWork

Barbara Prodanovic

Rund um den Beruf

18 Inklusive Medizin durch „Leichte Sprache“ Einfach sprechen über Gesundheit und Krankheit

Anja Grimmer, Tanja Sappok, Reinhard Burtscher

25 PraxisApps „Mein Neurologe“ und „Mein Psychiater“ Neue App-Funktionen erleichtern den Praxisalltag

Sean Monks

27 Verein „Menschen ohne Ketten“ Moderne Neuropsychiatrie für Westafrika

Ulrich Walter

33 Terminologien im Gesundheitswesen Nächste Schritte der Vernetzung

Markus Weih

35 Qualifizierung Ihrer MFA zur Führungskraft Führungsakademie des BDN

☐ = Dieser Beitrag ist ein Titelthema.



10 Profitieren von Reformen

Finanzierbarkeit, aber auch mangelnde Effizienz und Qualitätsverluste sind Probleme unseres Gesundheitssystems. Veränderungen müssen schnell erfolgen, vor allem in der Zusammenarbeit von stationärer und ambulanter Versorgung. In der Neurologie muss dabei auf einiges geachtet werden.

Bitte aktualisieren Sie Ihre Mitgliedsdaten!

Um eine möglichst große Reichweite für unsere berufspolitischen Informationen nutzen zu können, möchten wir Sie bitten, Ihre Mitgliedsdaten zu aktualisieren. Denn nicht von allen Mitgliedern liegen uns eine aktuelle Mailadresse oder Telefonnummer vor. Daher bitten wir **jedes Mitglied** unter <https://s.zns-news.de/mitgliederdaten> oder über den QR-Code die eigenen Daten nochmals aktuell einzugeben.



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

- 36 CME Dysphagie bei neurodegenerativen Parkinson-Syndromen**
Schluckstörungen
Inga Claus, Tobias Warnecke

- 43 CME Fragebogen**

Journal

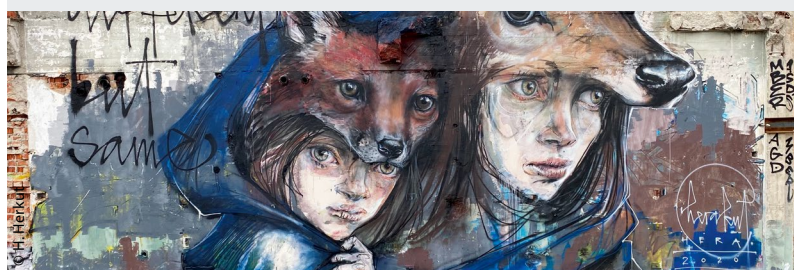
- 50 GESCHICHTE DER MEDIZIN**
Impf Rebellion in Bayern
Eberhard J. Wormer
- 54 NEUROTRANSMITTER-GALERIE**
Street Art – Teil II mit Hera von Herakut:
„There is something better than perfection“
Angelika Otto

- 17 Kleinanzeigen**
- 30 Leserbrief**
- 46 Pharmaforum**
- 56 Termine**
- 57 Verbandsservice**
- 59 Impressum/Vorschau**



36 Dysphagie bei Parkinson

Die Parkinson-bedingte Dysphagie ist ein komplexes Syndrom, das die meisten Patientinnen und Patienten mit neurodegenerativen Parkinson-Syndromen im Verlauf der Erkrankung entwickelt. Sie tritt häufig schon früh im Erkrankungsverlauf in milderer Form auf und aggraviert bei fehlender oder insuffizienter Behandlung, sodass schwerwiegende Folgen bis hin zu lebensbedrohlichen Aspirationspneumonien resultieren können.



Titelbild (Ausschnitt): Street Art von Hera von Herakut.
Lesen Sie mehr in der „Galerie“ ab Seite 54.

Gesundheitspolitik

BUNDESÄRZTEKAMMER

Handreichung zum Umgang mit den sozialen Medien aktualisiert

➡ Die Nutzung sozialer Medien ist für Millionen Menschen weltweit selbstverständlich geworden – so auch für Ärztinnen und Ärzte, Medizinstudierende sowie Patientinnen und Patienten. Interaktive, gemeinschaftliche Internet-Plattformen wie soziale Netzwerke, Wikis, Videoplattformen, Chatträume und Blogs machen Personen, die sonst nur passiv das Internet nutzen, zu aktiv Teilnehmenden.

Bei der Nutzung sozialer Medien wird oft unterschätzt, wie rasch sich einzelne Beiträge und Zitate verbreiten können. Die direkte, schnelle und ungefilterte Reaktionsmöglichkeit über das Smartphone verleitet dazu, sich ähnlich zu verhalten, wie in einer privaten Situation im Freundeskreis, in dem eine Nachricht wohlwollend interpretiert wird. Ärztinnen und Ärzte sollten sich darüber klar sein, dass alle Äußerungen vor einer großen Menge an Lesenden oder Zuhörenden getätigt werden. Sobald beispielsweise

ein Tweet über Twitter versendet wurde, ist er nicht mehr unter persönlicher Kontrolle. Äußerungen können absichtlich falsch verstanden werden oder nach Jahren noch „Shitstorms“ auslösen. In der Handreichung der Bundesärztekammer werden konkrete Beispiele mit daraus erwachsenen Konsequenzen dargestellt.

Zum Schluss werden der Ärzteschaft zwölf Regeln der Kommunikation über soziale Medien nahegelegt:

1. Ärztliche Schweigepflicht beherzigen.
2. Keine Kollegen diffamieren – Netiquette beachten.
3. Grenzen des Arzt-Patient-Verhältnisses nicht überschreiten.
4. Grenzen der Fernbehandlung beachten.
5. Zurückhaltung hinsichtlich öffentlicher Diskussionen medizinischer Themen auf sozialen Plattformen üben.
6. Keine berufswidrige Werbung über soziale Medien initiieren.

7. Verantwortung wächst mit Reichweite.
8. Datenschutz und Datensicherheit beachten.
9. Kein Bereitstellen von Approbationsurkunden, Zeugnissen und anderen Urkunden.
10. Selbstoffenbarung von Patienten verhindern.
11. Zurückhaltung bei produktbezogenen Aussagen.
12. Haftpflichtversicherung checken.

Kommentar: Wir empfehlen unseren Kolleginnen und Kollegen ausdrücklich, diese Handreichung zu beachten. Insbesondere haftpflichtrechtliche Aspekte sind bedenkenswert. Die Auflage ist online einzusehen unter www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Digitalisierung/2023-01-19_Handreichung_Aerzte_in_sozialen_Medien.pdf.

NEUES BETREUUNGSRECHT

Wünsche betreuter Personen im Mittelpunkt

➡ Das ab 1. Januar 2023 geltende reformierte Betreuungsrecht soll für größtmögliche Selbstbestimmung sorgen und fokussiert die Vorstellungen betreuter Menschen bei allen Entscheidungen. Zudem wurde ein Ehegatten-Notvertretungsrecht eingeführt, das bei akuten Erkrankungen der Partnerin oder des Partners überflüssig machen soll, eine fremde Betreuerin oder einen Betreuer einzusetzen.

Stärkung der Selbstbestimmung

Die Betreuerin oder der Betreuer haben die Angelegenheiten der betreuten Person so wahrzunehmen, dass diese im Rahmen ihrer Möglichkeiten ihr Leben nach ihren Wünschen gestalten kann (§ 1821 Absatz 2 BGB). Dazu gehört, dass die betreute Person dabei

unterstützt wird, rechtliche Angelegenheiten selbst regeln zu können, und dass nur von der Vertretungsmacht Gebrauch gemacht wird, soweit dies erforderlich ist. Betreuerin oder Betreuer dürfen in keinem Fall über den Kopf einer betreuten Person hinweg entscheiden und müssen sich durch regelmäßige persönliche Kontakte und Besprechung anstehender Entscheidungen ein Bild davon machen, welche Wünsche die betreute Person hat und was sie nicht möchte. Diesen Wünschen muss in gesetzlich festgelegten Grenzen entsprochen und bei der rechtlichen Umsetzung geholfen werden. Die Pflicht zur Wunschbefolgung gilt auch bei der Entscheidung des Betreuungsgerichts, wer zum rechtlichen Betreuer oder zur Betreuerin bestellt wird.

Maßstab für Aufsicht und Kontrolle

Die rechtliche Betreuerin oder der Betreuer unterliegen der Aufsicht und Kontrolle durch das Betreuungsgericht. Das neue Betreuungsrecht fokussiert dafür die Wünsche erkrankter Menschen. Die Aufsichtsführung orientiert sich seit dem 1. Januar 2023 primär am Maßstab der Wünsche betreuter Personen, §§ 1862 in Verbindung mit 1821 BGB. Damit das Betreuungsgericht die Einhaltung dieser Maxime prüfen kann, muss es die Wünsche betreuter Menschen kennen. Mit dem Reformgesetz wurden die Anforderungen an die bei Gericht einzureichenden Berichte daher klarer formuliert. Die Berichte liefern zuständigen Rechtspflegekräften wichtige Anhaltspunkte für die Sichtweise der betreuten Person und deren

Lebenssituation. So kann das Gericht prüfen, ob die Betreuerin oder der Betreuer die Betreuungsführung am Leitbild des § 1821 BGB ausrichten. Bestehen Anhaltspunkte dafür, dass Wünschen der betreuten Person nicht nachgekommen wird, muss die zuständige Rechtspflegekraft die betreute Person persönlich anhören.

Der Schutz persönlicher Lebensbereiche betreuter Menschen ist stärker ausgestaltet als bisher. Dies gilt besonders für die selbst genutzte Wohnung als Lebensmittelpunkt. Die Aufgabe des Wohnraums ist nach der neuen Vorschrift des § 1833 BGB nur zulässig, wenn sie dem Willen der betreuten Person entspricht. Haben die Betreuerin oder der Betreuer die Absicht, selbst genutzten Wohnraum der betreuten Person aufzugeben, ist das dem Betreuungsgericht unter Angabe der Sichtweise der betreuten Person anzuzeigen. Damit werden eine gerichtliche Prüfung der beabsichtigten Wohnungsaufgabe und ein Eingriff des Betreuungsgerichts im Zuge der Aufsicht zum Schutz der betreuten Person ermöglicht.

Berufliche Betreuung

Die Reform verbessert die Qualität beruflicher Betreuung durch Einführung eines Mindeststandards für den Zugang zum Betreuerberuf. Seit dem 1. Januar 2023 werden berufliche Betreuerinnen und Betreuer von der Betreuungsbehörde, in deren Zuständigkeitsbereich sich ihr Sitz oder hilfsweise Wohnsitz befindet (Stammbehörde), registriert. Die Registrierung ist Voraussetzung für die Bestellung durch das Betreuungsgericht und für den Anspruch auf Vergütung. Es kann sich nach § 23 BtOG nur registrieren lassen, wer über persönliche Eignung und Zuverlässigkeit verfügt, Sachkunde für die Tätigkeit nachweist und eine Berufshaftpflichtversicherung für Vermögensschäden mit einer Mindestversicherungssumme von 250.000 € pro Versicherungsfall und von 1.000.000 € für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres abgeschlossen hat. Die für die Registrierung nachzuweisende Sachkunde ist der neue Mindeststandard. Sie umfasst Kenntnisse des Betreuungs- und Unterbringungsrechts, des dazugehörigen

Verfahrensrechts, der Personen- und Vermögenssorge, des sozialrechtlichen Unterstützungssystems, der Kommunikation mit Personen mit Erkrankungen und Behinderungen und von Methoden zur Unterstützung bei der Entscheidungsfindung (§ 23 Absatz 3 BtOG).

Ehrenamtliche Betreuung

Das neue Betreuungsrecht stellt ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuern kompetente Ansprechpersonen zur Seite. Für sie sieht es die Möglichkeit vor, mit einem anerkannten Betreuungsverein eine Vereinbarung über eine Begleitung und Unterstützung abzuschließen. Mitarbeitende der Vereine führen unter anderem Betreuerinnen und Betreuer. Betreuungsvereine leisten auch Aufgaben wie ehrenamtlich Tätige zu gewinnen, sie in die Aufgaben einzuführen und fortzubilden. Ehrenamtlich Tätige, die keine familiäre oder persönliche Beziehung zur betreuten Person haben, dürfen meist nur bestellt werden, wenn sie eine solche Vereinbarung nachweisen. Für ehrenamtlich Tätige mit familiärer oder persönlicher Beziehung zur betreuten Person ist der Abschluss einer Vereinbarung möglich und im Bedarfsfall zu empfehlen, denn so wird kompetente Unterstützung durch erfahrene Fachkräfte sichergestellt.

Notvertretungsrecht für Ehegatten

Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Reform des Vormundschafts- und Betreuungsrechts wird das Bürgerliche Gesetzbuch überdies um ein beschränktes Recht der Ehegatten auf gegenseitige Vertretung in Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge ergänzt. Das in § 1358 BGB geregelte Vertretungsrecht greift, wenn ein Ehegatte aufgrund von Bewusstlosigkeit oder Krankheit seine Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge nicht mehr besorgen kann. Es bezieht sich insbesondere auf die Einwilligung in ärztliche Eingriffe und den Abschluss von Behandlungsverträgen. Das Notvertretungsrecht ist zeitlich begrenzt auf maximal sechs Monate. Das Ehegattennotvertretungsrecht ist nachrangig zu einer bestehenden Betreuung oder Vorsorgevollmacht.



Gesundheitspolitische Nachrichten kommentiert von

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

Kommentar: Als Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sind wir beinahe täglich im Umgang mit Menschen, die sich in betreuungsrechtlich relevanten Lebenskontexten befinden. Bisher lief es „mal so – mal so“, im Klartext: Die Zufriedenheit der betreuten Menschen war unterschiedlich. Das neue Gesetz stärkt die Rechte betreuter Personen und stellt deren Wünsche in den Mittelpunkt. Berufsbetreuerinnen und -betreuer müssen bestimmte Voraussetzungen, wie den Abschluss einer Berufshaftpflicht, nachweisen, und müssen ihre Berichte für die Gerichte nachvollziehbar abfassen. Ehrenamtlich Tätige können sich durch anerkannte Betreuungsvereine unterstützen lassen. Das neue Ehegatten-Notfallvertretungsrecht stärkt befristet auf sechs Monate die Position und den Entscheidungsumfang der jeweils nicht akut erkrankten Partnerin oder des Partners. Die Neuerungen sind gut und richtig, vielleicht sogar überfällig. Letztlich wird sich zeigen, ob sich unter diesen Voraussetzungen noch ausreichend Personen finden werden, die sich als Berufs- oder ehrenamtliche Betreuerinnen und Betreuer engagieren wollen. Bewusste Täuschungen, Niedertracht und kriminelle Energie wird das Gesetz weder bei Betreuungspersonen noch bei Ehegatten verhindern können. Weisen Sie Ihre betreuten Patientinnen und Patienten bitte auf die Neuerungen hin. Weitere Informationen finden sie auf www.bmj.de/DE/Themen/VorsorgeUndBetreuungsrecht/VorsorgeUndBetreuungsrecht_node.html.

Aus den Verbänden

Was aktuelle Gesetzesänderungen für die Neurologie bedeuten

Profitieren von Reformen

Deutschland leistet sich eines der teuersten Gesundheitssysteme weltweit, kommt damit aber an die Grenzen der Finanzierbarkeit. Zudem bestehen erhebliche Probleme der Effizienz und Qualität, an der Notwendigkeit tiefgreifender Veränderungen gibt es daher keinen Zweifel. Wir sind mit einer Reihe von beabsichtigten und bereits beschlossenen Gesetzen konfrontiert, die auch verschiedenste Auswirkungen auf die Neurologie haben werden.

Die Kosten zur Finanzierung des Gesundheitssystems steigen kontinuierlich. Im Jahr 2020 betrug der Anteil des Gesundheitsausgaben 13 % des Bruttoinlandsproduktes und war damit so hoch wie noch nie. Die

Ausgaben steigen dabei schneller als die Wirtschaftsleistung. Deutschland gehört zu den Ländern mit der auf die Bevölkerung bezogen höchsten Zahl an Krankenhäusern und Krankenhausbetten, im Jahr 2021 betrug die Zahl der Häuser

1.887, die Zahl der Betten über 483.000 und die Zahl der Behandlungsfälle lag bei über 16 Millionen. Im ambulant-vertragsärztlichen Bereich sind über 180.000 Ärztinnen und Ärzte in 101.000 Praxen tätig. Die Zahl der Behandlungs-

Neue Gesetzesentwürfe werden sowohl die stationäre als auch ambulante Versorgungslandschaft verändern und für Herausforderungen sorgen.



fälle liegt bei 700 Millionen, die Zahl der Arzt-Patienten-Kontakte bei fast 1 Milliarde pro Jahr. Die Arzneimittelausgaben sind innerhalb von fünf Jahren von 36 auf 46 Milliarden € gestiegen. Ein Ende der Ausgabensteigerungen ist nicht in Sicht.

Das ist für sich genommen noch kein Problem. Wenn die Kennzahlen der Versorgung betrachtet werden, könnten wir meinen, wir befänden uns in einem gesundheitspolitischen Schlaraffenland. Jedoch haben die meisten Krankenhäuser wirtschaftliche Probleme, das Vertragsarztwesen ist chronisch unterfinanziert und die Defizite bei den Krankenkassen nehmen zu. Im Jahr 2021 wurden die Krankenkassen mit 7 Milliarden € aus Steuermitteln bezuschusst, im Jahr 2023 wird ein Defizit von 17 Milliarden € erwartet.

Bereits jetzt „überlebt“ das Gesundheitssystem nur durch Quersubventionierungen. Das kann kein tragfähiges Modell für die Zukunft sein, zumal immer mehr systemrelevante Bereiche nur durch neue Schulden und „Sondervermögen“ unterstützt werden. Es ist unklar, wie die steigenden Kosten im Gesundheitswesen in der Zukunft finanziert werden sollen. Für erhöhte Ausgaben werden sich politisch keine Mehrheiten finden, da die Finanzierung des Gesundheitswesens in Deutschland an die Wirtschaftsleistung gekoppelt ist, was angesichts zahlreicher Krisen und hoher Inflationsraten zunehmend unrealistischer wird.

Effizienz- und Qualitätsprobleme

Die Ursache einiger qualitätskritischer Entwicklungen ist leicht zu identifizieren: Medizinische Leistungen richten sich oft nicht nach Patientenbedarfen oder medizinischen Notwendigkeiten, sondern nach ökonomischen Kriterien. Das im Jahr 2004 eingeführte DRG-System hat maßgeblich zur Kommerzialisierung des Gesundheitssystems beigetragen, weil es die Grundlage für eine Reihe von ökonomischen Fehlanreizen

darstellt. Krankenhäuser sollten wie Wirtschaftsunternehmen im Wettbewerb stehen, dies sind die von Politik gesetzten Rahmenbedingungen. Es kann beispielsweise dem Verwaltungsdirektor eines Krankenhauses daher schlecht zum Vorwurf gemacht werden, wenn er seine Organisation wie ein Wirtschaftsunternehmen führt, in dem Kosten minimiert und Einnahmen maximiert werden. Wir haben es aber nicht mit einer Ware „Patient“ zu tun, die zum Gegenstand einer Marktdynamik werden darf.

Prof. Dr. Reinhard Busse, Mitglied der Krankenhauskommission der Bundesregierung, hat bei einem Vortrag am 6. Januar 2023 folgende Beispiele für Qualitätsprobleme in der Krankenhauslandschaft aufgezeigt [1]:

- Mehr als 50 % aller Krebspatientinnen und -patienten werden außerhalb von Krebszentren behandelt, viele Zentren kommen auf niedrige Fallzahlen.
 - Herzinfarktpatientinnen und -patienten werden in über 1.000 Krankenhäusern behandelt. Nur 578 der Häuser verfügen über einen Linksherzkatheterplatz.
 - Von den über 1.100 Krankenhäusern, in denen Schlaganfallpatientinnen und -patienten behandelt werden, verfügen nur 475 über eine Stroke-Unit.
 - Nur 63 % aller Krankenhäuser verfügen über einen Computertomografen.
- Diese Liste ließe sich beliebig fortsetzen. Dass am Krankenhausfinanzierungssystem etwas faul ist, zeigt sich nicht nur an den Folgen von Fehlanreizen, es beschert Krankenhäusern auch keinen Wohlstand. Vielmehr kämpfen 60 % der Kliniken mit Finanzierungsproblemen, viele stehen vor der Insolvenz.

Wir könnten die Kritik hier auch auf das Vertragsarztsystem ausweiten, das ebenfalls an ökonomischen Fehlanreizen krankt und kein Musterbeispiel für Patientenorientierung ist. Es gibt kaum Anreize, Schwerstkranken zu behandeln. Die Politik hat allen Bundesbürgerinnen und -bürgern ein unbegrenztes Leistungsversprechen gegeben. Jede Person

kann beliebig oft mit beliebig geringen Problemen beliebig viele Ärztinnen und Ärzte aufsuchen, ohne eine Gegenfinanzierung dieses Leistungsversprechens. Leistungen werden systematisch nur mit 85 % der Preise vergütet, eine strukturierte Priorisierung findet nicht statt, stattdessen ist die stille Rationierung der Alltag.

Ein weiteres Problem ist die Einteilung der Versorgung in einen ambulanten und einen stationären Sektor mit strikter Trennung der Finanzierung. Während stationäre Leistungen über das DRG-System mit dreistelligen Beträgen vergütet werden, werden im ambulanten Bereich nur wenig komplexe Leistungen mit entsprechend kleinen Beiträgen finanziert. Komplexe Leistungen werden aus diesem Grund nur deshalb stationär erbracht, weil hier entsprechende Strukturen vorhanden sind, nicht weil in jedem Fall eine Übernachtung erforderlich ist. Letzteres steigert unnötig die Kosten, ohne einen medizinischen Mehrwert für die Patientinnen und Patienten. Es ist daher dringend ein „dritter Sektor“ zwischen ambulant und stationär für komplexe Leistungen erforderlich. Wer als Vertragsärztin oder -arzt bisher komplexe Leistungen erbringt, handelt betriebswirtschaftlich nicht rational.

Notwendigkeit von Reformen im Gesundheitssystem

Dass unser Gesundheitssystem an seine Grenzen gekommen ist und Reformen notwendig sind, ist in der Gesundheitspolitik aller Fraktionen seit Jahren bekannt. Bisher hat jedoch kein Gesundheitsminister tiefgreifende Reformen eingeleitet, was den seit Jahrzehnten verkrusteten Strukturen und dem zu erwartenden Widerstand aus Selbstverwaltung und Landespolitik geschuldet sein dürfte. Die Partialinteressen von Deutscher Krankenhausgesellschaft, Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und GKV-Spitzenverband prallen bei Reformen systembedingt immer wieder

aufeinander. Auch der Widerstand aus Kommunen und Ländern ist groß, wenn Klinikschließungen drohen. Am Ende besteht Angst davor, Wählerstimmen zu verlieren. In der Gesundheitspolitik ist es wie in anderen systemrelevanten Bereichen auch. Politik wird für Wählende der Gegenwart gemacht, was eine nachhaltige Betrachtung verhindert. Mit anderen Worten: Die Unterlassungen der Politik heute fallen unseren Kindern morgen auf die Füße.

Der Chef des Gemeinsamen Bundesausschusses, Prof. Josef Hecken, hat der Politik daher Feigheit und Verschleppung notwendiger Reformen vorgeworfen. Im Zusammenhang mit der Finanzierung des Gesundheitssystems sprach er von einem geplanten gemeinschaftlichen Suizid.

Die Bundesregierung wartet nunmehr mit einem Strauß an Gesetzesaktivitäten auf. In Teilen mutet es wie Flickwerk an, in anderen Teilen wird der große Wurf in Aussicht gestellt. Alles folgt durchaus

ambulanten Operieren (AOP) zu erweitern. Auf dieser Grundlage wurde am 21. Dezember 2022 der Vertrag nach § 115b Absatz 1 SGB V – Ambulantes Operieren, sonstige stationärsersetzende Eingriffe und stationärsersetzende Behandlungen im Krankenhaus, kurz AOP-Vertrag – zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der KBV aktualisiert. Die Grundlage der Erweiterung des AOP-Kataloges war das in Kapitel III dargestellte Gutachten des IGES-Instituts. Eine vollständige Überarbeitung des AOP-Vertrages und nochmalige Erweiterung des AOP-Kataloges soll bis zum 1. Januar 2024 erfolgen.

Bei den AOP-Leistungen handelt es sich überwiegend um invasive Leistungen. Für die Neurologie ist im engeren Sinne nur eine Leistung aus dem Abschnitt 2 von besonderer Bedeutung: die „lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme“ mit dem OPS-Kode 1-204.2 beziehungsweise der EBM-Ziffer 02342.

»Die Unterlassungen der Politik heute fallen unseren Kindern morgen auf die Füße.«

einem roten Faden, der sich an den Empfehlungen der Gutachter und Kommissionen orientiert, die seit langem in eine Richtung zeigen. Im Koalitionsvertrag für die Legislaturperiode von den Jahren 2021 bis 2025 finden sich eine Reihe von Aussagen, wie die Bundesregierung Reformen inhaltlich gestalten möchte. Ein Schlüsselbegriff ist die Förderung der Ambulantisierung bislang unnötig stationär erbrachter Leistungen. Für geeignete Leistungen soll eine sektorengleiche Vergütung durch sogenannte Hybrid-DRG geschaffen werden. Die ambulante Bedarfs- und stationäre Krankenhausplanung soll gemeinsam mit den Ländern zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung weiterentwickelt werden.

In Kraft getretene Reformgesetze

Das MDK-Reformgesetz ist am 1. Januar 2020 in Kraft getreten. Die Partner der Selbstverwaltung waren durch dieses Gesetz verpflichtet, einen Katalog zum

Grundsätzlich sind die AOP-Leistungen ambulant zu erbringen, es sei denn, es liegen Kontextfaktoren vor, die eine stationäre Leistungserbringung erforderlich machen. Das ist entsprechend zu dokumentieren. Die Kontextfaktoren sind in der Anlage 2 gelistet und beinhalten unter anderem schwere motorische oder kognitive Funktionseinschränkungen sowie Pflegebedürftigkeit entsprechend den Pflegegraden 4 und 5 oder die Notwendigkeit einer Beatmung.

Das Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfLEG) ist am 29. Dezember 2022 in Kraft getreten. Hiernach können unter anderem in medizinisch geeigneten Fällen zugelassene Krankenhäuser Patientinnen und Patienten anstelle einer vollstationären Behandlung tagesstationär ohne Übernachtung behandeln. Voraussetzung dafür ist, dass ein täglicher mindestens sechsstündiger Aufenthalt des Erkrankten erforderlich ist, währenddessen eine überwiegend ärztliche oder pflegerische Behandlung

erbracht wird und es muss eine Indikation für eine stationäre somatische Behandlung vorliegen. Leistungen, die bisher schon ambulant zum Beispiel in 115b-Ambulanzen erbracht wurden, sind davon ausgeschlossen.

Weiterhin enthält das Gesetz erste Regelungen zur Entwicklung sektorengleicher Vergütung ambulant-sensitiver Leistungen. Speziell soll diese sektorengleiche Vergütung für ambulante Operationen eingeführt werden. Bis zum 31. März 2023 sollen die KBV, die DKG und der GKV-Spitzenverband eine neue Vergütungsstruktur in diesem Bereich vorstellen.

Regierungskommission und Krankenhausstrukturreform

Der Bundesminister für Gesundheit hat die „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ einberufen. Besetzt ist die Kommission mit 15 Expertinnen und Experten aus der Versorgung (Pflege und Medizin), der Ökonomie, der Rechtswissenschaften und einem an das Bundesministerium für Gesundheit angebundenen Koordinator. Schriftliche Stellungnahmen zu einzelnen Fragen der Krankenhausversorgung werden im Jahr 2023 vorgestellt.

Die Gesetzgebung hat in der aktuellen und der letzten Legislaturperiode erste Rahmenbedingungen geschaffen, um die Ambulantisierung im Gesundheitswesen durchzusetzen. Es ist zu erwarten, dass den Empfehlungen der Kommission im Wesentlichen gefolgt wird. Ein Kernpunkt betrifft die Einführung von bundesweit definierten Versorgungsebenen, an denen sich die Krankenhausversorgung orientiert. Vorgesehen sind drei Stufen mit einer Einteilung in grundversorgende, Regelversorgungs- und Maximalversorgungshäuser. Ein Teil der grundversorgenden Häuser soll eine integrierte ambulant-stationäre Grundversorgung beinhalten.

Derzeit tagt die Bund-Länder-Gruppe zur Ausarbeitung eines Eckpunktepapiers, das im Sommer 2023 fertig gestellt und Grundlage eines Gesetzesentwurfs sein soll, der im September im Parlament beraten wird. Das Inkrafttreten des Gesetzes erfolgt frühestens zum 1. Januar 2024.

Auswirkungen auf die Neurologie

Im AOP-Katalog ist bis jetzt nur die Liquorentnahme gelistet. Eine stationäre Liquorentnahme wurde bereits in der Vergangenheit in einigen Regionen nicht akzeptiert. Die Kontextfaktoren lassen regelhaft Ausnahmen zu. Zudem steht die Liquorentnahme oft im Kontext weiterer Leistungen, die eine stationäre Aufnahme begründen. Wir sollten die Entwicklungen daher zunächst abwarten und die regionalen Erfahrungen systematisch erfassen.

Die Einführung einer sektorengleichen Vergütung ambulant-sensitiver Leistungen im Sinne des KHPfLEG ist aktuell für die Neurologie nicht relevant. Neurologische Leistungen seien nach Auskunft der KBV bisher nicht Gegenstand dieser Verhandlungen. Wann, und ob dies in den kommenden Jahren relevant wird, ist derzeit nicht absehbar. Zwar ist eine Erweiterung des AOP-Kataloges in Zukunft vorgesehen, es darf aber nicht vergessen werden, dass die Umsetzung von Gesetzesvorlagen oft langwierig ist. So hat die Ausarbeitung des Anhangs zur ASV-Richtlinie für Multiple Sklerose ganze zehn Jahre gedauert.

Eine Einschätzung der Auswirkungen einer möglichen Krankenhausreform gemäß Empfehlungen der Krankenhauskommission ist derzeit spekulativ. Ein Hindernis in der Umsetzung der Empfehlungen sind die föderalen Entscheidungsstrukturen, was die aktuellen politischen Ereignisse eindrucksvoll bestätigen. Mitte März des Jahres 2023 hatten Bayern, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein angekündigt, die geplante Krankenhausreform auf ihre Verfassungsmäßigkeit überprüfen zu lassen, weil sie Krankenhausschließungen und Eingriffe in ihre Länderkompetenzen befürchten müssen, schließlich ist Krankenhausplanung Ländersache. Prof. Dr. Karl Lauterbach hat damit gedroht, Bundesmittel zu streichen. Wie dieses Kräftemessen ausgehen wird, können wir zum jetzigen Zeitpunkt nicht vorhersehen, doch die Auseinandersetzung gibt einen Vorgeschmack auf das Konfliktpotenzial. Auch wie sich die Ambulantisierung künftig gestalten wird, ist unklar.

Es bleibt zu hoffen, dass hier auf Versorgungsbedarfe auf der Grundlage wis-

senschaftlicher Evidenz und valider Daten Bezug genommen wird und nicht wirtschaftliche oder politische Partialinteressen der Maßstab sind.

Geschickt auf Reformen eingehen

Wie sich die Reformen auch entwickeln, Fakt ist, dass sie auf Dauer die Versorgungslandschaften ändern werden. Die Konzentration spezialisierter Leistungen, Bettenreduktion und Ambulantisierung werden eine entscheidende Rolle spielen, in vielen Fachbereichen wird ein Umdenken stattfinden müssen. Dies macht allen Beteiligten Angst. Das Personal in den Kliniken hat Sorge, dass stationäre Leistungen wegfallen, Vertragsärztinnen und -ärzte haben Sorge, dass Kliniken künftig ambulante Leistungen erbringen und wir uns gegenseitig karnibalisieren. Wenn aber geschickt auf die Änderungen eingegangen wird, kann die Neurologie gestärkt aus den Reformen hervorgehen. Die zitierten Qualitätsprobleme im Gesundheitswesen beziehen sich nicht auf die Neurologie, denn unzulässige, nicht an den Patientenbedarfen ausgerichtete Leistungsausweitungen kommen hier selten vor. Wir haben es in unserem Fachgebiet kaum mit Über- und Fehlbelegungen zu tun. Im Gegenteil: Die Bedarfe indizierter neurologischer Leistungen können kaum gedeckt werden. Neurologische Kliniken gehören zu den wenigen Fachrichtungen, in denen ein Bettenzuwachs verzeichnet wurde. In der ambulanten Neurologie existieren die längsten Wartezeiten, viele Schlaganfälle werden zudem immer noch in Kliniken behandelt, die über keine Stroke-Unit verfügen. Es gibt in der Neurologie daher nicht nur ein Ambulantisierungs-, sondern auch ein Hospitalisierungspotenzial.

Der Bedarf wird zudem durch Demografie und medizinischen Fortschritt weiter steigen. Wir müssen uns also Gedanken machen, wie wir unter den aktuellen und kommenden Bedingungen eine flächendeckende Versorgung sektorenübergreifend sicherstellen können. Dies war auch Thema auf der Tagung der leitenden Krankenhausneurologie am 9. und 10. März 2023 in Kassel. Alle Beteiligten waren sich einig, dass wir alles dafür tun sollten, unser politisches Handeln darauf auszurichten, in allen

Machen Sie bitte mit!

Regressspiegel – eine Evaluation auf Verbandsebene

Seit einigen Jahren verzeichnen wir eine zunehmende Zahl an Regressanträgen der Krankenkassen, oder besser formuliert, wir sehen uns mit einer Flut von Regressanträgen konfrontiert.

Dies ist aus mehreren Gründen problematisch und gefährdet eine patientengerechte Versorgung. Die Verbände haben das zum Anlass genommen, konzertiert dagegen vorzugehen. Ab jetzt können Sie unter www.regressspiegel.de einen anonymisierten Kurzbericht über die Regresse in den neurologischen und psychiatrischen Praxen der letzten Quartale eingeben. Wir freuen uns auf Ihre wertvollen Daten, bitte machen Sie zahlreich und kontinuierlich mit!



Versorgungsbereichen Rahmenbedingungen vorzufinden, die eine gute Patientenversorgung möglich machen – sei es stationär oder ambulant, freiberuflich oder im Angestelltenstatus, im Akutbereich oder in der Rehabilitation. Nur gemeinsam werden wir erfolgreich sein.

Literatur

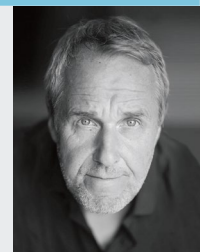
1. Management im Gesundheitswesen. <https://www.tu.berlin/mig/ueber-uns/fachgebietsleitung/vortraege> (Zugriff am 16.3.2023)

AUTOR

Dr. med. Uwe Meier

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

umeier@t-online.de



Erstes Fazit zur Gründung von Netzverbänden

KSVPsych-Richtlinie in der Praxis

Schwer psychisch Erkrankte können seit Oktober 2022 durch die KSVPsych-Richtlinie einfacher versorgt werden. Bereits jetzt zeigen sich erste Vorteile für Betroffene, gleichzeitig treten einige Schwierigkeiten bei der Umsetzung auf.

Die Gründung erster Netzverbände im Zuge der KSVPsych-Richtlinie ist seit dem 1. Oktober 2022 möglich. In vielen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) wurden schon Bemühungen unternommen, diese Versorgungsform zum Leben zu erwecken. In Berlin startete am 4. Oktober 2022 der erste Netzverbund. Er war durch eine seit mehr als 15 Jahren vorhandene Struktur für die vernetzte und multiprofessionelle Versorgung im Rahmen von Selektivverträgen mit der Existenz einer Managementgesellschaft hervorragend vorbereitet und konnte in die Richtlinienversorgung einsteigen. In vielen Regionen Deutschlands bestehen jedoch Hürden, den Weg zu beschreiten.

Unter dem Dach der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KVB) treffen sich mittlerweile Vertretungen der KVen der

Länder regelmäßig zum Austausch über die Etablierung der neuen Richtlinienversorgung. In Nordrhein, Hessen und Niedersachsen kam es in den vergangenen Monaten zu Gründungen von Netzverbänden, außerdem laufen Gespräche zur Vorbereitung dafür in vielen Regionen Deutschlands.

Gründungshindernisse beseitigen

Bereits in der ersten vorsichtigen Erkundungsphase der Gründungswilligen zeigen sich auch Hindernisse und Bedenken. Unbegründete Sorgen um haftungsrechtliche Probleme bei der Gründung eines Netzverbundes halten Kolleginnen und Kollegen von dem Vorhaben ab. Der Musterverbundvertrag unserer Berufsverbände, der durch Juristinnen und Juristen der KV geprüft wurde, besagt jedoch deutlich, dass der Vertrag nur zum

Zweck der Behandlung geschlossen wird. Damit sind weitergehende Haftungsansprüche nichtig.

Ein weitere Hürde für die Gründung ist die Festlegung der Bezugsarzt-beziehungsweise Bezugstherapeutenfunktion auf einen vollen Versorgungsauftrag. Diese willkürlich wirkende Festlegung in der Richtlinie ist aus Versorgersicht tatsächlich nicht nachvollziehbar, aktuell aber leider nicht zu umgehen. Zu hoffen bleibt, dass in weiteren Sitzungen in diesem Punkt Modifikationen möglich sein werden. In der derzeitigen Verhandlung um die „KSVPsych-RL im KJP-Bereich“ soll versucht werden, diesen „Geburtsfehler“ zu vermeiden.

Aktuell ist die Vergütung für die verpflichtend in Kooperation zu bringenden Kliniken noch nicht eindeutig geklärt. Kliniken haben damit keinen klaren Anreiz zur Teilnahme an der Richtlinienversorgung. Viele Netzverbände kämpfen deswegen mit den Klinikverantwortlichen um den Beitritt einer psychiatrisch versorgenden Klinik. Einfacher fallen Verhandlungen mit Kliniken, die durch dort schon etablierte Medizinische Versorgungszentren unter dem Dach des Klinikverbundes die Netzverbundversorgung auch vertragsärztlich abbilden.

Musterverträge für Netzverbände und Kooperationen

Durch die führenden Berufsverbände der Psychiater, Psychotherapeuten und Nervenärzte sowie mit juristischer Unterstützung der KBV konnten Musterverträge für alle notwendigen Vereinbarungen erstellt werden. Sie sind über die Verbände erhältlich. Diese Musterverträge sind in enger Anlehnung an die Richtlinie entstanden und bilden den



Das Ziel der KSV-Psych-Richtlinie ist eine leichtere Behandlung schwer psychisch Erkrankter durch eine berufsgruppenübergreifende Versorgung.

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.

To-Do für eine Netzwerkgründung

- Informieren Sie sich über die KSVPsych-Richtlinie mit dem Plus an Versorgung und Vergütung bei der KBV auf der Website www.kbv.de/html/themen_58817.php oder im Mitgliederbereich des BVDN unter www.berufsverband-psychiater.de/project/ksv-psych-rl/.
- Informieren Sie Ihre Kolleginnen und Kollegen zum Thema, nutzen Sie zum Beispiel die Veranstaltungen der BVDN-Landesverbände und der Qualitätszirkel, um darüber ins Gespräch zu kommen.
- Suchen Sie ärztliche und psychotherapeutische Kolleginnen und Kollegen, die mit Ihnen gemeinsam einen Netzwerk gründen.
- Suchen Sie Kooperationspartner: Klinik, Ergo- und Psychotherapie, Soziotherapie, Psychiatrische Hauskrankenpflege
- Treten Sie frühzeitig in Kontakt zur regionalen KV und fragen Sie nach organisatorischer Unterstützung.
- Starten Sie in eine neue Form der intensivierten Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Gestaltungswillen und auch die Verantwortungsübernahme der vertragsärztlich sowie der psychotherapeutisch Tätigen ab.

Managementgesellschaften, die Erfahrungen im Bereich der vernetzten Versorgung im Rahmen von Selektivverträgen sammeln konnten und regional unterschiedlich beziehungsweise auch deutschlandweit agieren, können eigene und in ihrer Struktur unter Umständen abweichende Vereinbarungen vertraglich in Aussicht stellen. Damit besteht bereits eine beeindruckende Breite der Vernetzungsmöglichkeiten.

Prüforgan für die Verträge und damit für den möglichen Beginn der KSV-Psych-Richtlinienversorgung ist die jeweils zuständige KV. Empfehlenswert sind Gespräche mit den jeweiligen Abteilungen, die, wie oben beschrieben, in einem Austausch in der KBV stehen.

Bericht aus dem Netzwerk Berlin

Seit Oktober 2022 werden in Berlin inzwischen circa 150 Erkrankte multiprofessionell vernetzt behandelt. Dabei umfasst der Netzwerk etwa 50 Fachärztinnen und -ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Zudem gibt es gut 20 Kooperationspartnerschaften in den Bereichen Ergo- und Soziotherapie sowie ambulanten psychiatrischen Pflegediensten. Auch konnten drei Kooperationsvereinbarungen mit psychiatrischen Kliniken mit Pflichtversorgung abgeschlossen werden.

Ausgehend von der durch Selektivverträge entstandenen Netzwerkstruktur als zertifiziertes Praxisnetz nach § 87b wurde mit vielen Veranstaltungen, Öffentlichkeitsmaßnahmen und Informationen über den BVDN Berlin und die KV Berlin schrittweise der Netzwerk vergrößert. Insbesondere aufgrund direkter patientenbezogener Ansprache von kooperierenden Leistungserbringern der Ergo- und Psychotherapie konnten eine Reihe weiterer interessierter und motivierter Personen zur Mitarbeit gewonnen werden. Mithilfe multiprofessioneller Netzwerkveranstaltungen, zum Beispiel zu Behandlungspfaden, Dokumentation und Abrechnungsmodalitäten wurde auch eine Vernetzung auf persönlicher Ebene geschaffen.

Als wesentliche Motive zur Mitarbeit im Netzwerk wurden vor allem die Bereiche „Qualitätsverbesserung der Versorgung schwer psychisch Erkrankter“, „Interesse an Vernetzung“, „(multiprofessionelle) kooperative Berufsausübung“ sowie „extrabudgetäre Vergütung“ identifiziert.

Erste Analysen zeigen Veränderungen in der Art der multiprofessionellen Behandlung: Während es sich in der Vergangenheit zu Zeiten der Selektivverträge zumeist um die aufsuchende Behandlung durch psychiatrische Hauskrankenpflege oder Soziotherapie zusätzlich zur psychiatrischen Behandlung handelte, erhalten im Rahmen der KSVPsych-Richtlinie neben der fachärztlichen Therapie inzwischen mehr als 40 % der Pa-

tientinnen und Patienten eine psycho- oder ergotherapeutische Behandlung.

Seitens der Erkrankten erfolgt bislang die Rekrutierung netzintern innerhalb der Facharzt- beziehungsweise Psychotherapie-Praxen oder durch Kooperationspartner (z. B. der Ergotherapie), die gezielt an Netzwerkpraxen verweisen. Der befürchtete Ansturm vieler, bislang unversorgter Patientinnen und Patienten von außen beispielsweise von Krankenhäusern blieb aus.

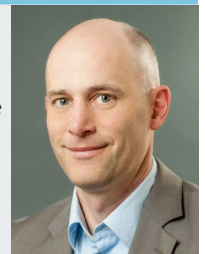
Hilfreich ist, dass die KSVPsych-Richtlinie als Leistung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM), anders als bei den Selektivverträgen, Versicherten aller Krankenkassen zur Verfügung steht, sofern ein entsprechender Schweregrad gemäß GAF vorliegt und ein zweiter Leistungserbringer nötig ist. Gerade die verpflichtende Kommunikation zwischen Leistungserbringern verbessert nicht nur die Behandlungsqualität, sondern wird von allen Beteiligten sowie den Patientinnen und Patienten geschätzt und mitunter explizit gewünscht.

AUTOREN

Dr. med. Michael Krebs

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Drakestraße 61
12205 Berlin

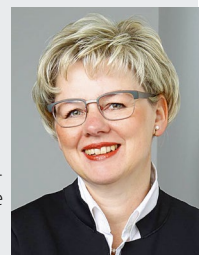
mk@dr-michael-krebs.de



Dr. med. Sabine Köhler

1. Vorsitzende des BVDN
Vorsitzende der GGB Thüringen
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
Dornburger Straße 17
07743 Jena

sab.koehler@web.de



Innovationsprojekt für MS-Betroffene

Fortschritte im MSnetWork

Das Studienprojekt MSnetWork fördert die Teilhabe und Verhinderung oder Reduzierung der Arbeitsunfähigkeit von chronisch an MS erkrankten Menschen. Es bündelt Versorgungsangebote und lenkt den koordinierten Ab-

ruf von Leistungen, um Betroffene entsprechend zu behandeln. Vorteile für Ihr Praxisteam sind dabei:

- papierlose Dokumentation über die Projektplattform IVPnet,
- attraktive extrabudgetäre Vergütung mit automatischer Abrechnung,
- nichtmedikamentöse Behandlung von MS-Erkrankten im Vordergrund.

Erkrankte profitieren vor allem durch:

- Erhalt neuer Versorgungsleistungen,
- engmaschige Betreuung,
- Unterstützung der Teilhabe am Arbeitsleben durch unabhängige Arbeitsmedizinerinnen und -mediziner.

Seit unserem Bericht im NeuroTransmitter 2022;33(12):28–30 ergaben sich Neuerungen: Der Einschreibungszeitraum für Erkrankte wurde bis zum 30. Juni 2023 verlängert und wir befinden uns im Endspurt, die 950 anvisierten Teilnehmenden zu erreichen. Nutzen Sie dennoch als Neu- oder Bestandspraxis den zeitlichen Spielraum und helfen Sie, eine aussagekräftige Datenbasis für

die anschließende Evaluation zu erheben. Nur so kann die vernetzte Versorgung von Menschen mit MS in die Regelleistung übergehen. Die Zahl teilnehmender Arbeits- und Betriebsmedizinpraxen konnte in den Versorgungsregionen auf circa 40 gesteigert werden. Sie können frühzeitig und niederschwellig für die Evaluation eines eventuellen Teilhabedefizits hinzugezogen werden.

Für weitere Informationen besuchen Sie uns auf www.msnetwork.info.



AUTORIN

Barbara Prodanovic

Stellvertretende
Projektleitung
Wulffstraße 8,
12165 Berlin

b.prodanovic@berufsverband-neurologen.de



Kleinanzeigen aus der Praxis

Praxisbörse

Neurologisch/neurochirurgische Praxis in Berlin-Mitte sucht **Arzt/Ärztin für Neurochirurgie**. Klinische Erfahrung, Interesse an Differenzialdiagnostik, Neurophysiologie, patientenzentrierter Beratung, interdisziplinärer Betreuung (TZ). OP-Möglichkeit ambulant. raffauff@neuropraxis-mitte.de

Suche Nachfolge für **neurologisch-psychiatrische Praxis** im Norden von **Darmstadt**. Doppelfacharzt Neurologie, Psychiatrie. Gute Erreichbarkeit. Behindertengerechter Zugang. Niedrige Miete. Verhandlungsbasis ein Jahresgewinn. drvetter@neurodoc.de

Suche Nachfolge für **neurologisch-psychiatrische Privatpraxis** in **Wiesbaden**. Attraktives Umfeld,

Einarbeitung bis drei Jahre, Teil- oder Vollzeit, Job-sharing möglich, ruhiges Arbeitsklima, eingearbeitetes Team, ertragsstark, fester Patientenstamm, Toplage, 234 m² Altbau, langjähriger Mietvertrag, niedrige Kosten. dieter.claus@t-online.de

Kaufen/Verkaufen

Papier-EEG-Gerät Neurofax EEG-7410G Nihon Kohden mit Wagen, Brause, Kabel, 6 x 5.000 Blatt, 3 x Tinte für Selbstabholung zu verschenken. PLZ 22547. info@nervenarzt-eichenlaub.de

Nadeldrucker Epson LQ-690 mit Patronen (200 €, VHB) und **Doppler Multi-Dop Pro DWL** mit Zubehör (1200 €, VHB) zu verkaufen. info@praxis-giannakis.de

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: 28. April 2023

Rund um den Beruf

Inklusive Medizin durch „Leichte Sprache“

Einfach sprechen über Gesundheit und Krankheit

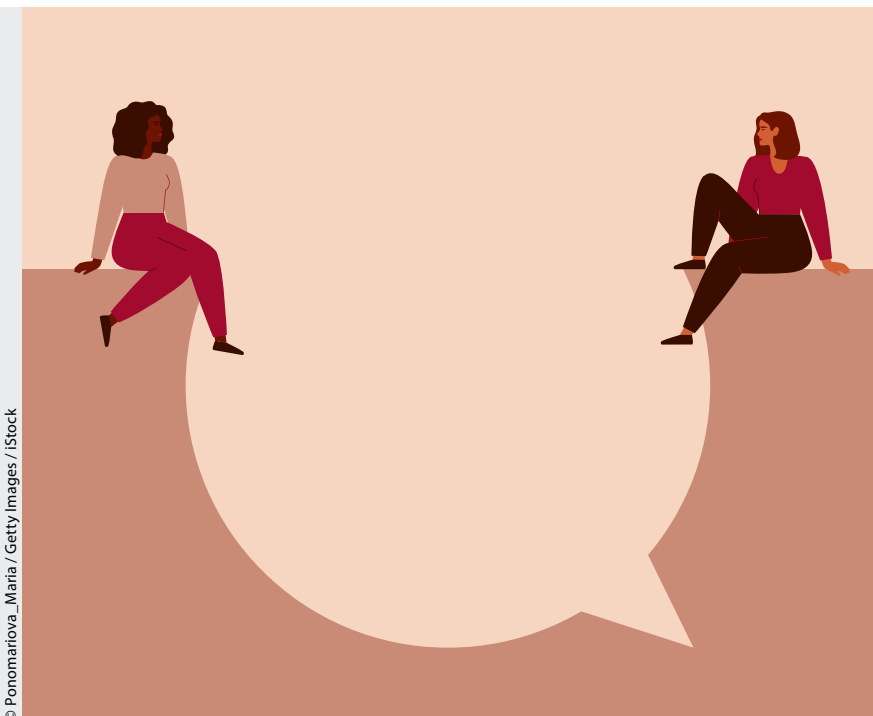
Gespräche mit Ärztinnen oder Ärzten können aufgrund der komplexen Themen besonders für Menschen mit kognitiven Einschränkungen überfordernd sein. Das Konzept der „Leichten Sprache“ kann die Patientenkommunikation verbessern und jedem Menschen die Möglichkeit geben, bewusste und fundierte Therapieentscheidungen zu treffen.

Gesprochene Sprache und Schriftsprache sind zentrale Instrumente der Kommunikation. Das Gegenüber verstehen zu können und sich in einem kommunikativen Prozess auszu-

tauschen, zählt zu den Grundbedürfnissen des Menschen. Vor allem die medizinische Sprache kann jedoch im Vergleich zur Alltagssprache für Patientinnen und Patienten eine besondere

Herausforderung darstellen. Denn diese Form der Sprache ist geprägt durch Fachbegriffe und Konzepte, die vielen Menschen in der Bevölkerung fremd sind, was zu einer Barriere mit unterschiedlichen Folgen werden kann. Verstehen Patientinnen und Patienten die Ärztin oder den Arzt nicht oder missverstehen deren Äußerungen, wächst das Risiko einer mangelnden Adhärenz. Zudem bleibt das Ziel einer informierten Entscheidung aufseiten der Patientinnen und Patienten unerreicht, wenn die gesprochene Sprache oder die Schriftsprache nicht verstanden werden. Dabei ist seit dem Patientenrechtegesetz klar, dass ohne informierte Entscheidung keine medizinische Intervention erlaubt ist [1]. Aus diesen wenigen Problemskizzen lässt sich bereits ableiten, dass der sensible und bewusste Gebrauch der Sprache, angepasst an die individuellen Verständigungsmöglichkeiten von Patientinnen und Patienten, ein zentrales Merkmal erfolgreicher medizinischer Behandlung darstellt.

Menschen mit einer Störung der Intelligenzentwicklung (auch bezeichnet als Intelligenzminderung, geistige Behinderung, Lernschwierigkeiten) erleben das medizinische Gespräch oder schriftliche Informationen aufgrund ihrer kognitiven Beeinträchtigung um ein Vielfaches verwirrender. Sie sind nicht nur in einer



© Ponomariova_Maria / Getty Images / iStock

Durch Leichte Sprache werden Barrieren bei der Vermittlung medizinischer Fakten überbrückt.

ungewohnten Umgebung mit fremden Personen konfrontiert, sondern auch mit einer besonders komplexen Fachsprache, die zu großen Verständigungsproblemen führen kann. Die medizinische Sprache wird zu einer systembedingten Barrikade, die letztlich diskriminiert, indem sie Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen von einem zugänglichen Verständigungsprozess ausschließt. Um diese Auswirkungen zu vermeiden, bedarf es eines bewussten Umgangs mit Sprache, denn dies ist die Basis für eine informierte Entscheidung. Letztlich ist es die Aufgabe der Ärztin beziehungsweise des Arztes, medizinische Inhalte verständlich zu vermitteln. Verkompliziert wird dieser Anspruch durch die Tendenz der Betroffenen, dem Gegenüber zuzustimmen, weil sie sich für die kognitive Beeinträchtigung schämen.

Das Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit

Seit mehr als 20 Jahren gibt es in Deutschland den Versuch, „Leichte Sprache“ als einen Lösungsweg zu etablieren, um Verständigungsprobleme von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zu überwinden. Eine Grundlage bildet das „Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ (UN-BRK), das vom Bundestag und Bundesrat im Jahr 2009 ratifiziert wurde. Das Abkommen ist ein verbindlicher Völkerrechtsvertrag, der Standards vorschreibt, wobei zentrale Themen die Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung sowie der Abbau von Barrieren sind. In der UN-BRK geht es darum, „Menschen mit Behinderungen eine unabhängige Lebensführung und die volle Teilhabe in allen Lebensbereichen zu ermöglichen“ (Artikel 9, Zugänglichkeit). In Artikel 25 zum Thema Gesundheit heißt es: „Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung. Die Vertragsstaaten

Tab. 1: Prinzipien der Leichten Sprache nach Bock [5]

Um einfach(er) zu schreiben, kann man ...

- vermeiden und ersetzen (z. B. unbekannte durch bekannte Wörter, Schachtelsätze)
- weglassen (z. B. weiterführende Informationen, Reduzieren der Textmenge)
- hinzufügen (z. B. Erklärungen, Hinführungen, grafische Elemente)
- wiederholen (z. B. parallel gebaute Satzstrukturen [Parallelismen], wortgleiche Satzanfänge [Anaphern])
- paraphrasieren, das heißt noch einmal anders formulieren und beide Varianten im Text belassen (genau das haben wir gerade getan, wenn wir schreiben: ‚paraphrasieren, das heißt noch einmal anders formulieren‘)
- ausdrücklich sein und entzerren (statt verdichten beispielsweise Teilaspekte ausdrücklich benennen oder beschreiben, die sonst als selbstverständliches Wissen nur knapp oder sogar unerwähnt bleiben würden)
- Zusammenhänge und Bezüge sichtbar machen (sprachlich, grafisch)
- veranschaulichen (z. B. durch anschauliche Wörter, durch eingängige [sprachliche] Bilder und Vergleiche)
- spezifisch statt allgemein darstellen (etwa mit Beispielen einen konkreten Fall darstellen, auch wenn die vielleicht nur einen Teilaspekt zeigen – diesen aber besonders eindrücklich und exemplarisch)
- allgemein statt spezifisch darstellen (z. B. eine zusammenfassende oder übergreifende Information statt mehrerer Einzelinformationen)
- dem Ikonizitätsprinzip folgen, also Verhältnisse und ‚Zustände‘ in der Welt direkt sprachlich abbilden, wie zeitliche Abfolgen (angeordnet werden beispielsweise Informationen in Satz und Text so, wie sie zeitlich geschehen sind [Bericht] oder in welcher Reihenfolge sie der Leser benötigt [Anleitung], man nennt erst den Grund – dann die Folge usw.)
- konventionelle Ausdrucksformen suchen (statt „Leichte Sprache“-typische) – dabei geht es vor allem um Wiedererkennbarkeit (z. B. Formulierungen und Wörter, die für die jeweilige Textsorte, das Thema oder den jeweiligen Zusammenhang typisch oder diesem wenigstens ähnlich sind)
- auf den Sprachrhythmus achten (auch wenn ein Text nicht fürs Vorlesen gedacht ist, bedeutet ein gut lesbarer Rhythmus Eingängigkeit und somit Leseerleichterung)

treffen alle geeigneten Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsdiensten, einschließlich gesundheitlicher Rehabilitation, haben.“ [2].

Neben der UN-BRK ist in Deutschland das Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) ein bedeutender rechtlicher Rahmen. Unter dem § 11 Verständlichkeit und Leichte Sprache formuliert die Gesetzgebung: „1) Träger öffentlicher Gewalt sollen mit Menschen mit geistigen Behinderungen und Menschen mit seelischen Behinderungen in einfacher und verständlicher Sprache kommunizieren. Auf Verlangen sollen sie ihnen insbesondere Bescheide, Allgemeinverfügungen, öffentlich-rechtliche Verträge

und Vordrucke in einfacher und verständlicher Weise erläutern.“

Die Umsetzung von rechtlichen Vorgaben in die Praxis dauert. Ein aktuelles Beispiel einer Erklärung zur Barrierefreiheit in der Gesundheitsförderung liefern die Träger der Nationalen Präventionskonferenz (Beschluss der Nationalen Präventionskonferenz vom 25. November 2021). „Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) vereinbaren im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie präventive sowie gesundheits-, sicherheits- und teilhabeförderliche Leistungen, für die sie einen gesetzlichen Unterstützungsauftrag haben, im Sinne der Inklusion barrierefrei zu gestalten. Um den besonderen Belangen von Menschen mit Behinderungen

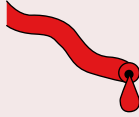
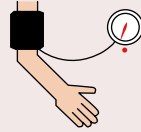
Untersuchungen Blut-Druck messen	Untersuchungen Blut-Druck messen
Der Blut-Druck zeigt, wie stark das Blut durch die Blut-Gefäße im Körper fließt. Ein Blut-Gefäß ist wie ein dünner Schlauch, durch den das Blut fließt. Der Mensch hat sehr viele Blut-Gefäße, die unterschiedlich dick und dünn sind. Wenn das Herz und die Blut-Gefäße gesund sind, haben Sie einen guten Blut-Druck. Wenn der Blut-Druck zu hoch ist (Blut-Hochdruck), sollten Sie sich von einem Arzt behandeln lassen. Wie spüren Sie Probleme mit dem Blut-Druck? Bei zu niedrigem Blut-Druck kann Ihnen zum Beispiel schwindlig sein oder Sie fühlen sich müde und schlapp. Bei zu hohem Blut-Druck haben Sie meist keine Beschwerden. Manchmal treten Kopf-Schmerzen oder Nervosität auf. Erhöhter Blut-Druck kann zum Schlag-Anfall oder Herz-Infarkt führen. Wie wird der Blut-Druck gemessen? Die Kranken-Pfleger oder Arzt macht eine Binde um Ihren Arm. Diese Binde heißt Blut-Druck-Manschette. Die Manschette wird aufgepumpt. Das kann etwas drücken. Die Luft wird langsam herausgelassen. Mit einem Mess-Gerät und einem Stethoskop wird der Blut-Druck gemessen. Das Stethoskop ist ein Abhör-Gerät. Digitale Blut-Druck-Messgeräte machen alles automatisch und benötigen kein Stethoskop. Was ist wichtig? Blut-Druck-Messen tut nicht weh. Der Blut-Druck gibt Informationen über das Herz und die Blut-Gefäße. Wenn der Blut-Druck zu hoch ist, kann das die Gefäße schädigen. Das kann zu einem Schlag-Anfall oder einem Herz-Infarkt führen. Daher muss ein hoher Blut-Druck mit Tabletten gesenkt werden	 Das Herz pumpt das Blut durch unseren Körper.  Das Blut fließt durch die Blut-Gefäße. Der Blut-Druck misst, wie stark das Blut durch den Körper fließt.  So sieht das Abhör-Gerät aus. Es heißt Stethoskop.  Eine Binde wird um Ihren Arm gelegt. Mit dem Blut-Druck-Mess-Gerät und einem Stethoskop wird der Blut-Druck gemessen.  Ein hoher Blut-Druck kann mit Tabletten gesenkt werden.
Seite 1	Seite 2

Abb. 1: Aufklärungsbogen „Blut-Druck messen“ (aus Sappok T, Burtcher R, Grimmer A. Einfach Sprechen über Gesundheit und Krankheit. Medizinische Aufklärungsbögen in Leichter Sprache. 2021. Hogrefe Verlag, Bern [9])

Rechnung zu tragen, verpflichten sie sich, bei gemeinsamen Vorhaben der Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung Aspekte der Barrierefreiheit von Anfang an fortlaufend zu berücksichtigen.“ [3].

Im Dezember des Jahres 2022 beantwortet das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die Frage von Hubert Hüppe (CDU, MdB) nach dem im Koalitionsvertrag vereinbarten Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen mit dem Hinweis, dass es der Bundesregierung ein besonderes Anliegen sei, „noch bestehende Barrieren in der Gesundheitsversorgung abzubauen und Inklusion in allen Bereichen des Gesundheitswesens voranzubringen“. Allerdings handle es sich bei der Erarbeitung des Aktionsplans „um ein zeitintensives und umfas-

sendes Projekt, bei dem vielfältige Bedürfnisse und ein weites Spektrum an Handlungsfeldern berücksichtigt werden müssen“. Deshalb werden derzeit im BMG zunächst ein erstes Konzept sowie Organisation und Verfahren vorbereitet und abgestimmt. Die bedarfsgerechte Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung bleibt weiter ein Schwerpunkt des Maßnahmenkatalogs der Bundesregierung im Nationalen Aktionsplan 2.0 aus dem Jahr 2016 [4].

Das Konzept Leichte Sprache

„Leichte Sprache“ ist der Versuch, kommunikative Hürden abzubauen und Verständigungsprozesse zwischen Menschen mit und ohne kognitiven Einschränkungen zu verbessern.

Ursprünglich forderten Selbst- und Stellvertretungsgruppen von Menschen

mit Lernschwierigkeiten die Anwendung von Leichter Sprache. Sie haben dazu entsprechende Regelwerke verfasst, die schwierige Verbal- und Schriftsprache erleichtern sollen. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) veröffentlichte dazu in Zusammenarbeit mit dem „Netzwerk Leichte Sprache“ (online auf www.leichtesprache.org) einen entsprechenden Ratgeber [5]. Die Regeln geben Hinweise zum Gebrauch einfacher Wörter, zur Schreibweise von Zahlen und Zeichen, zu Satz- und Textgestaltung und zur Verwendung von Bildern. Ein zentrales Element des Regelwerks ist die Forderung, dass Texte in Leichter Sprache von Menschen mit Lernschwierigkeiten auf Verständlichkeit überprüft werden sollten. Dazu bilden sich sogenannte Prüf- oder Kontrollgruppen, deren Mitglieder als Ex-

Tab. 2: Regeln der „Leichten Sprache“ – adaptiert nach „EASY-TO-READ Europäische Regeln, wie man Informationen leicht lesbar und leicht verständlich macht“

	Regel	Erläuterung
Wörter	Seien Sie vorsichtig , wenn Sie Pronomen verwenden.	Pronomen sind Wörter wie „ich“, „du“, „sie“, „er“ oder „es“. Man verwendet sie statt einer Person oder einer Sache. Achten Sie darauf, dass immer eindeutig klar ist, wer oder was gemeint ist. Wenn das nicht klar ist, verwenden Sie das eigentliche Wort.
	Verwenden Sie niemals Fußnoten .	Fußnoten erklären etwas am Ende der Seite. Erklären Sie Sachen gleich im Text. <i>Schreiben Sie nicht:</i> „Peter Müller“ hat auf der Veranstaltung gesprochen.“ <i>Schreiben Sie:</i> „Peter Müller ist der Präsident einer Organisation für Menschen mit Lernschwierigkeiten. Peter Müller hat auf der Veranstaltung gesprochen.“
	Vermeiden Sie zu viele Satz-Zeichen .	<i>Schreiben Sie nicht:</i> „Gestern habe ich meinem Sohn – der Michael heißt – ein grün/gelbes Fahrrad gekauft (ein Neues!).“ <i>Schreiben Sie:</i> Mein Sohn heißt Michael. Gestern habe ich ihm ein neues Fahrrad gekauft. Das neue Fahrrad ist grün und gelb.“
	Vermeiden Sie wenn möglich Sonder-Zeichen wie: \, &, <, § oder #	
	Vermeiden Sie Abkürzungen wie „z.B.“ oder „etc.“	
Sätze	Beginnen Sie einen neuen Satz immer in einer neuen Zeile .	Trennen Sie Wörter am Ende der Zeile nicht. Wenn ein Wort nicht mehr in die Zeile passt, schreiben Sie das Wort in die nächste Zeile.
	Schreiben Sie kurze Sätze .	— Schreiben Sie nur einen Gedanken in einen Satz. — Schreiben Sie nicht „und“. — Machen Sie keinen Beistrich oder ein Komma. — Machen Sie einen Punkt und fangen Sie einen neuen Satz an. — Wenn möglich sollte ein Satz in eine Zeile passen. Wenn das nicht geht und der Satz über zwei Zeilen geht, trennen Sie den Satz dort, wo man beim lauten Lesen eine Pause macht. <i>Schreiben Sie:</i> So wie dieser Satz geteilt ist, ist er leicht lesbar. <i>Schreiben Sie nicht:</i> So wie dieser Satz geteilt ist, ist er nicht leicht lesbar.
Wie man Text schreibt	Schreiben Sie leicht verständliche Überschriften .	Die Überschriften sollten klar machen, worum es im Text geht.
	Geben Sie dem Leser immer alle Informationen , die er braucht.	Es muss klar sein, für wen ist die Information und worum geht es.
	Schreiben Sie nur die wichtigen Informationen in den Text.	
	Sorgen Sie dafür, dass man die wichtigste Information leicht finden kann.	Dafür könnten Sie: — Die wichtigste Information an den Anfang des Textes schreiben. — Die wichtigste Information deutlich machen und fett drucken. — Die wichtigste Information in ein eingerahmtes Feld stellen.
	Machen Sie nicht zu viele Ebenen von Überschriften. Vermeiden Sie zu viele Aufzählungs-Zeichen .	
	Grafiken und Tabellen können sehr schwer verständlich sein.	Aber sie können manchmal Dinge besser erklären als Text. Wenn Sie Grafiken oder Tabellen verwenden: sie müssen einfach sein. Und erklären Sie gut, was die Grafiken und Tabellen bedeuten.
Sprache	Verwenden Sie keine zu langen Wörter .	Wenn Sie lange Wörter benutzen müssen, trennen Sie die Wörter mit Binde-Strichen, zum Beispiel Gleichstellungs-Gesetz
	Wenn Sie von etwas schreiben, das in der Vergangenheit war: verwenden Sie das Perfekt.	Verwenden Sie nicht die Mitvergangenheit (Präteritum). <i>Schreiben Sie:</i> Ich bin nach Hause gegangen. <i>Schreiben Sie nicht:</i> Ich ging nach Hause.
	Wenn Sie von Personengruppen schreiben, die aus Frauen und Männern bestehen:	Es ist gut, wenn Sie alle Geschlechter ansprechen. Texte werden dadurch länger. Verwenden Sie deshalb wenn möglich eine neutrale Form. Schreiben Sie statt „Arbeitsassistentinnen und Arbeitsassistenten“: Arbeits-Assistenz.
	Seien Sie vorsichtig mit Zahlen wie „7tes Treffen“.	Das kann schwer verständlich sein.

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.

pertinnen und Experten in eigener Sache zur weiteren Verbesserung von Leichter Sprache beitragen [6]. Seit der deutschen Erstveröffentlichung des Regelwerks Leichte Sprache haben sich die Diskussionen und Erkenntnisse weiterentwickelt. Trescher spricht beispielsweise von „Ambivalenzen Leichter Sprache“ [7]. Bock veröffentlichte, ebenfalls unter der Finanzierung des BMAS, sprachwissenschaftliche Ergebnisse und Praxisempfehlungen, auf die nun näher eingegangen wird und verweist zusätzlich darauf, dass Leichte Sprache als barrierefreie Kommunikation in relativ kurzer Zeit allgemeine Aufmerksamkeit erzielen konnte [8]. Gleichzeitig betont sie, dass die bisherigen Regelwerke zu kurz greifen würden. Sie zeigt auf, dass eine verständliche Sprache viel komplexer ist und durch fünf Faktoren beeinflusst werde. Diese fünf Angemessenheitsfaktoren lassen sich differenzieren in

- der Adressat/die Adressatin,
- die Funktion von Sprache oder Text,
- der Inhalt beziehungsweise den thematisierten Gegenstand,
- die Situation,
- der Sender/die Senderin [8].

Verständlichkeit von Verbal- oder Schriftsprache ist kontextabhängig und eingebettet in eine Sinnkonstruktion, die jeder Mensch individuell leistet – unabhängig von den kognitiven Fähigkeiten. Bock fragt, „Was kann man tun?“ und liefert in Bezug zu verständlichem Text eine „unvollständige Liste möglicher Prinzipien“ (Tab. 1).

Die Geschichte der Leichten Sprache

Die ersten Anstöße, Sprache leichter verständlich zu machen, kommen aus der Bewegung von „People First“. Treffen von Menschen mit Beeinträchtigungen gab es bereits im Jahr 1968 in Schweden, in den folgenden Jahren in England und Kanada, bevor im Jahr 1974 die Organisation gegründet wurde und ihren Namen nach dem berühmten Ausspruch einer Teilnehmerin „I’m tired of being called retarded – we are people first“ benannt wurde. Inzwischen handelt es sich um eine internationale Bewegung mit Beteiligung von 43 Ländern und mindestens 17.000 Mitgliedern [10]. Seit den 1990er-Jahren existiert der Verein

„Mensch zuerst – Netzwerk People First Deutschland e. V.“ auch in Deutschland [11]. Ziel der weltweiten Organisation war und ist es, Menschen mit Handicap mit Informationen und Materialien zu unterstützen. Zum Beispiel wurde das erste Wörterbuch für Leichte Sprache entworfen und Unterschriften für das Recht auf Leichte Sprache gesammelt. Im Jahr 2006 wurde das „Netzwerk Leichte Sprache“ in Deutschland gegründet, seit dem Jahr 2013 existiert auch ein Verein [12].

Leichte Sprache in der Medizin

Medizinische Untersuchungen und Behandlungen sorgen dafür, dass Menschen mit Lernschwierigkeiten immer wieder an ihre Grenzen stoßen. Ihnen fällt es oft schwer, die verwendeten Aufklärungsmaterialien zu verstehen und die Notwendigkeit von Untersuchungen einzuschätzen, wobei die Problematik durch hohe Irritabilität durch mit dem Arztbesuch verbundenen Ortswechsel und schlechte Vorerfahrungen verstärkt wird. Das löst Ängste und Misstrauen aus, erschwert die Behandlung und nimmt umfassende personelle und zeitliche Ressourcen in Anspruch.

Der Einsatz von Leichter Sprache soll die medizinische Behandlung und Beratung von Menschen mit einer Störung der Intelligenzentwicklung verbessern, indem die Betroffenen in einer Form aufgeklärt und begleitet werden, die ihren individuellen Bedürfnissen und Ressourcen entspricht. Je schwerer der Grad der kognitiven Beeinträchtigung, desto schwieriger gestaltet sich die Planung und Durchführung von notwendigen ärztlichen (Routine-)Maßnahmen, wie zum Beispiel der Blutentnahme oder einer Röntgenuntersuchung. Aufklärungen über Medikamente sind meist sehr unübersichtlich gestaltet und entsprechen nicht den Bedürfnissen der Nutzenden, sodass die Informationen nur schwer vermittelbar sind und damit die Entscheidungsgrundlage für oder gegen eine bestimmte Behandlung fehlt.

Im Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (PatRG) unter § 630e schreibt die Gesetzgebung vor, dass die Aufklärung für die Patientinnen und Patienten verständlich sein muss. Jede medizinische

Intervention erfordert eine informierte Entscheidungsmöglichkeit. Der Weg zur Entscheidung ist für viele Menschen nicht einfach, der gemeinsame Entscheidungsprozess (shared decision making) mit erhöhtem Aufwand verbunden. Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen sind davon besonders betroffen. Auch wenn unter bestimmten Umständen eine rechtliche Betreuung im Aufgabenkreis ärztlicher Maßnahmen bestellt wird, ist eine *unterstützende Entscheidungsfindung* einer ersetzenden Entscheidung durch Dritte vorzuziehen, denn sie stärkt das Selbstbestimmungsrecht und entspricht der UN-BRK (vgl. Artikel 12 Gleiche Anerkennung vor dem Recht) [2]. Verständliche Aufklärung in Leichter Sprache kann in diesem Kontext zu einer patientenrelevanten informierten Entscheidung führen. Die Kommunikation muss dabei auf die Fähigkeiten der Patientin beziehungsweise des Patienten abgestimmt sein. Bei unzureichendem Verständnis ist die Einbindung von betreuenden Personen notwendig. Der Umfeldarbeit im Vorfeld des Praxisbesuches, bevorstehenden Untersuchungen oder in Vorbereitung auf einen Krankenhausaufenthalt kommt außerordentliche Bedeutung zu. Wenn die Betroffenen bereits zuvor anstehende Prozeduren erklärt bekommen, könnte mancher Überraschungseffekt verhindert werden. Aufklärungsbögen in Leichter Sprache können dabei eine Hilfe sein (Abb. 1).

Inclusion Europe hat Regeln als „Leitfaden für Leichte Sprache“ [13] und ein „Wörterbuch der Leichten Sprache“ herausgegeben [14]. Die Aufklärungsbögen sind nach den Regeln von Inclusion Europe erstellt und durch Menschen mit Lernschwierigkeiten geprüft (Tab. 2).

Weitere Links und Literaturhinweise mit Tipps sind unter **Materialien zur Leichten Sprache** dargestellt.

Die Verwendung von Leichter Sprache ist erst der Anfang

Weitere fachliche, organisatorische und strukturelle Rahmenbedingungen des gegenwärtigen Gesundheitssystems stehen einer barrierefreien Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen entgegen [15]. Der Mangel an dementsprechenden Krankenhäusern

Materialien zur Leichten Sprache

- Wörterbuch in Leichter Sprache: <https://www.inclusion-europe.eu/de/woerterbuch/> (Zugriff am 18.12.2022)
- Regeln zur Leichten Sprache von Inclusion Europe: https://www.inclusion-europe.eu/wp-content/uploads/2017/06/DE_Information_for_all.pdf (Zugriff am 18.12.2022)
- Gesundheitsinformationen in Leichter Sprache von den Special Olympics Deutschland: <https://gesundheits-leicht-verstehen.de/uebersicht-gesundheit/> (Zugriff am 18.12.2022)
- Informationsmaterialien von Mensch zuerst/People first: <http://www.menschzuerst.de/pages/startseite/leichte-sprache.php> (Zugriff am 18.12.2022)
- Medizinische Aufklärungsbögen in Leichter Sprache: Sappok T, Burtscher R, Grimmer A (2021) Einfach Sprechen über Gesundheit und Krankheit. Göttingen: Hogrefe
- Das Ich-Buch – was man über die Person wissen sollte, um die medizinische Behandlung zu erleichtern: <https://www.hogrefe.com/index.php?elD=dumpFile&t=f&f=4783&token=aa6f1b35cd9fc8dec726ee308cd0438e52c574b7> (Zugriff am 18.12.2022)
- Ratgeber zur Leichten Sprache vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS): <https://www.bmas.de/DE/Service/Publikationen/Broschueren/a752-leichte-sprache-ratgeber.html> (Zugriff am 18.12.2022)
- Zahnmedizinische Informationsmaterialien: <https://leichtesprache.lzk-bw.de/> (Zugriff am 18.12.2022)
- Gesundheitsinformationen und Aufklärungsmaterialien vom G-BA: <https://www.g-ba.de/leichte-sprache/uebersicht/merkblaetter/> (Zugriff am 18.12.2022)
- Informationen zum Corona-Virus von der Lebenshilfe bzw. der Bundesregierung: <https://www.lebenshilfe.de/informieren/familie/empfehlungen-zu-covid-19-corona-virus/corona-ueberblick-leichte-sprache> bzw. <https://www.zusammengengencorona.de/leichtesprache/> (Zugriff am 18.12.2022)
- Informationen zum Thema Demenz von der Bundesregierung: <https://www.bundesregierung.de/breg-de/service/publikationen/hat-mama-demenz-ein-heft-ueber-aelter-werden-de-menschen-mit-demenz-in-leichter-sprache--726474> (Zugriff am 18.12.2022)
- Informationen zum Thema Krebs von der Deutschen Krebsgesellschaft und der Lebenshilfe: <https://www.krebsinformationen-leichte-sprache.de/> (Zugriff am 18.12.2022)
- Informationen zu Themen rund um Familie und Sexualität von profamilia und der Lebenshilfe: <https://www.profamilia.de/publikationen/themen/in-leichter-sprache> bzw. <https://www.lebenshilfe.de/informieren/freie-zeit/liebe-und-sexualitaet-bei-menschen-mit-beeintraechtigung/liebe-und-sexualitaet> (Zugriff am 18.12.2022)

und medizinischem Fachpersonal verzögern die Erkennung, Abklärung und Therapie behandelbarer Krankheitsbilder [16]. Trotz des Rechtsanspruchs auf eine spezialisierte, ambulante medizinische Versorgung von Erwachsenen mit geistigen oder schweren Mehrfachbehinderungen nach § 119c sowie § 43b (SGB V) in MZEB ist ein weiterer Ausbau der spezialisierten ambulanten und auch der stationären Behandlungsangebote erforderlich, um den Betroffenen ein wohnortnahes Behandlungsangebot zu machen [17]. Die bedarfsgerechte Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung ist somit weit umfassender als die Verwendung von Aufklärungsmaterialien in Leichter Sprache, wobei nicht nur der intellektuelle, sondern auch der emotionale Entwicklungsstand für eine erfolgrei-

che Aufklärung und Interaktion zu berücksichtigen ist [18]. Weiterhin ist ein gelungenes Zusammenspiel aller Beteiligten, sowohl zwischen den verschiedenen Fachrichtungen und Berufsgruppen (Stichwort „Inklusive Medizin“), aber auch den Selbstvertretenden, den Einrichtungen der Eingliederungshilfe, den Angehörigen und den Städten und Gemeinden notwendig, um die Gesundheitsversorgung zu optimieren. Die Integration dieses Fachgebiets im Medizinstudium wird die klinische Praxis und evidenzbasierte medizinische Behandlung weiter stimulieren [19].

Fazit für die Praxis

Einfach zu sprechen über Gesundheit und Krankheit ist eine wichtige Aufgabe im gesundheitsbezogenen Behandlungsprozess.

Eine bewusste und sensible Nutzung entsprechender Sprache, je nach Patientin beziehungsweise Patient, sollte daher Anspruch und Verpflichtung an alle medizinischen Fachkräfte sein. Menschen mit kognitiven Einschränkungen profitieren davon, wenn eine für sie verständliche Ansprache gewählt wird und entsprechendes Informationsmaterial zur Verfügung steht. Ihnen wird dadurch eine informierte Entscheidungsmöglichkeit eröffnet; sie werden befähigt, aktiv am Behandlungsprozess zu partizipieren. Das Konzept Leichte Sprache kann an dieser Stelle ein Instrument zur verbesserten Patientenkommunikation sein. Bestehende Regeln zur Leichten Sprache liefern allgemeine Hinweise und einen praktischen Orientierungsrahmen – mehr aber auch nicht.



Literatur als Zusatzmaterial online unter
<https://doi.org/10.1007/s15016-023-3029-6>

AUTOREN

Dr. med. Anja Grimmer

Epilepsie-Zentrum
 Berlin-Brandenburg
 Evangelisches Krankenhaus Königin
 Elisabeth Herzberge
 Herzbergstraße 79
 10365 Berlin

A.Grimmer@keh-berlin.de

Prof. Dr. med. Tanja Sappok

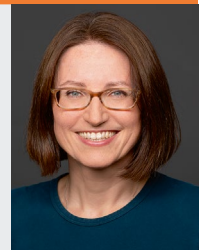
Direktorin der Universitätsklinik für
 Inklusive Medizin
 Universitätsklinikum OWL der
 Universität Bielefeld
 Campus Bielefeld-Bethel
 Maraweg 21
 33617 Bielefeld

tanja.sappok@mara.de

Prof. Dr. Reinhard Burtscher

Professor für Heilpädagogik
 Leiter des Instituts für Soziale Gesundheit
 (ISG)
 Katholische Hochschule für
 Sozialwesen Berlin
 Köpenicker Allee 39–57
 10318 Berlin

reinhard.burtscher@khsb-berlin.de



PraxisApps „Mein Neurologe“ und „Mein Psychiater“

Neue App-Funktionen erleichtern den Praxisalltag

Zeitsparende Kommunikation und flexible Behandlung von Patientinnen und Patienten werden durch neue Funktionen der PraxisApps ermöglicht. Die Einführung der Apps in der Praxis funktioniert leicht und intuitiv.

Die PraxisApps „Mein Neurologe“ und „Mein Psychiater“, die von den neurologischen und psychiatrischen Berufsverbänden – BDN, BVDN, BVDP sowie dem Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP) – herausgegeben werden, bieten eine Reihe neuer Funktionen zur direkten und modernen Kommunikation zwischen neurologischen oder psychiatrischen Praxen und ihren Patientinnen und Patienten. Alle Funktionen sind aus einem System heraus verfügbar – das erleichtert den Praxisalltag und bietet allen Usern einen echten Mehrwert.

Nachrichten, Erinnerungen an Termine und Therapien sowie Informationsflyer, die via PraxisApp an die Patientinnen und Patienten gehen, können Sie und Ihr Team über einen internetfähigen Praxis-Computer verwalten. Das gilt auch für die neuen Dienste der Praxis-App, wie Chat, Videosprechstunde und Online-Terminverwaltung (OTV).

Online-Chat

Die Chat-Funktion hat gegenüber dem Telefon viele Vorteile: Anfragen können zeitsparend und zeitversetzt bearbeitet werden (Abb. 1). Die Erfahrung zeigt, dass Anfragende in Textnachrichten schneller auf den Punkt kommen als am Telefon. Außerdem ist der Chat strukturierbar, sodass vor Absenden der Nachricht eine Kategorie ausgewählt werden muss, was eine gute Übersicht bietet und rasches Delegieren ermöglicht. Anders als Patientinnen und Patienten können Sie und Ihr Team Anfragen auch mit Sprachnachrichten beantworten. Eine Vergütung dafür ist möglich, der Kin-

derärzte-Verband (BVKJ) hat dazu ein Vertragsmodell entwickelt. Wird die Chat-Funktion nicht gewünscht, kann sie allgemein oder für einzelne Personen in der PraxisApp-Verwaltung deaktiviert werden.

Videosprechstunde via PraxisApp

Immer mehr Praxen bieten die zertifizierte Videosprechstunde an, die ebenfalls in den PraxisApps verfügbar ist und gegen eine monatliche Gebühr von 3,50 € für Sie und Ihre Patientinnen und Patienten freigeschaltet werden kann. Diese integrierte Videosprechstunde hat gegenüber anderen Anbietern einen Vorteil: Behandelnde und Erkrankte kennen sich, da nur der bestehende Patientenstamm Sie als Behandelnde der Neurologie oder Psychiatrie ausgewählt haben.

Die Erfahrung von Praxen, die inzwischen mehrere hundert Videosprechstunden im Quartal durchführen, zeigt eine verbesserte Arzt-Patienten-Bindung. Viele Erkrankte respektive ihre Sorgeberechtigten nehmen das Angebot einer Videosprechstunde an – insbesondere, wenn sich damit lange Anfahrtszeiten vermeiden lassen. Einige Praxen haben inzwischen auch spezielle Termine für Videosprechstunden, zum Beispiel Freitagnachmittag, eingerichtet, um diese in der Praxis leichter einführen zu können. Die für die Abrechnung benötigten Daten werden automatisch in der PraxisApp-Verwaltung gespeichert, sodass ein schneller Zugriff darauf möglich ist.

Und auch hier gilt: Wird die Video-Funktion nicht für alle Patientinnen und Patienten gewünscht, ist sie für einzelne Personen deaktivierbar.

Online-Terminverwaltung

Die neue – optional zubuchbare – OTV bietet die Möglichkeit, einen Termin via PraxisApp zu buchen (Abb. 2). Die OTV hat Vorteile gegenüber anderen Anbietern, und zwar dass

- die Patientinnen und Patienten den Datenschutzbestimmungen in der PraxisApp aktiv zustimmen müssen,
- kein Datenabgleich zwischen Bestands- und Neupatientinnen und



Abb. 1: Chat-Funktion

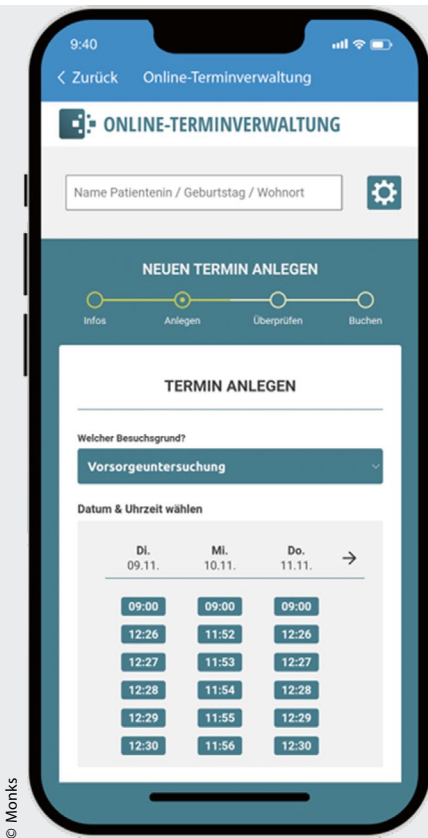


Abb. 2: Online-Terminverwaltung



Abb. 3: Digitale Tagebücher

-patienten nötig ist, da sich nur Patientinnen und Patienten Ihrer Praxis bei Ihnen in der App registrieren, die Kosten deutlich unter denen aller anderen Anbieter liegen, jede Praxis individuell bestimmen kann, welche Termine für welche Pa-

tientengruppen online buchbar sind und welche nicht; auch verschiedene Termin-Typen (z. B. nur an bestimmten Tagen oder mit einer definierten Dauer) können festgelegt werden, Erinnerungen an Termine mit Informationen zu den Terminen (z. B. zur Anpassung der Medikation oder zur regelmäßigen Überprüfung von Funktion und Leistungszustand des Gehirns und des Nervensystems bei fortschreitenden neurologischen Erkrankungen) gekoppelt sind.

Digitale Tagebücher

In der PraxisApp ist auch die Einrichtung eines digitalen Tagebuchs in Planung, beispielsweise für Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen oder depressiven Symptomen, um diese zusätzlich außerhalb von Präsenz- und Videotermine betreuen zu können und den behandelnden Fachärztinnen und -ärzten eine Kontrolle der eingeleiteten Therapie zu ermöglichen (Abb. 3).

Auch diese Anwendung bietet grundsätzlich Potenzial für Verträge mit den Krankenkassen. In Kürze ist es möglich, Versicherte über die App auf solche Vertragsangebote aufmerksam zu machen – inklusive einer digitalen Einschreibung in die Verträge via PraxisApp.

Versorgungsstudien als Grundlage für Honorarverhandlungen

Der über das PraxisApp-Netzwerk verfügbare digitale Patientenpool kann genutzt werden, um versorgungsrelevante Fragestellungen zu untersuchen. Umfragen und Studien laufen in den PraxisApps digital und alle Personen müssen ihre Einwilligung zur Teilnahme aktiv bestätigen, sodass datenschutzrechtliche Aspekte geregelt sind. Die Berufsverbände (BDN, BVDN, BVDP und BKJPP) haben damit die Möglichkeit, Themen der Versorgung selbst zu untersuchen und die Ergebnisse bei zukünftigen Verhandlungen mit Kostenträgern einzubringen. Durch Budgetierungen im Gesundheitssystem sind eigene Datenerhebungen besonders wichtig.

Ihre Praxis mit der PraxisApp

Woher wissen Patientinnen und Patienten, dass die PraxisApps „Mein Neurologe“ oder „Mein Psychiater“ angeboten werden? Bei der Buchung der PraxisApp erhalten Sie von unserer Partneragentur, dem Betreiber der PraxisApp, Monks Ärzte-im-Netz, Poster und Info-Flyer zur Auslage im Wartezimmer.

Zudem können neurologische oder psychiatrische Praxen mit telemedizinischen Angeboten auf der Seite www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de gesucht werden. Mit 1,2 Millionen Aufrufen im Monat ist das Patientenportal von BDN und BVDN das reichweitenstärkste Internetportal zu neurologischen Themen im deutschsprachigen Raum.

Anmeldung Ihrer Praxis

Falls Sie noch nicht bei www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de mit einem Eintrag gelistet sind und/oder die PraxisApp „Mein Neurologe“ beziehungsweise „Mein Psychiater“ gerne in Ihrer Praxis einführen möchten, können Sie sich über nachfolgende Links anmelden:

<https://www.monks-aerzte-im-netz.de/aerzteverzeichnis/anmeldung-fuer-aerzte/>
<https://www.monks-aerzte-im-netz.de/praxisapp/anmeldung-fuer-aerzte/>



AUTOR

Sean Monks

Geschäftsführer Ärzte-im-Netz GmbH
 Tegernseer Landstraße 138
 81539 München
s.monks@monks.de

Verein „Menschen ohne Ketten“

Moderne Neuropsychiatrie für Westafrika

Seit Jahren engagiert sich der Neurologe Dr. Ulrich Walter aus Fulda für neuropsychiatrisch Erkrankte in Westafrika. In Burkina Faso leitete er Fortbildungen für medizinisches Fachpersonal vor Ort.

Durch einen Infostand des Vereins Freundeskreis St. Camille e.V. (www.st-camille.com) auf einem DGPPN-Kongress wurde ich auf die Arbeit dieser Organisation zur Verbesserung der neuropsychiatrischen Versorgung in Westafrika aufmerksam. Seit dem Jahr 2016 reise ich circa einmal im Jahr für 14 Tage nach Westafrika, zuerst stets in die Elfenbeinküste, in diesem Jahr erstmals nach Burkina Faso. Der Verein unterstützt dort seit dem Jahr 2005 den Aufbau von insgesamt neun psychiatrischen Zentren (drei in der Elfenbeinküste und sechs in Burkina Faso). Insbesondere an einer Psychose Erkrankte, aber auch Menschen mit Epilepsie werden in großen Teilen der Bevölkerung für von bösen Geistern besessen gehalten. Eine Versorgung wird entweder, meist im ländlichen Raum, gar nicht angeboten oder kann aufgrund der Kosten nicht genutzt werden, was vor allem staatliche Psychiatrien in den Großstädten betrifft. Viele Erkrankte wurden und werden zurzeit immer noch angekettet. Zum Teil geschieht das am Dorfrand oder in sogenannten Gebetszentren, wo mit oft obskuren Heilmethoden versucht wird, die Geister auszutreiben.

Über Burkina Faso

Burkina Faso bedeutet übersetzt „Land des aufrichtigen Menschen“. Es ist ein westafrikanischer Binnenstaat, unabhängig seit dem Jahr 1960. Landessprache ist Französisch neben vielen einheimischen Sprachen. Hauptstadt: Ouagadougou. Einwohnerzahl: 22,1 Millionen (Stand 2021). Fläche 274.400 km².

Verein Menschen ohne Ketten

Der Verein Freundeskreis St. Camille e.V./Menschen ohne Ketten begann seine Aktivitäten in Bouaké, der zweitgröß-

ten Stadt der Elfenbeinküste. Zunächst ging es vor allem darum, eine kostenlose Versorgung mit Psychopharmaka zu gewährleisten. Seitdem versucht der Ver-



Therapiegarten des psychiatrischen Zentrums Abasmei 25 Kilometer östlich von Ouagadougou, im Vordergrund eine Papayapflanze

© U. Walter



© U. Walter

Während der Fortbildung, Referentin Dr. Lea Walter

ein, eine Verbesserung der Behandlungssituation über die rein medikamentöse Ausstattung hinaus sowie eine stabile ambulante Betreuung der entlassenen Patientinnen und Patienten inklusive Hausbesuchen zu etablieren. Mein persönlicher Schwerpunkt ist dabei die Verbesserung der fachärztlichen Hilfe durch einheimische Psychiaterinnen und Psychiater, da die medizinische Versorgung standardmäßig nur durch – allerdings sehr kompetente – Fachkrankenschwestern und -pfleger durchgeführt wird. In diesem Zusammenhang

bemühe ich mich, eine differenziertere medikamentöse Therapie zu fördern. Schließlich versuche ich seit einigen Jahren durch Balintgruppen das psychosomatische Krankheitsverständnis des Personals zu steigern. Da der Verein überwiegend aus Menschen mit Bezug zur psychiatrischen Fürsorge in Deutschland besteht (Fachkräfte der Ergotherapie, Sozialpädagogik, Krankenpflege und Psychiatrie) ist mir als einzigem Neurologen die Versorgung der Epilepsiekranken in den Zentren, die bis zu 25 % der Patientenklintel ausmachen, ein besonderes Anliegen.

Fortbildungen vor Ort im Februar 2023

In einem von der Else Kröner-Fresenius-Stiftung finanzierten Projekt haben wir ein zweijähriges Fortbildungsprogramm für die Zentren entwickelt, in dem fast alle Aspekte einer zeitgemäßen psychiatrischen Versorgung behandelt werden. Etwa alle sechs Wochen fanden Veranstaltungen statt, die schwerpunktmäßig von einheimischen Dozentinnen und Dozenten durchgeführt wurden. Ergänzend kamen Expertinnen und Experten aus Deutschland hinzu. Die letzte Veranstaltung vom 14. bis 16. Februar 2023 in Bobo-Dioulasso, der zweitgrößten Stadt Burkina Faso, haben wir ganz den Themen Epilepsie und Demenzen ge-

widmet. Neben mir wurden die Vorträge von dem Neurologen Dr. Pingdéwendé Victor Ouedraogo von der Universitätsklinik Bobo Dioulasso und meiner Tochter Dr. Lea Walter – zuletzt in neurologischer Weiterbildung am Universitätsklinikum Freiburg – geleitet.

Die Prävalenz der Epilepsie ist in Burkina Faso fast viermal höher als bei uns (2 % statt 0,5 %). Ursachen dafür sind zum einen die höhere Rate an postinfektiösen Epilepsien (vor allem Neurozystizerkose) und zum anderen eine höhere Rate an perinatalen Komplikationen. Die Behandlung wird erschwert durch fehlende personelle und apparative Ressourcen. Aber selbst, wenn Patientinnen und Patienten Zugang zu einer neurologischen Untersuchung hätten, wäre diese häufig nicht finanzierbar. Eine EEG-Ableitung kostet circa 30 €. Das entspricht in etwa dem Betrag, der durchschnittlich insgesamt zur gesundheitlichen Versorgung pro Person und Jahr zu Verfügung steht. Die Gabe von Medikamenten, die meistens nur durch Unterstützung von außen möglich ist, beschränkt sich für den Großteil der Bevölkerung auf die Präparate Phenobarbital, Carbamazepin und Valproat. Teilweise wird sie durch Clonazepam und Diazepam ergänzt. Das ist insbesondere heikel, weil für Mädchen und Frauen im gebärfähigen Alter keine Medikation ohne embryotoxische Potenz erhältlich ist. Diese Problematik, wie auch andere Nachteile durch die aktuelle Medikation (z. B. sedierende Effekte von Phenobarbital bei Kindern und Jugendlichen in der Ausbildungsphase), belasten die Behandelnden sehr. Geplant ist, seitens des Vereins Sponsoren zu finden, die es ermöglichen, wenigstens in den genannten wichtigsten Fällen „neue“ Antiepileptika wie Levetiracetam oder Lamotrigin einsetzen zu können. Zurzeit sind die Kosten dafür etwa zehn Mal so hoch, was heißt, dass sich die Medikamentenkosten fast verdoppeln, wenn nur 10 % der Erkrankten mit neueren Wirkstoffen behandelt würden. Die Situation in der Psychopharmakotherapie ist ähnlich, zum Beispiel, wenn Risperidon statt Haloperidol oder Sertralin statt Amitriptylin eingesetzt werden sollen. Das scheint schwer verständlich, weil alle diese Wirkstoffe bei uns seit vielen Jahren ge-

Über den Autor

Dr. Ulrich Walter, geboren im Jahr 1961, ist seit dem Jahr 1998 in Fulda als Arzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie und als Balintgruppenleiter niedergelassen. Er führt eine Praxisgemeinschaft mit einer Psychologischen Psychotherapeutin und einem Ärztlichen Psychotherapeuten und seit dem 1. Januar 2023 eine Berufsausübungsgemeinschaft mit einem Neurologen.

Neben seiner Praxistätigkeit war er jahrelang im Aufsichtsrat der Ärztengeossenschaft Gesundheitsnetz Ostthessen (GNO) und ist seit der Gründung im Jahr 2007 erster Vorsitzender des Fuldaer „Bündnis gegen Depression“.



© U. Walter

Teilnehmende und Referierende der Fortbildungsveranstaltung im CNDE Bobo-Dioulasso

nerisch vorliegen. In weiten Teilen der Welt und eben auch in Burkina Faso und der Elfenbeinküste ist das bedauerlicherweise nicht so.

Neben der Epilepsie hatten sich Teilnehmende der Fortbildungsserie das Thema Demenzen gewünscht. Auch wenn hier die Prävalenz im Vergleich zur westlichen Welt klein ist, wird in Einzelfällen schon die Belastung des Sozialsystems erkennbar. Auch in diesem Bereich ist der westliche Standard der Diagnostik nicht im Entferntesten umsetzbar. Trotzdem ist es wichtig, die medizinisch Verantwortlichen zu schulen.

Die ersten beiden Fortbildungstage wurden jeweils durch Balintgruppen abgeschlossen. Nach meiner Erfahrung hat sich das bewährt, wenn man in kurzer Zeit psychosomatisches Krankheitsverständnis und Psychohygiene vermitteln will. Am Ende der Fortbildungsveranstaltung wurde vereinbart, dass in circa drei Monaten im Rahmen eines virtuel-

len Meetings evaluiert werden soll, inwieweit eine Umsetzung der neuen Erkenntnisse möglich war.

Reise in die Vergangenheit

Jede meiner bisherigen Reisen nach Westafrika war für mich beglückend durch die Herzlichkeit und Dankbarkeit, mit der ich empfangen wurde. Gleichzeitig ist der Weg dorthin in mancherlei Hinsicht auch eine Reise in unsere eigene Vergangenheit im Umgang mit psychischen Krankheiten und Anfallskrankheiten. Die damals verbreitete Stigmatisierung wirkt bei uns bis heute fort und sowohl die Tabuisierung der Erkrankungen als auch die Suche nach Hilfen jenseits evidenzbasierter Medizin ist alles andere als Vergangenheit. Schließlich ist es hilfreich zu erfahren, angesichts beschränkter Mittel überlegen zu müssen, welche Maßnahmen am dringendsten finanziert werden müssen. Ziel der Bemühungen unseres Vereins ist es,

Über den Verein

Der Freundeskreis St. Camille e. V./Menschen ohne Ketten setzt sich seit dem Jahr 2003 als Hilfsorganisation für eine Verbesserung der Situation von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Westafrika ein. Das Projekt begann in der Elfenbeinküste, doch mittlerweile kooperiert der Verein auch mit psychiatrischen Zentren in Burkina Faso. Wer den Verein unterstützen möchte, kann auf der Website www.st-camille.com Mitglied werden und sich über aktuelle Projekte informieren.

Spenden können an folgendes Konto überwiesen werden:

Freundeskreis St. Camille e. V.
Kreissparkasse Reutlingen
IBAN: DE65 6405 0000 0000 0097 95
BIC: SOLADES1REU

nicht alle Irrwege unserer Psychiatriegeschichte der letzten 300 Jahre zu wiederholen, sondern idealerweise ausgehend von einer teils mittelalterlich anmutenden Versorgungssituation mit Menschen in Ketten, direkt in der modernen Versorgung des 21. Jahrhunderts anzukommen. Das heißt insbesondere, von Anfang an die ambulante Versorgung und Reintegration in Familie und Beruf in den Fokus zu stellen.

Die letzte Reise war für mich besonders wertvoll, weil es durch glückliche Umstände erst- und vermutlich einmalig möglich war, sie als „medizinischen Familienausflug“ durchzuführen, da neben meiner Tochter Lea, die mich schon bei der vorigen Reise in die Elfenbeinküste begleitet hatte, diesmal der relativ frisch approbierte Sohn Fabian als Fotograf und „Beauftragter für Social Media“ mitfahren konnte.

AUTOR

Dr. med. Ulrich Walter

Neurologe, Psychiater
und Psychotherapeut
Bahnhofstraße 12
36037 Fulda

u.walter-fulda@t-online.de



Leserbriefe

Einführung der Telematikinfrastruktur



Zum Beitrag „Mit Zwang von Datenverwaltung zu internationalem Datenfluss“ schreibt uns Leser Dr. med. Henryk Mainusch aus Berlin-Tegel.



Ihre Abneigung gegen eine weitere Digitalisierung im Gesundheitswesen, wie in Ihrem Beitrag im NeuroTransmitter 2023;1-2:24–6 beschrieben, kann ich nicht nachvollziehen. Wo stehen wir denn zurzeit in Deutschland? Wir gleichen in der Praxis die Patientendaten mit der eGK ab (VSDM) und melden die AU elektronisch an die Krankenkasse und den Arbeitgeber. Davon haben aber wir Ärzte keinen Mehrwert. Andere Länder, vor allem in Skandinavien und Israel, sind in der Digitalisierung schon fortgeschritten und wir sollten uns dort nach gemachten Erfahrungen erkundigen. Entstand denn dort das von Ihnen befürchtete System der proaktiven digitalen Überwachung durch den Staat? Befürchten Sie wirklich, dass dies bei uns in Deutschland das Ziel der Digitalisierung ist? Gefahren kommen eher durch das Sammeln ungeschützter Daten durch globale Internetkonzerne, die völlig unkontrolliert und unreguliert arbeiten. Gerade deshalb sollten wir im Gesundheitsbereich sensibel und geschützt mit den Daten umgehen. In einem gesicherten Netz mit zertifizierten Anwendern gibt es nämlich eine Vielzahl sinnvoller Anwendungen für uns in der Praxis und für unsere Patienten. Sie haben Recht, aktuell werden diese von Patienten noch nicht aktiv nachgefragt. Aber die Personen, die E-Rezept und ePA nutzen, erkennen den Mehrwert. Auch ich sehe dort noch viel Potential.

Auch bei mir in der Praxis ruckelte es bei der Einführung der TI erheblich. Aber seit ein-

gen Monaten läuft die TI über den Konnektor stabil. Ich habe mich sehr über den Wechsel und damit verbundene Kosten geärgert, aber nun ist die Anbindung kein Ärgernis mehr. Hier haben wir einen gesicherten Zugang, der uns vor Datenkraken (Google) abschirmt. Ihre Erfahrung mit der eAU und dem E-Rezept kann ich nicht teilen. Natürlich hängt die Signatur von der PC-Performance ab. Am schnellsten würde es gehen, wenn kein Ausdruck mehr erforderlich wäre. Vergleichen Sie dann die Zeit vom Einlegen des Papiers, den Druckvorgang auf dem Nadel-drucker (Durchschläge/BTM), Unterschrift und Herausgabe. Letztendlich kann mit dem E-Rezept auch die Zahl der Arztkontakte reduziert werden, da sich dieses auch ohne Kontakt auf die App schicken lässt.

Im Bankverkehr sind die Online-Transaktionen auch schon umfassend implementiert. In Berlin-Kreuzberg erinnert das Hochhaus des Postcheckamtes noch daran, dass die Überweisungen früher handschriftlich ausgefüllt werden mussten.

Mein Wunsch für die Zukunft: Die KBV entwickelt mit der gematik ein einheitliches, cloudbasiertes PVS-System für GKV-Versicherte inklusive Terminbuchungsplattform, eine ePA, die auch genutzt wird und sichere Kommunikationswege für die Briefe (KIM) und Nachrichten (TIM). Das würde dann so aussehen: Alle behandelnden Ärzte greifen auf die gleichen Daten zu – Diagnosen, Allergien, Medikamente, Unterlagen bisheriger Untersuchungen (Labor, Bildgebung, Krankenhaus). Persönliche Einschätzungen und Gesprächsnotizen einzelner Ärzte können weiter gesperrt oder nur lokal beim Arzt gespeichert sein. Hier denke ich auch an Ihre Dokumentation aus der Psychotherapie. Es ist doch kein Vorteil, dass jeder neue Arzt alle erforderlichen Unterlagen und Informationen stets neu zusammensuchen muss. Dabei ist auch nicht gewährleistet, dass diese vollständig sind. Ich denke nur an Erstkontakte mit Hochbetagten, die mit der Frage Demenz kommen, schon die Uhr nicht mal mehr zeichnen können und etwas von einer „gelben Pille“ berichten.

Wir haben in Deutschland zudem so viele unnötige und doppelte Arztkontakte und

jedes Mal schreibt jeder Arzt Anamnese, Vorerkrankungen, Medikamente in sein einzelnes, abgeschottetes PVS. Das ist doch unnötig und fehleranfällig. Auch die Terminsuche ist heute ein Ärgernis. Wäre es denn nicht sinnvoll, wenn der Hausarzt mit einer Überweisung direkt freie Termine sehen könnte und er direkt über die TSS eTerminservice-Plattform einen Termin buchen könnte? Wenn der Patient beim Facharzt erscheint, lägen bereits alle notwendigen Unterlagen in der ePA vor. Mit dem TI-Messenger kann zudem sicher untereinander kommuniziert werden. Damit entfallen die ungesicherten Wege über E-Mail, andere Messenger oder das Fax, welches heutzutage wegen VoIP auch nicht mehr datenschutzkonform ist. Unterlagen und vor allem wichtige, behandlungsrelevante Informationen werden weder vergessen, noch müssen sie in jeder Praxis erneut eingescannt werden.

Patienten und Ärzte würden von dieser, von der gematik zertifizierten und mit sicheren Zugangswegen erreichbaren Datenbank profitieren. Und wir wären endlich nicht mehr abhängig von den PVS-Systemen, die heute noch ein Schweine-Geld mit uns verdienen, aber nicht die Leistung und vor allem nicht den Service bieten, den wir uns wünschen.

Haben sie die Patienten nach ihren Erfahrungen mit dem E-Rezept gefragt? Mit einem Klick und das Medikament liegt in der gewünschten Apotheke zur Abholung bereit. Andererseits: Was ist das Problem, wenn Sie das E-Rezept ausgedruckt mitgeben? Das ist noch wie das rote Rezept, bloß ohne App.

Stellungnahme des Autors

Gut, wenn es eine – öffentlich leider bisher nicht geführte – Diskussion über die TI und ihre Anwendungen gibt. Bisher konnte die Technik nicht überzeugen: vor fünf Jahren mit Zwang eingeführt, für ein Versichertenstammdatenmanagement, das eigentlich Verwaltungsaufgabe für Krankenkassen ist, selbiges begründet mit Missbrauch von Kas senleistungen, der nicht belegt ist. Dazu anfänglich Konnektormonopolstrukturen für eine Firma. Jetzt wiederum nach fünf Jahren die Notwendigkeit des Konnektortauschs, ohne dass bisher viel über das System gelau-

fen wäre. Insgesamt also Milliardenkosten, die mit zur derzeit beklagten Kostenexplosion im Gesundheitswesen beitragen. Die IT-Industrie erhält ein großes Stück vom begrenzten Kuchen. Was eigentlich nicht in ärztlichem Interesse sein kann.

Von dieser Seite war weder nach TI und ePA noch nach E-Rezept und eAU dringend gerufen worden. Der elektronische Rezeptversand mag nun erfreulicherweise öfter funktionieren. Aber viele Patientinnen und Patienten wollen die Zettel in die Hand bekommen, auch um die Angaben zu kontrollieren, was gute Qualitätssicherung sein kann. Auch erscheint mir weiterhin die Eigenverantwortung sinnvoll, selbst das Rezept in die Apotheke zu tragen und AU-Durchschläge zu versenden. Alles nur noch bequem vom Sofa aus? Das kann nicht das Ziel von Gesundheitspolitik und Prävention sein. Noch weniger Kontakte, noch weniger Bewegung? An anderer Stelle klagen wir dann wieder über Empathierückgang und Adipositas, beides bekanntermaßen auch Nebenwirkung von Digitalisierung.

Auch im Gesundheitsverhalten sollte daher die Eigenverantwortung eher gestärkt werden. Der Vorschlag eines Mitglieds im Sachverständigenrat Gesundheitswesen zum Klimawandel, man könne bei Hitze gezielt über ePA-Daten Risikopatientinnen und -patienten zu mehr trinken und weniger Medikamenten raten, wirkt da fast schon zynisch. In Israel sind Übergewichtige aufgrund ihrer in der ePA gespeicherten Daten gezielt zur COVID-19-Impfung eingeladen worden. Viel-

fache andere Gesundheitsdaten sollen für Rückmeldungen und Verhaltensanlässe verwendet werden. Kann man machen, dringend nötig in einem an sich guten, jedoch im internationalen Vergleich heute schon übertechnisierten und damit überbewerteten Gesundheitswesen ist es nicht. Und führt gegebenenfalls dazu, dass man sich zu sehr auf diese Hilfe von außen verlässt – fast schon im Sinne eines Gesundheitsnavigationsgeräts. Wie oft aber ist auf ein Navi kein Verlass!

Hauptforderungen für eine durchaus nötige digitale Vernetzung müssen jedoch Freiwilligkeit und dezentrale Datenspeicherung sein. Was gut ist, setzt sich von allein durch. Zumal beim wiederholt angewandten Zwang auch Patientinnen und Patienten betroffen sind, die nicht technikaffin sind oder über kein Smartphone verfügen (immerhin 16 Millionen Deutsche). Die zentrale Datenspeicherung wiederum gefährdet sensible Daten, Cyberangriffe und Datenlecks gehören heute zu täglichen Schlagzeilen. Und die Begehrlichkeiten auf die Server-ePA-Daten wachsen, von der Industrie über Kassen und Politik hin zum Europäischen Gesundheitsdatenraum. Hier soll es Datenlieferpflichten für Praxen geben, ohne Widerspruchsmöglichkeit für Patientinnen und Patienten. Vertrauen entsteht bei solchen peu à peu erfolgenden Schritten mit völlig anderen als den ursprünglichen Zielrichtungen (etwa: Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Wechselwirkungen) sicher nicht.

Zudem bleiben politische Systeme nicht zwangsläufig stabil. Erwähntes Israel ist

deutlich nach rechts gerutscht, eine Justizreform droht hier nun einer Willkür Vorschub zu leisten. Auch im oft als Vorbild gepriesenen Estland war schon eine rechtspopulistische Partei an der Regierung beteiligt gewesen. Auch deswegen sollten die Gesundheitsdaten lieber in der Praxis bleiben, und höchstens fallbezogen bei Bedarf zusammengefügt werden – wofür sich aktuell auch der frühere Datenschutzbeauftragte Peter Schaar ausspricht. Ein zentrales Sammeln von Daten, an dem heute schon viele Bürgerinnen und Bürger zugunsten etlicher Konzerne unbedarft mitwirken, sollte nicht auch noch vom Staat gezielt implementiert werden, noch dazu für sensiblere Daten als beim Online-Banking entstehend.

Sichere und verschlüsselte digitale Verbindungen zwischen Behandelnden und Patientinnen sowie Patienten sind wünschenswert, auch wenn eine Faxnummer immer noch konkurrenzlos schnell getippt ist, nur eben leider das Fax ins Internet verlegt und damit datenschutzunsicher gemacht wurde. Aber wir sollten uns hüten, uns zu Datenlieferanten umfunktionieren zu lassen. Zumal die Daten (auch die ohne Widerspruchsmöglichkeit weitergeleiteten Abrechnungsdaten) eher schlecht und somit kaum durch Forschung dem Patientenwohl zuträglich sind. Vorgaben zu regelmäßiger strukturierter Dateneingabe dürften kaum erstrebenswert sein. Daher scheinen bei TI und ePA weiter Skepsis und kritische Wachsamkeit vonnöten.

Dr. Andreas Meißner, Psychiater, München

Dosierung des Neupro®-Pflasters beachten

Zum Beitrag „Hot Topics der Medikamentenregresse“ schreibt uns Leser Dr. med. Günther Endraß aus Grünstadt.

Im NeuroTransmitter 2023;1-2:22 wies Prof. Dr. Markus Weih auf Regressverfahren im Einzelfall wegen Überschreitung der Dosierung der hochpreisigen Neupro®-Pflaster bei Morbus Parkinson hin (dann Off-Label). Dabei bezieht sich die genannte Maximaldosierung von 8 mg/24 Stunden auf das Frühstadium (G20.0). Im fortgeschrittenen Stadium mit Fluktuationen kann bis auf eine Maximaldosis von 16 mg/24 Stunde erhöht werden. Zur Regressabwehr sollte die passende Ko-

dierung G20.11G, G20.20 oder G20.21 in der Abrechnung (am besten als Dauerdiagnose) hinterlegt sein. Entlastend wie immer bei Verordnungen von Pflastern oder den meist teuren Lösungen statt Tabletten, ist die ICD-Kodierung R13.0G einer Dysphagie.

Wie von Kollege Weih dargestellt, ist tückisch, dass auch beim schweren Restless Legs-Syndrom (RLS) mit der Kodierung G25.81 die maximale Zulassungsdosierung von 3 mg/24 Stunde nicht überschritten werden darf. Auch hier entsteht dadurch eine Off-Label-Situation. Da aber immer wieder RLS-Patientinnen und -Patienten im Verlauf eine etwas höhere Dosierung benötigen,

gibt es die pragmatische Möglichkeit das 3-mg-Neupro®-Pflaster des Vortages für weitere 12 Stunden zu belassen. Die Wirkstoffbelastung des Pflasters reicht eigentlich für 36 Stunden aus. Der angegebene Abstand des Wechsels von 24 Stunden dient vorrangig der Anwendererleichterung. Somit steigt aber die Tagesdosis auf 4,5 mg, was nach meiner Erfahrung häufig erfolgreich ist und praktisch immer auch gut vertragen wird. Aus formalen Arzthaftungsgründen, müssen aber die Patientin oder der Patient über diese Überschreitung der maximalen Zulassungsdosis informiert werden.

Dr. Günther Endraß

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.

Terminologien im Gesundheitswesen

Nächste Schritte der Vernetzung

Verschiedenste Kodiersysteme und Klassifikationen sollen die Digitalisierung in Praxen erleichtern und die Sicherheit von Patientinnen und Patienten erhöhen. Welche Neuerungen und Pläne für die Zukunft existieren und in der Praxis beachtet werden müssen, wurde auf einer Veranstaltung des BfArM diskutiert.

Organisiert durch die Abteilung K für Kodiersysteme und Register des Bundesministeriums für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) fand am 19. Januar 2023 online die offene Veranstaltung „Terminologien für das Gesundheitswesen in Deutschland – Quo vadis?“ statt.

Hintergründe der Klassifikation

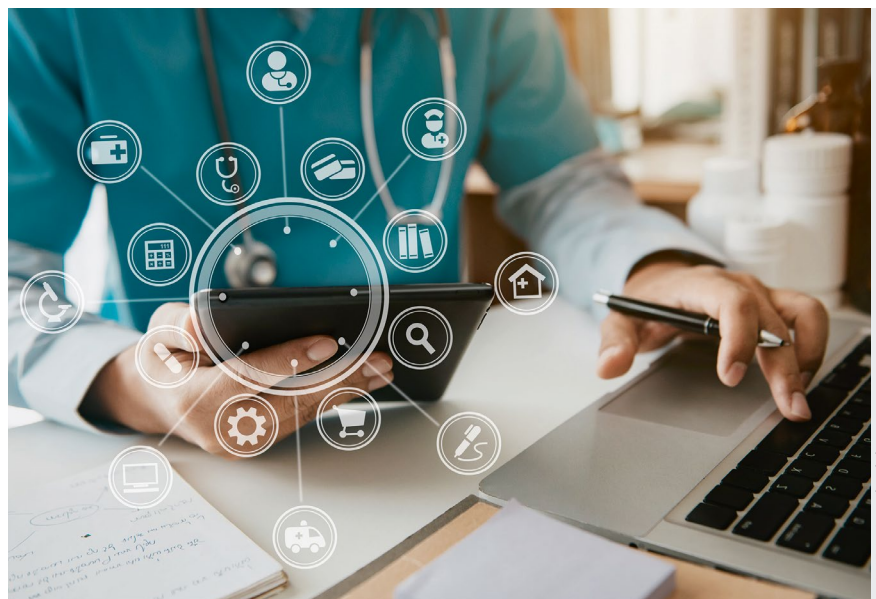
Nach einer Einführung durch Dr. Stefanie Weber vom BfArM und den Vizepräsidenten Prof. Dr. Werner Knöss begannen Ulrich Vogel vom BfArM und Prof. Dr. Rolf-Detlev Treede von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) mit einem Vortrag über das Thema „Nächste Generation der WHO-Klassifikationen“. In der Präsentation wurden unter anderem die Hintergründe der Klassifikationssysteme erläutert.

Der Epidemiologe William Farr (1807–1883) führte Klassifikationen von Todesursachen ein, die den Ausgangspunkt für die heutige International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) bilden. Während ältere ICD-Versionen grobe Klassifikationen ermöglichten, standen mit der ICD-10 die Morbidität sowie Kontakthanfälle stärker im Vordergrund und dienten zunehmend auch dem internationalen Austausch. In Deutschland sind Vertragsärztinnen und -ärzte verpflichtet, nach ICD zu kodieren. Das BfArM (vormals „Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information“, DIMDI) ist seit dem Jahr 1997 WHO-Kooperationszentrum. Abgeleitete Klassifikationen sind zum Beispiel die klinisch-diagnostischen Leitlinien für psychische Störungen, die sich in der Praxis aber nicht bewährt haben.

Im Jahr 2019 wurde die ICD-11 verabschiedet. Sie ist seit ihrem Inkrafttreten am 1. Januar 2022 grundsätzlich einsetzbar. Ratifiziert wurde sie nach über 15 Jahren intensiver Vorarbeit durch die World Health Assembly (WHA) auf der Basis der WHO und ihrer Kooperationszentren. Die ICD-11 wird seit dem Jahr 2018 durch das BfArM ins Deutsche übersetzt und ist schon fast vollständig auf der Website des Ministeriums verfügbar. Die ICD-11 wird zwar kompliziert werden und bleibt die wichtigste Referenz, es sollten aber auch die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) und die International Classification of Health Interventions (ICHI) nicht vergessen werden. Für den einfacheren Gebrauch der

Systeme gibt es Überleitungstabellen. Auch die ICD-11 ist ein Kompromiss. Einerseits bleibt die traditionelle Klassifikation erhalten, andererseits wurde versucht, moderne Konzepte (content models), die die Beziehung der Krankheiten untereinander darstellen, noch besser einzubinden. Zudem wurde versucht, eine Beziehung zu weiteren Referenzklassifikationen und Kodiersystemen (z. B. die „Systematisierte Nomenklatur der Medizin“, SNOMED) herzustellen. Die dazu erforderlichen Webservices und Schnittstellen (APIs) werden durch die WHO bereitgestellt.

Treede, der die AWMF im Kuratorium für Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG) vertritt, ist klinischer Neurophysiologe und Schmerzforscher an der Uni-



Um Praxen besser zu vernetzen existieren viele neue Klassifikations- und Kodierverfahren. Bei der Anwendung sind Nutzerinnen und Nutzer jedoch teils überfordert.

© NINENII / stock.adobe.com

Über das BfArM

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) war ursprünglich ein Geschäftsbereich des im Jahr 1994 aufgelösten Bundesgesundheitsamtes. Heute ist das BfArM eine organisatorisch selbstständige Bundesoberbehörde mit über 1.300 Mitarbeitenden und Sitz in Bonn, die in rechtlicher Hinsicht jedoch unselbstständig und dem Bundesministerium für Gesundheit zugeordnet ist. Die Hauptaufgabe ist bis heute die Arzneimittelzulassung. Vielen ist unbekannt, dass die dazugehörigen Studien erst seit dem Jahr 2004 genehmigungspflichtig sind. Das oberste Ziel des BfArM ist natürlich eine Erhöhung der Patientensicherheit und Wahrung der Forschungsfreiheit. Dafür inspeziert es klinische Prüfungen im In- und Ausland beziehungsweise unterstützt die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) wissenschaftlich und organisatorisch.

Weitere Aufgaben des BfArM sind die Erfassung und Bewertung von Arzneimittelrisiken und unerwünschten Arzneimittelwirkungen (Pharmakovigilanz inklusive Register für teratogene Substanzen), die Bewertung von Risiken beziehungsweise der Arzneimitteltherapiesicherheit, die Kennzeichnung von Schulungsmaterial mit dem Logo der Blauen Hand seit dem Jahr 2016 und die Vermeidung irreführender Arzneimittelbezeichnungen und Reduktion von Lieferengpässen. Mittels des Grundstoffüberwachungsgesetzes (GÜG) kann das BfArM verhindern, dass illegale Grundstoffe für die Betäubungsmittelherstellung verwendet werden, daneben gehören auch die Überwachung von Betäu-



bungsmitteln (Bundesopiumstelle, BOPST) und das Substitutionsregister zu seinen Aufgaben. Weitere Aufgaben sind die Beratung der Bundesregierung, Forschungsaufgaben (Forschungsdatenzentrum, FDZ), die Expertengruppe Off-Label und das Deutsche Register Klinischer Studien (DRKS). Rechtlicher Rahmen für diese Aufgaben sind unter anderem das Arzneimittelgesetz (AMG), das Medizinproduktegesetz (MPG) und das Betäubungsmittelgesetz (BtMG). Die Geschäftsstelle der Arzneibuch-Kommissionen hat ihren Sitz auch am BfArM. Im Jahr 2005 erfolgte eine umfassende Restrukturierung. Seither ist die Zulassung weniger an medizinischen Fachgebieten orientiert, sondern mehr indikationsbezogen.

Im Jahr 2017 gründete das BfArM ein Innovationsbüro, das Start-Up-Unternehmen für Arzneimittel und Medizinprodukte bei digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) und digitalen Pflegeanwendungen (DiPA) unterstützt. Aus dem gleichen Jahr stammt die Cannabisagentur. Im Jahr 2020 wurde das bisherige Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) integriert, seit ein paar Jahren können im BfArM auch die Fehler der Telematik gemeldet werden.

versität Heidelberg. Er berichtete von der Einführung der ICD-11 aus praktischer Anwendungssicht. Nach seiner Einschätzung werde der Einsatz der sicher komplexen ICD-11 durch Suchhilfsmittel (coding tools) oder fachspezifische Linearisierungen erleichtert. Für die Praxis ist es vermutlich klug, davon auszugehen, dass nicht mehr analog kodiert werden kann. Praxistests erfolgten seit dem Jahr 2016 in vielen Kliniken und Ländern, darunter gab es auch 23 Feldstudien in der Psychiatrie.

Kodierung seltener Erkrankungen

Als nächstes referierte Carina Thomas (BfArM) über die Probleme der Identifikation und Kodierung von seltenen Erkrankungen. Sie dokumentierte die be-

reits erfolgte Bildung eines Konsortiums und eines „Nationalen Aktionsplans für Menschen mit seltenen Erkrankungen“ (NAMSE). Für eine verbesserte Situation von Menschen mit seltenen Erkrankungen schlug sie als Maßnahme vor, die Orphanet-Datenbank (www.orpha.net) beziehungsweise Nomenklatur zu nutzen, diese entwickle sich dynamisch weiter. Die Datenbank enthält ein Inventar, eine Klassifikation (Orpha-Kennnummer oder ORPHAcode [1]), eine Enzyklopädie zu seltenen Erkrankungen und viele weitere Angebote, wie eine Verlinkung zu der Website „Online Mendelian Inheritance in Man“ (OMIM).

Die Alpha-ID basiert auf dem ICD-10, stellt eine eindeutige Identifikationsnummer bereit und kann aktuell zur Ko-

dierung von über 86.000 Diagnosebezeichnungen verwendet werden. Um Alpha-ID und ORPHAcode zu verbinden, wurde die Alpha-ID-SE Datei erstellt [2]. Die Datei wurde getestet, bewertet und als sinnvoll erachtet, zum Beispiel, um für klinische Studien zu rekrutieren oder zur Verbesserung der Epidemiologie. Die EU förderte bereits eine Vielzahl von Projekten zu diesem Thema, nun ist eine Zusammenführung der Daten geplant. In diesem Zusammenhang sind Richtlinien zur semantischen Standardisierung innerhalb von Europa interessant, damit die Gesundheitsdaten künftig auch in anderen Ländern zur Verfügung stehen. Auf die in Deutschland chronisch rückständige Digitalisierung kommt also vermutlich in Zukunft einiges zu.

Ebenfalls zum Thema ORPHAcode informierte Prof. Dr. Jürgen Schäfer vom Universitätsklinikum Heidelberg über die zahlreichen transnationalen Netzwerke und Spezialabteilungen, die zusammen circa zwei Millionen Patientinnen und Patienten mit seltenen Erkrankungen betreuen. Aktuelle Bemühungen drehen sich um eine Aktualisierung der Krankheitsbeschreibungen und bessere Kodierungstools. Inzwischen werden auf diesem Gebiet auch weitere europäische virtuelle Plattformen sowie Wissens- und Biodatenbanken entwickelt.

Neue Terminologie

Michaela Warzecha vom BfArM berichtete von der SNOMED und klinischen Terminologie (CT) als neue Basisterminologie für das deutsche Gesundheitswesen. Das logische Datenmodell SNOMED CT enthält die Bausteine Konzepte, Beschreibungen und Relationen. Ziel sei eine einheitliche, maschinenlesbare Erfassung und Interpretation medizinischer Sachverhalte, wobei SNOMED CT mit weiteren Kodiersystemen verbunden werden könne. Die deutsche Übersetzung erfolgte in einem transparenten Prozess seit dem Jahr 2020. Aktuell können die Übersetzungen öffentlich kommentiert und Veränderungswünsche eingereicht werden. SNOMED CT ist nach einer Registrierung kostenlos verfügbar und kann zur Bereitstellung von strukturierten Daten für die elektronische Patientenakte (ePA) verwendet werden. Eine weitere Anwendung ist auch

hier die Bereitstellung von sprachunabhängigen Daten europaweit.

Dr. Heiko Waldmüller, früher Projektleiter für Digitalisierung an der Universität Würzburg, nun tätig bei der mio42 GmbH in Berlin, sprach aus Anwendungssicht über SNOMED CT. Die Firma entwickelt im Austausch mit Beteiligten im Gesundheitswesen, wie der Gematik und dem Gesundheitsministerium, Semantikregeln und Spezifikationen für Fast Healthcare Interoperability Resources (FHIR), zum Beispiel Interoperable Impfpässe, Krankenhausentlassbriefe und Überleitungsbögen für die ePA 2.5. Praktische Tools seien der SNOMED-Browser oder der Snowstorm-Server, problematisch sind hier aber zum Beispiel spezifische Funktionen im deutschen Gesundheitswesen, wie die Bezeichnung „Oberärztin“ oder der Mutterpass, die es in anderen Ländern in dieser Form nicht gebe oder die dort anders definiert würden.

Nach der Pause erläuterte Jeremy Lieth vom BfArM das Logical Observation Identifiers Names and Codes-System (LOINC). Das LOINC-System wird vom Regenstrief Institut herausgegeben und ist ein Kodiersystem mit sechs Achsen [3]. Das sicher vielen Personen in der Praxis unbekannte System existiere bereits seit dem Jahr 1995 und beschreibe vor allem Laboruntersuchungen, könne aber auch universal zum Beispiel das COVID-19-Meldewesen oder allgemeine klinische Beobachtungen kodieren. Beispielsweise hat Kalium im Serum den LOINC-Kode 6298-4 und einen Langnamen (LongCommonName). Insgesamt gibt es über 16.000 Spezifizierungen. Qualitätsgeprüfte deutsche Übersetzungen gibt es seit dem Jahr 2010, die aktuelle Version 2.74 stammt vom 22. Februar 2023. In Deutschland entwickelt das BfArM gemäß Auftrag der Gesetzgebung das LOINC-System weiter, wobei schon FHIR-Schnittstellen und eine Online-Suche existieren.

Dr. Andreas Bietenbeck, Laborleiter aus München, verdeutlichte seine insgesamt positiven Erfahrungen mit LOINC aus Anwendersicht. Typische Beispiele seien der COVID-19-Schnelltest (94558-4) oder der PCR-Test (94759-8).

Zum Ende berichtete Dr. Christine Haas (BfArM) von Objektidentifikato-

ren (OID). Dabei handele es sich um ein weiteres Register, das dem technischen Datenaustausch zwischen verschiedenen Systemen diene. Auch hierfür hat – den meisten sicher unbekannt – das DIMDI beziehungsweise das BfArM schon seit dem Jahr 2005 gemäß einem Erlass des Gesundheitsministeriums die Aufgabe, es in Deutschland zu verwalten. Für das Jahr 2023 war ein Relaunch wegen einer neuen Gesetzgebung nötig (Online-Zugangsgesetz [OZG] zur IT-Sicherheit).

Fazit für die Praxis

Bei den verschiedenen Kodiersystemen, Klassifikationen, Standards und Schnittstellen wird Praxisärztinnen und -ärzten eher schwindelig und es ist noch etwas unklar, was es uns letztlich praktisch nützt. Insgesamt ist die Stoßrichtung aber recht klar. An der Digitalisierung und Vernetzung scheint kein Weg vorbeizuführen. Für ICD-11 werden wir vermutlich einen Computer oder andere Methoden benötigen, um unsere Diagnosen zu kodieren. Dennoch bot die Veranstaltung einen interessanten Einblick ins BfArM, das viel mehr macht, als gemeinhin angenommen.

Literatur

1. ORPHACodes. https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Kooperationen-und-Projekte/Orphanet/Orphanet-International/Orphacodes/_node.html (Zugriff am 27.2.2023)
2. Alpha-ID-SE. https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Terminologien/Alpha-ID-SE/_artikel.html (Zugriff am 27.2.2023)
3. Regenstrief Institute, Inc. <https://loinc.org/adopters/regenstrief-institute/> (Zugriff am 27.2.2023)

AUTOR

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

BVDN Bayern, Mitglied
des Vorstandes
Medic-Center
Schweinau
Schweinauer
Hauptstraße 43
90441 Nürnberg

markus.weih@gmx.de



Qualifizierung Ihrer MFA zur Führungskraft

Das Berufsbild des Medizinischen Fachangestellten (MFA) wandelte sich in den letzten Jahren stark, denn durch Herausforderungen im Gesundheitswesen wurden die Aufgaben komplexer. Immer mehr werden von MFA neben medizinischem und verwaltungsorganisatorischem Fachwissen auch Führungskompetenz und eigenständiges Handeln verlangt. MFA avancieren zu Praxismanagerinnen und Praxismanagern.

Fortbildung Praxismanagement

Um für diese Entwicklung gerüstet zu sein, sollten sich MFA entsprechend fortbilden. Eine Fortbildung im Praxismanagement lehrt, Führungsaufgaben eigenverantwortlich zu übernehmen und die Praxisinhaberin beziehungsweise den Praxisinhaber wirkungsvoll zu entlasten. Aus diesem Grund werden im fünftägigen Intensivkurs „Ausbildung zur Praxismanagerin/zum Praxismanager“ eingehende Kenntnisse der Personalführung vermittelt, einschließlich der Fähigkeit, Konflikte im Team zu erkennen und konstruktiv zu lösen. Darüber hinaus gilt es wichtige Instrumente des Qualitätsmanagements zu beherrschen, die heute zum Basiswissen im Praxismanagement zählen. Kompetenzen in Organisation und Kommunikation werden weiter ausgebaut.

Fortbildungsinhalte

- Veränderungsmanagement
- Kommunikation
- Teambuilding
- Personalführung
- Organisation und Zeitmanagement
- Qualitätsmanagement
- Projektmanagement

Das Feedback von einer bisherigen Teilnehmerin an dieser Fortbildung:

„Die Ausbildung zur Praxismanagerin hat mir wahnsinnig in meiner praktischen Tätigkeit weitergeholfen.“ – Carola B.

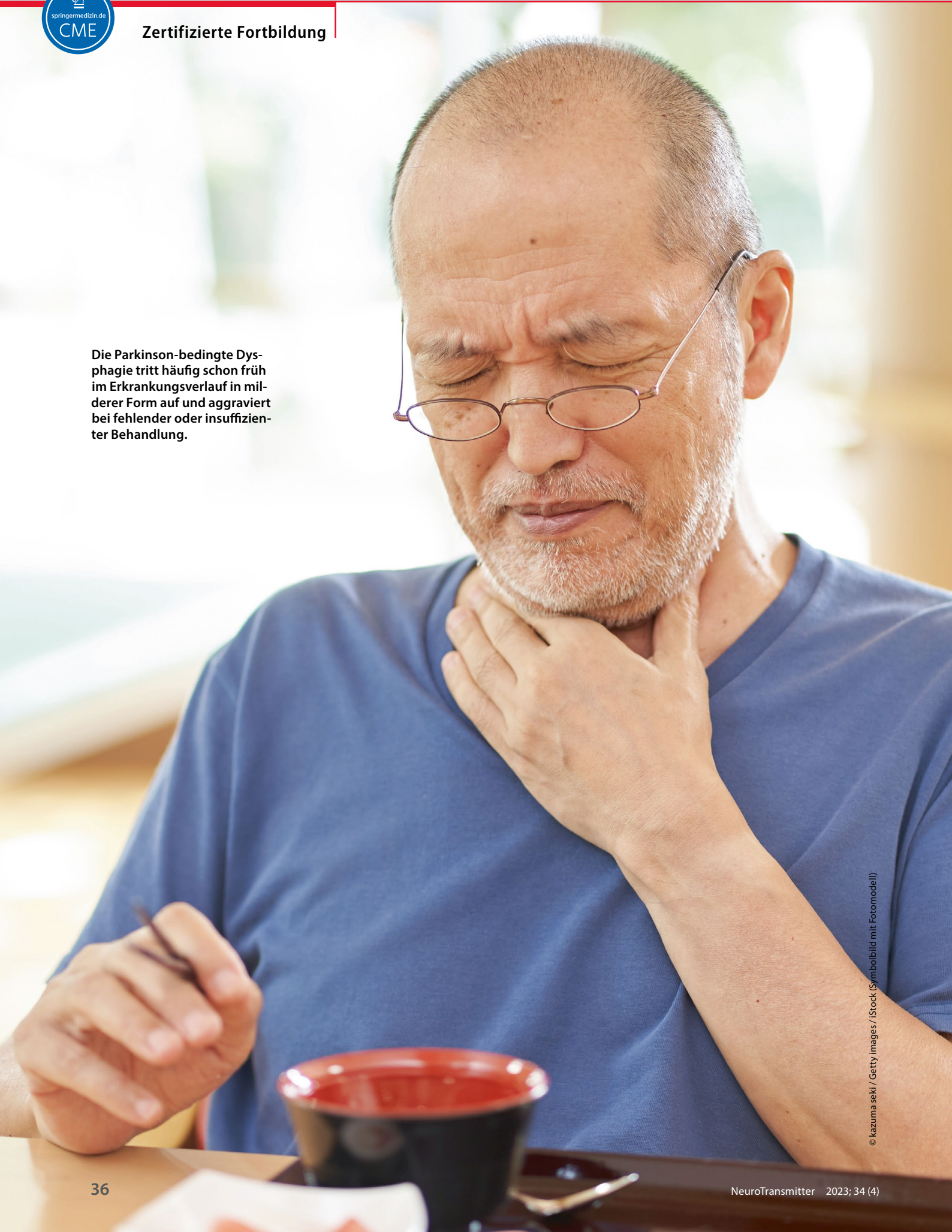
Nächster Termin

12.–16. Juni 2023 | 9:30–14:30 Uhr online

Weitere Informationen, auch zur Anmeldung, finden Sie unter:

www.bdn-fuehrungsakademie.de

Die Parkinson-bedingte Dysphagie tritt häufig schon früh im Erkrankungsverlauf in milderer Form auf und aggraviert bei fehlender oder insuffizienter Behandlung.



Schluckstörungen

Dysphagie bei neurodegenerativen Parkinson-Syndromen

Die meisten Patientinnen und Patienten mit neurodegenerativen Parkinson-Syndromen entwickeln im Verlauf ihrer Erkrankung eine Parkinson-bedingte Dysphagie, die häufig schon früh im Erkrankungsverlauf in milderer Form auftritt und aus der im Verlauf schwerwiegende Folgen bis lebensbedrohliche Aspirationspneumonien resultieren können. Alle Ausprägungen erfordern eine sorgfältige Evaluation des zugrunde liegenden Störungsmusters sowie eine individuell angepasste medikamentöse und nicht medikamentöse Therapie.

INGA CLAUS, TOBIAS WARNECKE

Die Parkinson-assoziierte Schluckstörung (Dysphagie) stellt bei allen Formen von neurodegenerativen Parkinson-Syndromen ein klinisch relevantes Problem dar, an dem ein Großteil der Betroffenen im Laufe der Erkrankung in unterschiedlich starker Ausprägung leidet. Als direkte Folge hiervon kann es zu deutlichen Einschränkungen des täglichen Lebens bedingt durch eine Beeinträchtigung von Nahrungs-, Flüssigkeits- und Medikamenteneinnahme mit konsekutiver deutlich reduzierter Lebensqualität kommen [1]. Zusätzlich besteht bei schweren Formen der Dysphagie ein erhöhtes Risiko für Aspirationsereignisse, die wiederum zu Pneumonien führen können. Diese stellen weiterhin die Haupttodesursache für Parkinson-Patientinnen und -Patienten dar [2]. Die phänomenologische Ausprägung der Dysphagie kann zwischen den unterschiedlichen neurodegenerativen Parkinson-Syndromen variieren, bei allen Betroffenen ist jedoch eine suffiziente, auch instrumentell gesteuerte Diagnostik zur Detektion spezifischer Störungsmuster unabdingbar, um eine frühzeitige und effektive Therapie initiieren zu können.

Der physiologische Schluckakt

Das Schlucken dient dem Transport von Nahrung und Speichel von der Mundhöhle in den Magen unter gleichzeitigem Schutz der Atemwege. Der Schluckakt wird bewusst eingeleitet, ein Großteil setzt sich beim Menschen anschließend aber unwillkürlich fort. Im Wachzustand schluckt der gesunde Mensch außerhalb der Mahlzeiten etwa einmal pro Minute, bei Parkinson-Erkrankten ist die Schluckfrequenz dagegen häufig deutlich reduziert [3]. Der Schluckakt läuft in mehreren Phasen ab,

die jeweils einzeln oder im gesamten Ablauf im Rahmen von Parkinson-Syndromen gestört sein können:

- **In der oralen Vorbereitungsphase** wird zunächst die Nahrung zerkaut und anschließend mit der Zunge als geformter Speisebolus gegen den Gaumen gepresst.
- **In der oralen Phase** wird der Nahrungsbolus am Gaumen entlang in Richtung Rachen geschoben, bis es schließlich zur Auslösung des Schluckreflexes kommt.
- **In der pharyngealen Phase** erfolgt ein Drücken des Nahrungsbolus in den Kehlkopfbereich, woraufhin sich der Kehldeckel zum Schutz über die Luftröhre legt. Anschließend kann der Nahrungsbolus den Eingang zur Speiseröhre passieren. Ab diesem Zeitpunkt ist das Schlucken nicht mehr willkürlich steuerbar.
- **In der ösophagealen Phase** schließlich wird die Nahrung per Kontraktionswelle durch die Speiseröhre bis in den Magen geschoben [3].

Dysphagie bei der Parkinson-Krankheit

Bei Patientinnen und -Patienten mit einem idiopathischen Parkinson-Syndrom (Parkinson-Krankheit) zeigt sich häufig insbesondere eine Störung der pharyngealen Phase mit insuffizientem Bolusclearing und postdeglutitiven (das heißt nach dem erfolgten Schluckakt auftretenden) Residuen in den Valleculae und teilweise auch im Sinus piriformis [1, 4, 5]. Hier kommt es vor allem zur Ansammlung von festen Nahrungsbestandteilen, aber auch Tabletten- und Kapselresiduen stellen ein relevantes Problem dar. In einer kürzlich veröffentlichten Studie zeigten sich Schwierigkeiten beim Schlucken von Tabletten oder Kap-

seln bei 28 % aller untersuchten Patientinnen und Patienten mit der Parkinson-Krankheit [6]. Kapseln konnten dabei insgesamt leichter geschluckt werden als zum Beispiel ovale Tabletten [6]. Zusätzlich gibt es Hinweise, dass auch verzögerte motorische ON-Phänomene mit pharyngealen Residuen assoziiert sein können [7].

Ursächlich für die Störungen der pharyngealen Phase ist unter anderem eine Bradykinese der pharyngealen Muskulatur [4]. Zusätzlich besteht bei vielen Erkrankten eine Hyposensibilität des Hypopharynx [8], die auch stille Aspirations- und Penetrationsereignisse, das heißt den unbemerkten Übertritt von Nahrungsbestandteilen in den Additus laryngis oder die Luftröhre, bedingen kann [9, 10]. Störungen der oralen Phase des Schluckaktes zeichnen sich insbesondere durch orale Residuen sowie fragmentiertes Abschlucken des Bolus oder posteriores Leaking (vorschnelles Übertreten von Nahrungsbestandteilen bis in den Pharynx) aus [4, 11]. Zusätzlich konnten mittlerweile verschiedene Formen von oropharyngealem Freezing während der Schluckaktinitiierung beschrieben werden. Dazu zählen die „oropharyngeale Festination“ mit repetitiven, eher anterior-posterior als zirkulär ausgerichteten Pumpbewegungen der Zungenmuskulatur, der „oropharyngeale Tremor“ der Zungenbasis und pharyngealen Muskulatur nach Schluckaktinitiierung sowie die „oropharyngeale Akinese“ mit einem plötzlichen, unwillkürlichen Abbruch des Schluckvorgangs und erhöhtem Aspirationsrisiko [11].

Störungen der ösophagealen Phase äußern sich durch eine zum Teil schon vor Auftreten der ersten motorischen Symptome der Parkinson-Krankheit nachweisbaren Hypomotilität des tubulären Ösophagus [12]. Im Laufe der Erkrankung kann diese zunehmen und in späteren Stadien auch in multiple, unkoordinierte Kontraktionen der Ösophaguskulatur münden [12]. Die Betroffenen klagen dann häufig über ein retrosternales Brenngefühl, ein Bolusgefühl beim Schlucken, Übelkeit oder Völlegefühl [1].

Die Ursachen für Parkinson-assoziierte Dysphagien sind vielfältig und pathophysiologisch noch nicht abschließend geklärt. Eine relevante Rolle spielt hier die zerebrale Akkumulation von α -Synuclein-haltigen Lewy-Körperchen nicht nur in der Substantia nigra, sondern auch in nicht dopaminergen Bereichen des Hirnstamms und des Kortex, die einen wichtigen Einfluss auf die Steuerung der Schluckfunktion ausüben [13]. Zusätzlich erfolgt beim physiologischen Schluckvorgang eine bilaterale Aktivierung des Putamens und des Globus pallidus. Parkinson-bedingter Dopaminmangel im Bereich des Striatums führt hier zu einer Störung des supramedullären Schlucknetzwerkes [13]. Des Weiteren spielen auch periphere Mechanismen eine wichtige pathophysiologische Rolle. So gelang in verschiedenen Studien der Nachweis von α -Synuclein-Ablagerungen in peripheren sensorischen und motorischen laryngealen Nervengeflechten sowie einer begleitenden Beeinträchtigung der pharyngealen Muskulatur [14, 15, 16]. Auch die Konzentration des Neuropeptids Substanz P, das zum Beispiel die Auslösung von Schluck- und Hustenreflex triggert, scheint bei Patientinnen und Patienten mit der Parkinson-Krankheit im Verlauf der Erkrankung reduziert zu sein [17]. Die ösophagealen Störungen sind wahrscheinlich auf die Ablagerung von pa-

thologisch gefaltetem α -Synuclein im myenterischen und submukosalen Nervenplexus des Gastrointestinaltrakts zurückzuführen, wodurch terminale synaptische Nervenendigungen beeinträchtigt werden [2, 18].

Insgesamt entwickeln mehr als 80 % aller Patientinnen und Patienten während ihrer Parkinson-Erkrankung eine klinisch relevante Dysphagie [19]. Obwohl Häufigkeit und Schwere der Schluckstörungen im Erkrankungsverlauf zunehmen, können sie auch schon in sehr frühen Stadien der Erkrankung vorhanden sein [20]. Erschwerend für die Diagnostik sind die initial häufig fehlende Selbstwahrnehmung durch die Erkrankten sowie die mangelnde Kommunikation mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten oder Therapeutinnen und Therapeuten.

Diagnostische Verfahren

Als besondere Risikofaktoren für Parkinson-bedingte Schluckstörungen gelten ein höheres Erkrankungsstadium (z. B. Stadium IV und V nach Hoehn und Yahr), ein ungewollter Gewichtsverlust über mehrere Monate oder ein Body Mass Index $< 20 \text{ kg/m}^2$, ein ausgeprägter Speichelfluss (Sialorrhoe), eine Parkinson-Demenz oder eine ausgeprägte Gangstörung mit Fallneigung [1]. Bei Verdacht auf eine Parkinson-bedingte Dysphagie sollte immer auch eine klinische Untersuchung durch einen erfahrenen Logopäden erfolgen. Als potenzielle Screening-Tests stehen spezifische Fragebögen zur Verfügung, von denen der „Swallowing Disturbance Questionnaire“ (SDQ) und der „Münchener Dysphagie-Test – Parkinson’s disease (MDT-PD)“ entsprechend validiert wurden [21, 22]. Zusätzlich kann der „Dysphagie-spezifische Quality of Life – Questionnaire (SWAL-QOL)“ verwendet werden, der allerdings nicht speziell für die Parkinson-Krankheit validiert wurde [23]. Die Durchführung klinischer, selbst modifizierter Wassertests ist in der Regel nicht ausreichend valide [1].

Endoskopische Evaluation des Schluckaktes

Als diagnostischer Goldstandard für Parkinson-bedingte Schluckstörungen gelten instrumentelle Diagnostikmethoden wie die flexible endoskopische Evaluation des Schluckaktes (FEES) sowie die Videofluoroskopie (VFSS) [1]. Mittels der FEES können mithilfe eines dünnen Endoskops, das über die Nase in den Rachen eingeführt wird, Störungen der Schluckfunktion bei verschiedenen Nahrungskonsistenzen (halbfest: z. B. Götterspeise; flüssig: z. B. blaugefärbtes Wasser; fest: Weißbrot; Tabletten) getestet werden [24]. Auf diese Weise ist es möglich, spezifische Störungsmuster der Schluckfunktion direkt zu diagnostizieren und anschließend auf Basis der erhobenen Befunde geeignete Therapiekonzepte, zum Beispiel unterstützende logopädische Schluckmanöver oder die Anpassung der Kostform, zu entwickeln und zum Teil im Anschluss zu erproben. Eine Nahrungskarenz oder Sedierung sind für die Untersuchung nicht notwendig, sie kann auf einem Stuhl sitzend oder auch direkt am Patientenbett durchgeführt werden.

Videofluoroskopie

Die Durchführung der Videofluoroskopie (VFSS) erfolgt dagegen in einer radiologischen Abteilung vor einem Röntgenbildschirm, wo während der Untersuchung ein bariumhaltiges



Abb. 1: **a:** FEES. Residuen für feste Konsistenzen in den Valleculae. **b:** FEES. Tablettenresiduen mit beginnender Auflösung. **c:** VFSS. Postdeglutitive Aspiration. **d:** HRM. Hypomotiler Ösophagus im Stadium III nach Hoehn & Yahr (FEES: Endoskopische Evaluation des Schluckaktes [Flexible endoscopic evaluation of swallowing]; VFSS: Videofluoroskopie [videofluoroscopy swallowing study]; HRM: Hochauflösende Ösophagusmanometrie [High Resolution Manometry])

© Inga Claus, Tobias Warnecke

Kontrastmittel oder eine entsprechende Testmahlzeit verabreicht werden [25]. So können der gesamte Schluckakt von der Mundhöhle bis zur oberen Speiseröhre dargestellt und besonders Aspirationseignisse detektiert werden. Allerdings ist die Untersuchung mit der Verabreichung einer Strahlendosis verbunden. Vergleichende Untersuchungen suggerieren eine Äquivalenz der beiden Methoden im Hinblick auf die Detektion von pharyngealen Residuen beziehungsweise Penetrations-/Aspirationseignissen [26].

High Resolution Manometrie

Für die Evaluation von Störungen der ösophagealen Phase des Schluckaktes steht die High Resolution Manometrie (HRM) zur Verfügung. Dabei wird mit einem Messkatheter, der ebenfalls über die Nase eingeführt wird, jedoch bis in die untere Speiseröhre reicht, der Druck in der Speiseröhre sowie deren Reaktion zum Beispiel auf Flüssigkeitsboli gemessen [27]. Durchführung und Befundung der HRM erfolgen in der Regel in gastroenterologischen Abteilungen spezialisierter Zentren.

Exemplarische Beispiele für unterschiedliche Störungsmuster und diagnostische Verfahren zeigt **Abbildung 1**.

Schluckstörungen bei atypischen Parkinson-Syndromen

Abzugrenzen von der „klassischen“ Parkinson-Erkrankung sind die „atypischen Parkinson-Syndrome“, deren häufigste Formen die Multisystematrophie (MSA) und die progressive supranukleäre Paralyse (PSP) sind. Auch bei den atypischen Parkinson-Syndromen besteht ein hohes Risiko für das Auftreten von neurogenen Dysphagien, jedoch unterscheiden sich die phänotypischen Ausprägungen teilweise deutlich (**Tab. 1**). In der Regel treten hier schwere Formen der Dysphagie schon deutlich früher und häufiger im Erkrankungsverlauf auf und bedürfen daher bereits bei der Erstdiagnose einer besonderen Beachtung [28, 29].

Multisystematrophie

Bei MSA werden die MSA vom zerebellären Typ (MSA-C) und vom Parkinson-Typ (MSA-P) unterschieden. Kürzlich erfolgte hier eine Neudefinition der Diagnosekriterien unter Einbezie-

hung einer „prodromalen MSA“ und Berücksichtigung nicht motorischer Symptome [30]. Im Krankheitsverlauf entwickeln mehr als 70 % aller MSA-Erkrankten eine neurogene Dysphagie, die sich negativ auf die weitere Lebenserwartung auswirkt [28, 29]. Die MSA gehört wie das idiopathische Parkinson-Syndrom neuropathologisch zur Gruppe der α -Synukleinopathien.

In rezenten Studien zeigte sich im Vergleich zu einem Kollektiv von Patientinnen und Patienten mit der Parkinson-Krankheit insgesamt eine häufigere Störung der oralen Phase mit den Symptomen Leaking und orale Bolusfragmentierung, Störungen der pharyngealen Phase (insbesondere Residuen) traten dagegen insgesamt weniger häufig auf als Störungen der oralen Phase [31]. Es konnten zusätzlich bestimmte laryngeale Funktionsstörungen detektiert werden, die als typisch für eine MSA eingestuft wurden, insbesondere ein irregulärer Aryknorpeltremor, der auch als diagnostisches Unterscheidungsmerkmal bei der Abgrenzung einer MSA von der klassischen Parkinson-Krankheit herangezogen werden kann [32]. Im Gegensatz zu dieser besteht bei MSA-assoziierten Schluckstörungen häufig auch eine große intraindividuelle Variabilität der einzelnen Schlucke [31]. Störungen der ösophagealen Phase zeigen sich bei MSA-Patientinnen und -Patienten mit einer Hypomotilität des Ösophagus ähnlich in Form und Ausmaß wie bei der Parkinson-Krankheit [33].

Progressive supranukleäre Paralyse

Die Krankheitsentität der PSP wurde im Jahr 2017 anhand der neuen, differenzierteren Diagnosekriterien phänomenologisch genauer beschrieben und in verschiedene klinische Verlaufsförmungen eingeteilt [34]. Die klinisch häufigsten sind die PSP vom Richardson-Typ (PSP-RS) sowie die PSP vom Parkinson-Typ (PSP-P). Bei der PSP handelt es sich im Gegensatz zu der MSA um eine „4-Repeat-Tauopathie“, sodass ösophageale α -Synuklein-Ablagerungen vermutlich keine größere Rolle in der Krankheitspathophysiologie spielen. Als Folge davon weisen Patientinnen und Patienten mit einer PSP im Gegensatz zu denjenigen mit der Parkinson-Krankheit beziehungsweise der MSA keine vergleichbare Störung der ösophagealen Phase des Schluckaktes auf, wie entsprechende manometrische Studien belegen [33]. Allerdings entwickeln auch PSP-Patientinnen und

Tab. 1: Spezifische phänotypische Ausprägungen einzelner neurodegenerativer Parkinson-Syndrome

	IPS	MSA	PSP
Subjektive Dysphagie, Kostanpassung, PEG < 3 Jahre	–	++	++
Sodbrennen, gastroösophagealer Reflux	++	?	–
Enthemmter Hustenreflex	–	–	++
Manometrie: hypomotiler Ösophagus	++	++	–
FEES: isolierte, L-Dopa-responsive pharyngeale bradykinetische Dysphagie	++	–	–
FEES: isolierte Störung der oralen Boluskontrolle mit prädeglutitiver Aspiration von Flüssigkeit < 3 Jahre	–	–	++
FEES: kombinierte oropharyngeale Dysphagie < 3 Jahre	–	++	++
FEES: laryngeale Bewegungsstörungen, insbesondere irreguläre Aryknorpelbewegungen	–	++	–
FEES: erhöhte Variabilität einzelner Schluckakte	–	++	(–)

IPS = Idiopathisches Parkinson-Syndrom (Parkinson-Krankheit); MSA = Multisystematrophie; PSP = Progressive supranukleäre Paralyse; FEES: Flexible endoscopic evaluation of swallowing; PEG = perkutan endoskopische Gastrostomie

-Patienten zum Teil sehr früh im Erkrankungsverlauf schwere Formen von oropharyngealen Schluckstörungen. Bei zirka 16 % stellt die Dysphagie sogar das erste Symptom der Erkrankung dar, im Verlauf treten Dysphagiesymptome bei über 80 % der Betroffenen auf [35]. Eine früh im Erkrankungsverlauf auftretende Schluckstörung ist bei PSP-Patientinnen und -Patienten insgesamt mit einer ungünstigeren Prognose und einer reduzierten mittleren Überlebenszeit assoziiert [36]. Auch scheint die Wahrnehmung des Vorhandenseins einer Dysphagie bei PSP-Patientinnen und -Patienten im Vergleich zur Parkinson-Krankheit erhöht zu sein, was gegebenenfalls auf ein Fehlen der ausgeprägten pharyngealen Hyposensibilität zurückzuführen ist, die bei der Parkinson-Krankheit eine entscheidende Rolle spielt [37]. Daher kann hier die Anwendung von standardisierten Fragebögen ein sinnvolles Screeningtool sein.

Im Rahmen endoskopischer Schluckdiagnostik zeigten sich bei PSP-Erkrankten ähnlich wie bei der MSA ein höherer Prozentsatz von Beeinträchtigungen der oralen Phase des Schluckakts mit verzögertem Schluckreflex und Leaking sowie vermehrten Penetrations- und Aspirationsereignissen vor allem bei flüssigen Konsistenzen [38]. Typisch für eine PSP-assoziierte Schluckstörung ist vermutlich auch ein posteriores Leaking für Flüssigkeiten mit enthemmtem Hustenreflex (bei der Parkinson-Krankheit eher abgeschwächt) [38]. Der enthemmte Hustenreflex tritt insbesondere bei der PSP-RS auf. Pharyngeale Residuen sind bei PSP-Erkrankten ebenfalls vorhanden, jedoch nicht in dem Maße das führende Dysphagiesymptom, wie das bei der Parkinson-Krankheit der Fall ist. Auch in video-fluoroskopischen Studien zeigte sich eine vermehrte Störung der oralen Phase mit pathologisch verzögertem Schluckreflex und wiederholten Pumpbewegungen der Zunge [39]. Unter-

schiede in der phänotypischen Ausprägung der Schluckstörung zwischen den einzelnen Unterformen der PSP wurden bisher nur in wenigen kleinen Studien untersucht, wo sich Hinweise darauf ergaben, dass eine Dysphagie bei der PSP-RS möglicherweise früher und schwerwiegender auftritt als bei einer PSP-P [40, 41].

Grundsätzlich gilt, dass bei der Diagnostik von allen Formen Parkinson-bedingter Schluckstörungen die genaue Identifizierung und Beschreibung der ursächlichen Störung essenziell ist, da hieraus die entsprechenden spezifischen therapeutischen Konsequenzen resultieren [5].

Therapieansätze

Aktivierende Therapien

Eine zentrale Stellung in der Behandlung von Parkinson-bedingten Schluckstörungen nimmt die logopädische Therapie ein. Hierbei werden restituierende (erhaltende) Verfahren (z. B. sensorische Stimulation), kompensatorische Verfahren (z. B. kräftiges Schlucken) oder eine Kostanpassung (z. B. durch Andicken von Flüssigkeiten) eingesetzt [5, 42].

In den letzten Jahren sind weitere innovative Therapieansätze in Entwicklung. Die beste Datenlage besteht aktuell für ein vierwöchiges intensives Ausatemtraining (Expiratory muscle strength training; EMST®). In Studien konnte gezeigt werden, dass bei Betroffenen mit einer leicht- bis mittelgradigen Dysphagie ein entsprechendes Training mit diesem speziellen Ausatemtrainer (EMST₁₅₀ Aspire Products) zu einer signifikanten Verbesserung sowohl der Schlucksicherheit (durch Reduktion von Aspirations-/Penetrationsrisiken) als auch der Schluckeffizienz (durch Reduktion pharyngealer Residuen) führen kann [43, 44].

Es erfolgt dabei ein vierwöchiges Training im häuslichen Umfeld mit einem Zeitaufwand von zirka 10 bis 15 Minuten pro Tag, wodurch eine Kräftigung der pharyngealen Schluckmuskulatur und damit eine konsekutive Reduktion der im Rahmen der Parkinson-Dysphagie bei den meisten Patientinnen und Patienten vorherrschenden pharyngolaryngealen Bradykinese [4; 44]. Mittlerweile ist das EMST®-Trainingsgerät auch in zwei unterschiedlichen Intensitätsstufen (EMST₁₅₀® und EMST₇₅®) verfügbar, sodass auch schwerer Betroffene, zum Beispiel mit atypischen Parkinson-Syndromen, das Training durchführen können.

Medikamentöse Therapie

Vor Beginn von logopädischen Übungsbehandlungen sollte zunächst die Notwendigkeit zur Optimierung der medikamentösen Parkinson-Therapie geprüft werden, da die pharyngeale Bradykinese bei manchen Patientinnen und Patienten auch auf eine insuffiziente dopaminerge Medikation zurückzuführen sein kann [45]. Hilfreich ist in diesem Fall eine endoskopische Schluckuntersuchung mit Beurteilung der Dysphagie sowohl im OFF- als auch im ON-Zustand, um den potenziellen Nutzen einer Modifikation der dopaminergen Medikation sicher beurteilen zu können [45]. Äquivalent zum klassischen L-Dopa-Test erhalten die zu untersuchende Patientin oder der Patient hierbei über Nacht keine dopaminerge Medikation mehr. Im

morgendlichen, sicheren OFF-Zustand erfolgt die erste Schluckuntersuchung, im Anschluss erhalten die Erkrankten eine höhere Dosis schnelllöslichen L-Dopas sowie im sicheren medikamentösen ON danach eine erneute Schluckuntersuchung. Anhand eines spezifischen Punktescores (0–108) kann eine potenzielle Änderung der Schluckfunktion im Vergleich der beiden Untersuchungen erfolgen. Eine Verbesserung von > 30 % wird als signifikant angesehen [45]. Auch bei atypischen Parkinson-Syndromen kann ein Optimierungsversuch der dopaminergen Medikation unter Umständen förderlich sein, obwohl die positiven Auswirkungen ähnlich wie bei der Motorik in der Regel geringer sind als beim idiopathischen Parkinson-Syndrom [38, 46]. Allerdings hat die Optimierung der dopaminergen Medikation hier vor allem einen positiven Einfluss auf pharyngeale Residuen, die bei atypischen Parkinson-Syndromen häufig vorherrschenden Störungen der oralen Phase des Schluckaktes beeinflusst sie im Allgemeinen weniger ausgeprägt [45].

Weitere potenzielle Therapieansätze sind die therapeutische Nutzung von Substanz P, die mit der pharyngealen Mukosa interagiert und als Neurotransmitter einen positiven Einfluss auf die Triggerung von Schluck- und Hustenreflex ausübt [1]. Pilotstudien haben auch einen positiven Effekt der Substanz Capsaicin auf die Konzentration von Substanz P sowie oropharyngeale Schluckstörungen bei geriatrischen Erkrankten, darunter auch Patientinnen und Patienten mit der Parkinson-Krankheit, gezeigt [47]. Bei persistierenden Penetrations- oder Aspirationsereignissen für einzelne oder mehrere Konsistenzen kann abhängig vom erhobenen Untersuchungsbefund eine Kostanpassung der oralen Ernährung notwendig werden. Bei Persistenz der Schluckstörung trotz optimierter Therapie sollte, insbesondere auch bei atypischen Parkinson-Syndromen, frühzeitig mit den Erkrankten und Angehörigen die Möglichkeit einer PEG-Anlage zur Sicherstellung von Nahrungs-, Flüssigkeits- und Medikamentenzufuhr besprochen werden.

Vermehrter Speichelfluss

Viele Patientinnen und Patienten mit Parkinson-Syndromen leiden im Krankheitsverlauf zusätzlich an einer chronischen Sialorrhoe, das heißt einem deutlich vermehrten Speichelfluss, der sich zu einem die Lebensqualität deutlich einschränkenden Symptom entwickeln kann. In der Regel liegt das Problem nicht in einer vermehrten Speichelproduktion, sondern in einer bedingt durch die pharyngeale Bradykinese reduzierten Schluckfrequenz, sodass sich insgesamt mehr Speichel im Mundraum ansammelt [3]. Medikamentöse Therapieversuche der chronischen Sialorrhoe sind häufig unzureichend und mit Nebenwirkungen behaftet. Das Kauen von Kaugummi oder das Lutschen von Salbeibonbons führt dagegen zu einer zumindest passageren Reduktion des Speichelflusses. Sinnvoll kann auch ein Training mit einem „Schluckwecker“ sein. Hierbei trainieren Betroffene 2 × 15 Minuten pro Tag das Schlucken in einer Frequenz von einmal pro Minute, indem sie von dem Schluckwecker (alternativ auch Verwendung von Küchenuhr oder Smartphone möglich) einmal pro Minute an das Schlucken erinnert werden. Auch hier führt ein regelmäßiges Training insgesamt zu einer Reduktion des Speichelflusses. Ein weiterer er-

folg versprechender Therapieansatz ist die Injektion von Botulinumtoxin in die Glandula parotis und/oder die Glandula submandibularis. Diese Therapie wird langjährig schon effektiv angewendet, im Jahr 2019 erfolgte eine Zulassung in Deutschland für die Indikation „chronische Sialorrhoe“ für das Präparat „Incobotulinumtoxin A“, sodass die Kosten für die Behandlung von allen Krankenkassen regelhaft übernommen werden und nicht mehr im Off-Label-Use erfolgen müssen [48].

Fazit für die Praxis

Die Parkinson-bedingte Dysphagie ist ein komplexes Syndrom, das die Mehrzahl aller Patientinnen und Patienten mit neurodegenerativen Parkinson-Syndromen im Verlauf der Erkrankung entwickelt. Sie tritt oft schon früh in milderer Form auf und aggraviert bei fehlender oder insuffizienter Behandlung, sodass schwerwiegende Folgen bis hin zu lebensbedrohlichen Aspirationspneumonien resultieren können. Die einzelnen Parkinson-Syndrome können hinsichtlich ihrer phänotypischen Ausprägung der Dysphagie variieren und zum Teil sogar anhand spezifischer Störungsmuster differenzialdiagnostisch voneinander abgegrenzt werden. Allen gemeinsam ist jedoch die Notwendigkeit einer sorgfältigen, auch instrumentellen Evaluation des zugrunde liegenden Störungsmusters sowie die im interdisziplinären Kontext abgestimmte Einleitung einer individuell angepassten medikamentösen und nicht medikamentösen Therapie.

Literatur

1. Suttrup I, Warnecke T. Dysphagia in Parkinson's disease. *Dysphagia*. 2016;Feb;31:24–32
2. Fasano A et al. Gastrointestinal dysfunction in Parkinson's disease. *Lancet Neurol*. 2015;14:625–39
3. Warnecke T, Dziewas R. Neurogene Dysphagien: Diagnostik und Therapie. Kohlhammer 2018, 2. überarbeitete Auflage.
4. Warnecke Tet al. Neurogenic dysphagia: systematic review and proposal of a classification system. *Neurology*. 2021;96(6):e876–e889
5. Claus I, Warnecke T. Parkinsonasoziierte Schluckstörungen – Diagnostik und Therapie. *Neurol Rehabil*. 2017;23:173–80
6. Buhmann C, Bihler M, Emich K et al. Pill swallowing in Parkinson's disease: A prospective study based on flexible endoscopic evaluation of swallowing. *Parkinsonism Relat Disord*. 2019;62:51–6
7. Fukae J, Fujioka S, Umemoto G et al. Impact of residual drug in the pharynx on the delayed-on phenomenon in Parkinson's disease patients. *Mov Disord Clin Prac* 2020;7:273–8
8. Hammer MJ, Murphy CA, Abrams TM. Airway somatosensory deficits and dysphagia in Parkinson's disease. *J Parkinson Dis*. 2013;3:39–44
9. Nienstedt JC, Bihler M, Niessen A et al. Predictive clinical factors for penetration and aspiration in Parkinson's disease. *Neurogastroenterol. Motil* 2019;31:e13524
10. Lam K, Lam FK, Lau KK et al. Simple clinical tests may predict severe oropharyngeal dysphagia in Parkinson's disease. *Mov Disord*. 2007;22:640–4
11. Labeit B, Claus I, Muhle P, Lapa S, Suntrup-Krueger S, Dziewas R, et al. Oropharyngeal freezing and its relation to dysphagia – An analogy to freezing of gait. *Parkinsonism Relat Disord*. 2020;75:1–6
12. Suttrup I, Suttrup J, Suntrup-Krueger S, Siemer ML, Bauer J, Hamacher C, et al. Esophageal dysfunction in different stages of Parkinson's disease. *Neurogastroenterol Motil*. 2017;29:e12915
13. Warnecke T, Schäfer KH, Claus I, Del Tredici K, Jost WH. Gastrointestinal involvement in Parkinson's disease: Pathophysiology, diagnosis, and management. *NPJ Parkinsons Dis*. 2022;8(1):31
14. Mu L, Sobotka S, Chen J, Su H, Sanders I, Adler CH, et al. Altered pharyngeal muscles in Parkinson disease. *J Neuropathol Exp Neurol*. 2012;71:520–30

15. Mu L, Sobotka S, Chen J et al. Alpha-Synuclein pathology and axonal degeneration of the peripheral motor nerves innervating pharyngeal muscles in Parkinson's disease. *J Neuropathol Exp Neurol.* 2013;72:119–29
16. Mu L, Sobotka S, Chen J et al. Parkinson's disease affects peripheral sensory nerves in the pharynx. *J Neuropathol Exp Neurol.* 2013;72:614–23
17. Schröder JB, Marian T, Claus I et al. Substance P saliva reduction predicts pharyngeal dysphagia in Parkinson's disease. *Front Neurol.* 2019;10:386
18. Stokholm MG, Danielsen HK, Hamilton-Dutoit SJ, Borghammer P. Pathological α -synuclein in gastrointestinal tissues from prodromal Parkinson disease patients. *Ann Neurol.* 2016;79:940–9
19. Kalf J, de Swart B, Bloem B, Munneke M. Prevalence of oropharyngeal dysphagia in Parkinson's disease: A meta-analysis. *Parkinsonism Related Disorders.* 2012;18(4):311–5
20. Pflug C, Bihler M, Emich K et al. Critical dysphagia is common in Parkinson disease and occurs even in early stages: A prospective cohort study. *Dysphagia.* 2018;33:41–50
21. Manor Y, Giladi N, Cohen A, Fliss DM, Cohen JT. Validation of a swallowing disturbance questionnaire for detecting dysphagia in patients with Parkinson's disease. *Mov Disord.* 2007;22:1917–21
22. Simons JA, Fietzek UM, Waldmann A et al. Development and validation of a new screening questionnaire for dysphagia in early stages of Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord.* 2014;20:992–8
23. McHorney CA, Robbins J, Lomax K et al. The SWAL-QOL and SWAL-CARE outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults: III. Documentation of reliability and validity. *Dysphagia.* 2002;17(2):97–114
24. Langmore SE. Evaluation of oropharyngeal dysphagia: which diagnostic tool is superior? *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2003;11:485–9
25. Logemann JA. Evaluation and treatment of swallowing disorders. 2nd Edition 1998. Austin: Pro-Ed
26. Labeit B, Ahring S, Boehmer M, Sporns P, Sauer S, Claus I, et al. Comparison of simultaneous swallowing endoscopy and videofluoroscopy in neurogenic dysphagia. *J Am Med Dir Assoc.* 2022;23(8):1360–6
27. Kharilas PJ, Bredenoord AJ, Fox M et al. The Chicago classification of esophageal motility disorders, v3.0. *J Neurogastroenterol Motil.* 2015;27(2):160–74
28. Müller J, Wenning GK, Verny M et al. Progression of dysarthria and dysphagia in postmortem-confirmed parkinsonian disorders. *Arch Neurol.* 2001;58:259–64
29. O'Sullivan SS, Massey LA, Williams DR et al. Clinical outcomes of progressive supranuclear palsy and multiple system atrophy. *Brain.* 2008;131:1362–72
30. Wenning GK, Stankovic I, Vignatelli L et al. The Movement Disorder Society Criteria for the Diagnosis of Multiple System Atrophy. *Mov Disord.* 2022;37(6):1131–48
31. Vogel A, Claus I, Ahring S et al. Endoscopic characteristics of dysphagia in multiple system atrophy compared to Parkinson's disease. *Mov Disord.* 2022;37(3):535–44
32. Gandor F, Vogel A, Claus I et al. Laryngeal movement disorders in multiple system atrophy: A diagnostic biomarker? *Mov Disord.* 2020;35(12):2174–83
33. Claus I, Suttrup J, Muhle P et al. Subtle esophageal motility alterations in parkinsonian syndromes: Synucleinopathies vs. Tauopathies. *Mov Disord Clin Pract.* 2018;5(4):406–12
34. Höglinger GU, Respondek G, Stamelou M et al. Clinical diagnosis of progressive supranuclear palsy: the movement disorder society criteria. *Mov Disord.* 2017;32(6):853–64
35. Litvan I, Mangone CA, McKee A et al. Natural history of progressive supranuclear palsy (Steele-Richardson-Olszewski syndrome) and clinical predictors of survival: a clinicopathological study. *J NNP.* 1996;60:615–20
36. Glasmacher SA, Leigh PN, Saha RA. Predictors of survival in progressive supranuclear palsy and multiple system atrophy: a systematic review and meta-analysis. *JNNP.* 2017;88:402–11
37. Litvan I, Sastry N, Sonies BC. Characterizing swallowing abnormalities in progressive supranuclear palsy. *Neurology.* 1997;48:1654–62
38. Warnecke T, Oelenberg S, Teismann I et al. Endoscopic characteristics and levodopa responsiveness of swallowing function in progressive supranuclear palsy. *Mov Disord.* 2010;25:1239–45
39. Clark HM, Stierwalt JAG, Tosakulwong N et al. Dysphagia in progressive supranuclear palsy. *Dysphagia.* 2020;35:667–76
40. Mahale RR, Krishnan S, Divya KP, Jisha VT, Kishore A. Subtypes of PSP and prognosis: a retrospective analysis. *Ann Indian Acad Neurol.* 2021;24:56–62
41. Respondek G, Stamelou M, Kurz C et al. The phenotypic spectrum of progressive supranuclear palsy: a retrospective multicenter study of 100 definite cases. *Mov Disord.* 2014;29:1758–66
42. Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN). S3-Leitlinie Idiopathisches Parkinsonsyndrom. 2016. AWMF-Register-Nummer:030-010
43. Troche MS, Okun MS, Rosenbek JC et al. Aspiration and swallowing in Parkinson's disease and rehabilitation with EMST: A randomized trial. *Neurology.* 2010;75(21):1912–19
44. Claus I, Muhle P, Czechowski J et al. Expiratory muscle strength training for therapy of pharyngeal dysphagia in Parkinson's disease. *Mov Disord.* 2021;36(8):1815–24
45. Warnecke T, Suttrup I, Schröder JB, Osada N, Oelenberg S, Hamacher C, et al. Levodopa responsiveness of dysphagia in advanced Parkinson's disease and reliability testing of the FEES-Levodopa-test. *Park Relat Disord.* 2016;28:100–06
46. Varanese S, Di Ruscio P, Ben M Barek L, Thomas A, Onofri M. Responsiveness of dysphagia to acute L-Dopa challenge in progressive supranuclear palsy. *J Neurol.* 2014;261:441–42
47. Nakato R, Manabe N, Shimizu S et al. Effects of capsaicin in older patients with oropharyngeal dysphagia: A double-blind, placebo-controlled, crossover study. *Digestion.* 2017;95(3):201–20
48. Jost WH, Friedman A, Michel O et al. SIAXI: Placebo-controlled, randomized, double-blind study of incobotulinumtoxinA for sialorrhea. *Neurology.* 2019;92:e1982–e1991

Interessenkonflikt

Die Autorin 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

PD Dr. med. habil. Inga Claus

Klinik für Neurologie
mit Institut für Trans-
lationale Neurologie
Universitätsklinikum
Münster
Parkinson-Zentrum
Münster/Osnabrück
(PaMOS)
Albert-Schweitzer-Campus 1, 48149 Münster
inga.claus@ukmuenster.de



Prof. Dr. med. Tobias Warnecke

Klinik für Neurologie und Neurologische
Frührehabilitation
Klinikum Osnabrück
Parkinson-Zentrum Münster/Osnabrück
(PaMOS)
Am Finkenhügel 1, 49076 Osnabrück
tobias.warnecke@klinikum-os.de

Dysphagie bei neurodegenerativen Parkinson-Syndromen

FIN gültig bis 30.4.2023:

NT23N4AR

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 zur Parkinson-assoziierte Schluckstörung (Dysphagie) trifft zu?

- Sie ist ein relevantes Symptom der Erkrankung, unter dem allerdings nur weniger als 20 % aller Patientinnen und Patienten mit einem Parkinson-Syndrom leiden.
- Sie bedarf einer fachgerechten logopädischen Behandlung, schränkt die betroffenen Patientinnen und Patienten in ihrer Lebensqualität jedoch nicht ein.
- Sie kann zu deutlichen Einschränkungen des täglichen Lebens bedingt durch eine potenziell reduzierte Nahrungs-, Flüssigkeits- und Medikamenteneinnahme führen.
- Sie tritt nur bei Patientinnen und Patienten mit atypischen Parkinson-Syndromen auf.
- Sie kann mit einer einfachen klinischen Untersuchung sicher detektiert werden.

? Der physiologische Schluckakt dient dem Transport von Nahrung und Speichel in den Magen unter gleichzeitigem Schutz der Atemwege. Welche Aussage zum physiologischen Schluckakt trifft zu?

- Während der oralen Vorbereitungsphase wird die Nahrung Richtung Rachen geschoben.
- Die orale Phase des Schluckaktes dient der Zerkleinerung der Nahrung.

- Die pharyngeale Phase des Schluckaktes läuft vollständig willkürlich steuerbar ab.
- Während der ösophagealen Phase des Schluckaktes legt sich der Kehldeckel zum Schutz über die Luftröhre.
- Während der ösophagealen Phase des Schluckaktes wird die Nahrung per Kontraktionswelle durch die Speiseröhre bis in den Magen geschoben.

? Welche Aussage zu den hauptsächlichen dysphagischen Störungsmustern von Patientinnen und Patienten mit dem idiopathischen Parkinson-Syndrom trifft zu?

- Sehr häufig zeigt sich eine Störung der pharyngealen Phase mit insuffizientem Bolusclearing und postdeglutitiven Residuen in den Valleculae sowie zum Teil auch im Sinus piriformis.
- Eine Dysphagie wird insbesondere bei Flüssigkeiten beobachtet, Residuen von festen Nahrungsbestandteilen oder Tabletten sind dagegen nicht typisch.
- Störungen der ösophagealen Phase können häufig zu Aspirationspneumonien führen, die wiederum die Haupttodesursache für Patientinnen und Patienten mit dem idiopathischen Parkinson-Syndrom darstellen.
- Die Dysphagie tritt bei Patientinnen und Patienten mit dem idiopathischen Parkinson-Syndrom regelhaft erst in späteren Stadien der Erkrankung auf.

- Penetrations- und Aspirationsereignisse sind der typische Hauptbefund der Parkinson-assoziierten Dysphagie und treten häufig auch schon in frühen Stadien der Erkrankung auf.

? Zur Detektion der Parkinson-assoziierten Dysphagie stehen verschiedene klinische und apparative Untersuchungsverfahren zur Verfügung. Welche Vorgehensweise wäre bei Verdacht auf eine Parkinson-assoziierte Dysphagie empfehlenswert?

- Eine Anamneseerhebung und klinische Untersuchung der Patientinnen und Patienten ist in der Regel ausreichend, da sie die Schluckstörungen im Allgemeinen eigenständig wahrnehmen und dem betreffenden Arzt berichten.
- Es sollte bei jeder Patientin und jedem Patienten schon bei Diagnosestellung eine weiterführende apparative Diagnostik bezüglich des Vorliegens einer Parkinson-assoziierten Dysphagie initiiert werden.
- Zunächst sollte in einer Anamneseerhebung auf entsprechende Risikofaktoren, wie ein höheres klinisches Erkrankungsstadium, einen ungewollten Gewichtsverlust oder einen vermehrten Speichelfluss geachtet werden. Bei begründetem Verdacht sollte eine weiterführende apparative Diagnostik empfohlen werden.
- Bezüglich der apparativen Dysphagiediagnostik ist die endoskopische Eva-

Dieser CME-Kurs wurde von der Bayerischen Landesärztekammer mit zwei Punkten in der Kategorie I (tutoriellement 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](https://www.springermedizin.de/CME) tutorielle Unterstützung. Bei technischen Problemen erreichen Sie unseren Kundenservice kostenfrei unter der Nummer 0800 7780777 oder per Mail unter kundenservice@springermedizin.de.

luation des Schluckaktes (FEES) der Videofluoroskopie (VFSS) deutlich überlegen.

- Bezüglich der apparativen Dysphagiedagnostik ist die Videofluoroskopie (VFSS) der endoskopischen Evaluation des Schluckaktes (FEES) deutlich überlegen.

? Welche Nahrungskonsistenzen sollten bei der endoskopischen Evaluation des Schluckaktes bei Parkinson-Patientinnen und -Patienten regelhaft getestet werden und in welcher Reihenfolge?

- Halbfest–flüssig–fest, gegebenenfalls Tabletten
- Flüssig–halbfest–fest, immer Tabletten
- Fest–halbfest–flüssig, keine Tabletten
- Halbfest–fest–flüssig, keine Tabletten
- Flüssig–fest–halbfest, gegebenenfalls Tabletten

? Auch Patientinnen und Patienten mit atypischen Parkinson-Syndromen können klinisch relevante Schluckstörungen entwickeln. Welche Aussage zu Schluckstörungen bei Patientinnen und Patienten mit einer Multisystematrophie (MSA) trifft zu?

- Insgesamt treten Schluckstörungen bei MSA-Patientinnen und -Patienten deutlich seltener auf als bei denjenigen mit idiopathischem Parkinson-Syndrom.
- Als Hauptbefunde finden sich häufig ausgeprägte Störungen der oralen Phase des Schluckaktes mit Leaking und oraler Bolusfragmentierung.
- Als Hauptbefunde finden sich häufig ausgeprägte Residuen in den Valleculae und im Sinus piriformis.
- Als Hauptbefunde finden sich ausgeprägte Störungen der ösophagealen Phase des Schluckaktes, die bei der MSA deutlich häufiger sind als beim idiopathischen Parkinson-Syndrom.
- Ein irregulärer Aryknorpeltremor ist beweisend für eine MSA.

? Auch bei der progressiven supranukleären Paralyse (PSP) können klinisch relevante Schluckstörungen auftreten. Wodurch sind diese insbesondere gekennzeichnet?

- Ähnlich wie beim idiopathischen Parkinson-Syndrom und der Multisystem-

atrophie weisen die PSP-Patientinnen und -Patienten in der Regel ebenfalls eine ausgeprägte ösophageale Motilitätsstörung auf.

- Schwere Dysphagien im frühen Erkrankungsverlauf sind hier insgesamt eher selten.
- PSP-Patientinnen und -Patienten scheinen Schluckstörungen insgesamt früher und zuverlässiger wahrzunehmen als Patientinnen und Patienten mit α -Synucleinopathien, da es hier in der Regel nicht zu einer ausgeprägten pharyngealen Sensibilitätsstörung kommt.
- Die einzelnen Unterformen der PSP könnten anhand spezifischer dysphagischer Störungsmuster in der Regel gut differenzialdiagnostisch voneinander abgegrenzt werden.
- PSP-Patientinnen und -Patienten neigen ähnlich wie idiopathische Parkinson-Syndrom-Patientinnen und -Patienten eher zu einem abgeschwächten Hustenreflex.

? Als suffizienter Therapieansatz für Parkinson-assoziierte Schluckstörungen stehen verschiedene Therapieformen zur Verfügung. Welche Aussage hierzu trifft zu?

- Die logopädische Therapie spielt in der Behandlung Parkinson-assoziiierter Schluckstörungen insgesamt nur eine untergeordnete Rolle.
- Eine Kostanpassung ist in der Regel auch bei schwereren Formen der Dysphagie mit Penetrations- oder Aspirationsereignissen nicht notwendig, da die Patientinnen und Patienten über ausreichende Kompensationsmechanismen verfügen.
- Die Anlage einer perkutan endoskopische Gastrostomie (PEG) sollte bereits bei Erstdiagnose einer Parkinson-assoziierten Dysphagie bei allen Patientinnen und Patienten individuell geprüft werden.
- Ein vierwöchiges Expiratory Muscle Strength Training (EMST) kann zur Verbesserung von Schluckeffizienz und Schlucksicherheit führen.
- Das Expiratory Muscle Strength Training (EMST) kommt für besonders schwer betroffene Patientinnen und Patienten, etwa mit atypischen Parkinson-Syndromen, nicht infrage.

? Auch medikamentöse Therapieversuche können bei Vorhandensein einer Parkinson-assoziierten Dysphagie erwogen werden. Welche Aussage hierzu ist richtig?

- Eine Aufdosierung der dopaminergen Medikation führt insbesondere bei atypischen Parkinson-Syndromen regelmäßig zu Nebenwirkungen und sollte hier nicht erwogen werden.
- Bei jeder Patientin und jedem Patienten, die von Parkinson betroffenen sind, sollte in der Regel individuell getestet werden, ob eine Erhöhung der dopaminergen Medikation eine Verbesserung der Schluckfunktion bewirken kann.
- In der Regel kommt es durch Anpassung der dopaminergen Medikation zu einer Besserung der oralen Phase des Schluckaktes.
- Pharyngeale Residuen werden in der Regel nicht positiv durch Anpassung der dopaminergen Medikation beeinflusst.
- Standardisierte Tests zur Überprüfung einer potenziellen Besserung einer Parkinson-assoziierten Dysphagie durch Optimierung der dopaminergen Medikation existieren aktuell nicht.

? Der chronisch vermehrte Speichelfluss (Sialorrhoe) stellt für viele Parkinson-Patientinnen und Patienten ebenfalls eine deutliche Beeinträchtigung der Lebensqualität dar. Welche Aussage hierzu ist richtig?

- Es besteht kein Zusammenhang zwischen chronischer Sialorrhoe und Parkinson-assoziierten Schluckstörungen.
- Einfache Therapieansätze wie Kaugummi kauen oder Bonbon lutschen sind keine sinnvollen Therapieformen.
- Eine Injektionsbehandlung mit Botulinumtoxin ist zwar Erfolg versprechend, jedoch in Deutschland für keines der auf dem Markt befindlichen Präparate zugelassen.
- Das regelmäßige Training mit einem „Schluckwecker“ kann zu einer Besserung der Spontanschluckfrequenz führen.
- Es existieren zuverlässige orale Medikationsoptionen, die den Speichelfluss regelhaft und ohne ein erhöhtes Risiko für Nebenwirkungen reduzieren.

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.

Opicapon früh beginnen zur L-Dopa-Optimierung

➔ Bei mehr als 40% der Menschen mit Morbus Parkinson treten bereits nach zweieinhalbjähriger Krankheit motorische End-of-Dose-Fluktuationen auf. Wie Privatdozentin Dr. Regina Katzenschlager, Leiterin des Instituts für neuroimmunologische und neurodegenerative Erkrankungen in Wien, berichtete, könnten diese einerseits auf den fortschreitenden Verlust dopaminerger Neuronen im Gehirn und der damit verbundenen Abnahme der Speicherkapazität zurückgeführt werden, andererseits auf das pharmakokinetische Profil von Levodopa (L-Dopa) selbst: „Orales L-Dopa hat eine sehr geringe Halbwertszeit von nur 60 bis 90 Minuten“, so die Neurologin. Die Folge sei eine pulsatile dopaminerge Stimulation, die sich in nicht vorhersehbaren, belastenden OFF-Episoden und Dyskinesien äußere. Zunächst lässt sich die Wirkung von L-Dopa mit erhöhter Dosis und verkürztem Dosierungsintervall noch aufrechterhalten, im

weiteren Krankheitsverlauf schließen die Nebenwirkungen dieses Vorgehen dann aus. „Es muss daher das Ziel sein, eine kontinuierlichere dopaminerge Zufuhr zu erreichen, um dem physiologischen Zustand näher zu kommen“, betonte Katzenschlager. Maßnahme der ersten Wahl zur peripheren L-Dopa-Optimierung ist die Zugabe eines Catechol-O-Methyltransferase (COMT)-Hemmers. Opicapon (Ongentys®) ist ein COMT-Hemmer der dritten Generation mit einem besonderen Wirkmechanismus, durch den der Abbau von L-Dopa stärker, länger und zudem gleichmäßiger gehemmt wird, als es unter dem seit Langem verwendeten COMT-Hemmer Entacapon der Fall ist [Jenner P et al. Expert Rev Neurother. 2021;21:1019–33]. Laut Prof. Dr. Georg Ebersbach, Chefarzt am Neurologischen Fachkrankenhaus für Bewegungsstörungen und Parkinson in Beelitz-Heilstätten, habe in den klinischen Studien

BIPARK I und II gezeigt werden können, dass Opicapon bei Morbus Parkinson eine effektive und verträgliche Add-on-Therapie ist, die stark gegen OFF-Zustände wirke und darüber hinaus Vorteile gegenüber Entacapon aufweise [Ferreira JJ et al. Lancet Neurol. 2016;15:154–65]. „So wurde in einer Posthoc-Analyse der BIPARK-I-Studie deutlich, dass sich Opicapon im Vergleich zu Entacapon bei COMT-Hemmer-naiven Patienten mit kürzlich aufgetretenen motorischen Fluktuationen durch eine bessere Wirksamkeit auszeichnet. Unter Opicapon verlängerte sich die tägliche ON-Zeit im Vergleich zu Entacapon signifikant, nämlich um mehr als eine Stunde“, so Ebersbach [Ferreira JJ et al. (Mov Disord. 2020;35:S447, Abstract 998)]. **Dr. Silke Wedekind**

Virtuelles Pressegespräch „L-Dopa-Optimierung mit Ongentys® – eine starke First-line-Therapie bei motorischen Fluktuationen“, 12.10.2022; Veranstalter: Bial

„Hit smart and early“ – MS-Therapie mit Ozanimod

➔ Die Multiple Sklerose (MS) verläuft in zwei Phasen: Zu Beginn stehe die Neuroinflammation, dann folge die Neurodegeneration. Die meisten Medikamente modulierten das adaptive Immunsystem, um so die periphere Inflammation und Neurogeneration zu stoppen, erklärte Prof. Dr. Tobias Bopp vom Universitätsklinikum Mainz. Je größer die Schubaktivität im frühen Stadium einer MS, desto ungünstiger sei die Prognose. Ein Ziel sollte daher sein, möglichst früh so effektiv wie möglich zu behandeln, um eine MRT-Aktivität zu stoppen, betonte PD Dr. Katja Akgün vom Carl-Gustav-Carus-Universitätsklinikum Dresden. Eine Option für diesen Ansatz sei die Behandlung mit Ozanimod (Zeposia®). Der selektive S1P-Rezeptormodulator verändere über die Hemmung beziehungsweise Aktivierung der S1P1- und S1P5-Rezeptoren die Lymphozytenmigration. Ozanimod ist zugelassen für Erwachsene mit einer in klinischen oder bildgebenden Befunden sichtbaren aktiven schubförmig remittierenden MS. Das Label erlaube die Freiheit einer frühen Anwendung und werde als orale

Therapie mit einmal täglicher Einnahme auch von den Patientinnen und Patienten geschätzt, so Akgün weiter. Es sollte früh im Krankheitsverlauf eine potente Therapie eingesetzt werden, betonte auch Prof. Dr. Mathias Mäurer, Klinikum Würzburg-Mitte gGmbH. Die aktuellen Leitlinienempfehlungen mit der Kategorisierung von Therapien und der langsamen Eskalation „bringen Ozanimod aktuell in eine schwierige, nicht gerechtfertigte Position.“

Ein viel diskutiertes Thema in Zusammenhang mit den S1PR-Modulatoren sei die Frage einer erhöhten Infektionsgefahr bedingt durch passagere Lymphopenien. Es gebe jedoch keinen Nachweis für eine Korrelation zwischen der Höhe der Lymphozytenzahl im Blut und der Infektionsneigung, erläuterte Mäurer. Eine periphere Lymphopenie sei Teil des Wirkmechanismus von Ozanimod. Das bedeute aber nicht, dass das Immunsystem nicht mehr aktiv sei. Der Großteil der Lymphozyten befinde sich in Geweben und sei dort weiterhin vorhanden. Angesichts der aktuellen Situation gelte „MS-Therapie führt vor Impfung“, betonte

Mäurer. Patientinnen und Patienten sollten heute keine Therapieunterbrechung mehr wegen einer COVID-19-Impfung oder einer schlechten Immunantwort erfahren. So zeigten über 92% der behandelten Personen nach der COVID-19-Impfung eine humorale Immunantwort [Cree BA et al.:ECTRIMS 2022; P1199]. Lediglich 6,3% der Geimpften erkrankten an COVID-19, wobei knapp 92% der COVID-19-Infektionen nicht schwerwiegend waren. Ozanimod hatte in verschiedenen Phase-III-Studien kontinuierlich niedrige annualisierte Schubraten sowie niedrige Raten an Gadolinium-anreichernden oder neuen oder sich vergrößern T2-Läsionen. Die maximale Therapie-dauer liegt heute bei über neun Jahren, wobei gute Langzeitdaten aus verschiedenen Studien für die anhaltende Wirksamkeit sprechen [Selmaj KW et al.:ECTRIMS 2022; P732]. **Dr. Henrike Ottenjann**

Symposium „Smarte MS-Therapie: Potenzial der S1P-Rezeptor-Modulation mit Ozanimod bei schubförmig remittierender MS“, 2.11.2022, Neurowoche 2022; Veranstalter: Bristol-Myers Squibb

Nicht motorische Parkinson-Symptome durch Safinamid verbessern?

➡ Trotz vieler medikamentöser Therapien führt Morbus Parkinson zu verminderter Aktivität und schwerer Behinderung. Es besteht also ein Bedarf für Add-on-Therapien. Darüber diskutierten Prof. Dr. Georg Ebersbach, Chefarzt des Neurologischen Fachkrankenhauses für Bewegungsstörungen/Parkinson in Beelitz-Heilstätten, und Prof. Dr. Wolfgang Jost, Chefarzt der Parkinson-Klinik Ortenau in Wolfach, auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie 2022 in Berlin. Parkinson ist eine vielschichtige Erkrankung und verfügbare

Medikamente fokussieren oft auf die motorischen Störungen Rigor, Tremor und Akinese. Diese sind mit dopaminerg wirksamen Substanzen relativ gut zu behandeln. Neben den motorischen gebe es aber auch viele nicht motorische Störungen im Bereich der Neuropsychiatrie, des autonomen Nervensystems sowie der Lebensqualität, etwa Schlaf, Schmerz und Sehen, erläuterte Jost. Diese würden auch zu einer großen Belastung der Betroffenen führen. Ein Medikament, das auch auf die Verbesserung der Lebensqualität abzielt, ist Safinamid (Xadago®). Ergebnisse der SAFINON-MOTOR-Studie, einer prospektiven, multi-

zentrischen Open-Label-Studie mit Safinamid als Add-on zeigen, dass es nach sechs Monaten zu Verbesserungen im Bereich der nicht motorischen Symptome kommt, wobei die Lebensqualitätsparameter mithilfe des Parkinson's-Disease-Questionnaire-Summary-Index (PDQ-39SI)-Scores erhoben wurden [Santos Garcia D et al. Brain Sci. 2021;11(3):316]. Dies betrifft unter anderem die Faktoren Schmerz und Unwohlsein, Kognition, Kommunikation und emotionales Wohlbefinden. In der Summe lag die Verbesserung bei 29,4%. Die Wirksamkeit von Safinamid auf die Beeinträchtigung durch nicht motorische Symptome wurde mittels der Non Motor Symptoms Scale (NMSS) ermittelt. Im Zeitraum von sechs Monaten kam es zu einem Rückgang des NMSS-Scores um 38,5% und damit zu einer erheblichen Verbesserung der nicht motorischen Symptome (**Abb. 1**). Daten aus der europäischen SYNAPSES-Studie zeigen, dass auch ältere Parkinson-Erkrankte von einer Add-on-Therapie profitieren: Positive Effekte bei mehr als 40% der Teilnehmenden gab es hinsichtlich der Verbesserung der Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS) [Abbruzzese G et al. J Parkinsons Dis. 2021;11(1):187-98].

Dr. Henrike Ottenjann

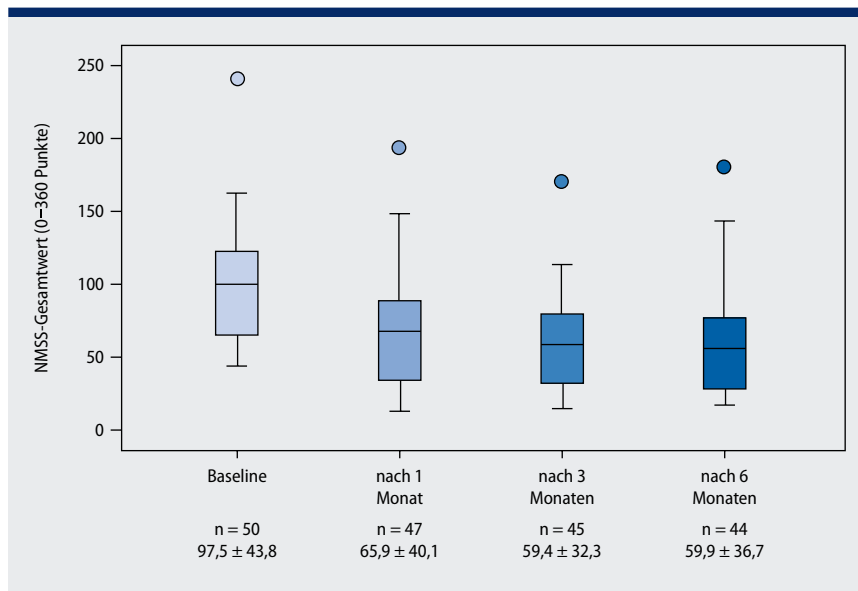


Abb. 1: Unter Safinamid sanken die nicht motorischen Beschwerden auf der Non Motor Symptoms Scale (NMSS) um 38,5% (mod. n. [Santos Garcia D et al. Brain Sci. 2021;11(3):316]).

Symposium „Update M. Parkinson und neue Perspektiven bei der ALS“, Neurowoche 2022, 3.11.2022, Berlin; Veranstalter: Zambon

Ravulizumab: Lang wirksam bei Myasthenia gravis

➡ Seit September 2022 kann der C5-Komplementinhibitor Ravulizumab als Zusatztherapie zu einer Standardbehandlung bei Acetylcholinrezeptor(AChR)-Antikörper-positiver Myasthenia gravis eingesetzt werden. Ravulizumab (Ultomiris®) ist eine Weiterentwicklung des Komplementinhibitors Eculizumab. Der wesentliche Unterschied zwischen den beiden Präparaten liegt in einer Verlängerung der mittleren terminalen Halbwertszeit von 11,3 auf 49,7

Tage. „Dadurch kann das Therapieintervall in der Erhaltungstherapie von zwei auf acht Wochen verlängert werden, was die Therapielast der Betroffenen reduziert“ erklärte Prof. Dr. Tim Hagenacker, Leitender Oberarzt am Zentrum für Neuromuskuläre Erkrankungen, Universitätsklinikum Essen. Die Zulassung für Ravulizumab bei generalisierter Myasthenia gravis beruht auf den Ergebnissen der globalen, randomisierten, doppelblinden und placebokontrollierten

Phase-III-Multizenterstudie CHAMPION-MG-306 [Vu T et al. NEJM Evid 1. 2022;1(5)]. Darin erhielten 175 Patientinnen und Patienten mit bestätigter Diagnose einer AChR-Antikörper-positiver Myasthenia gravis im Verhältnis 1:1 randomisiert entweder Ravulizumab oder Placebo über insgesamt 26 Wochen.

„Für den primären Endpunkt, die Veränderung des Myasthenia gravis – Activities of Daily Living(MG-ADL)-Gesamtscores, konn-

Hohe Patientenzufriedenheit mit subkutanem Natalizumab

Seit März 2021 kann zur Behandlung der Multiplen Sklerose (MS) zwischen zwei Applikationsformen von Natalizumab (Tysabri®) gewählt werden: intravenös oder subkutan. Letztere bietet den Vorteil einer rascheren Verabreichung und kann so eine Entlastung für Betroffene und medizinisches Personal darstellen. Erste Ergebnisse der vom Unternehmen Biogen unterstützten Real-World-Studie SISTER legen nahe, dass subkutan behandelte MS-Kranke mit der gewählten Applikationsform sehr zufrieden sind.

Für die prospektive, multizentrische Open-Label-Studie wurden zwischen Oktober 2021 und Juli 2022 insgesamt 206 MS-Kranke, die bereits Natalizumab erhielten, rekrutiert und über ein Jahr beobachtet. Von diesen entschieden sich 158 für einen Wechsel des Applikationsweges (von i. v. zu s. c.), 26 begannen die Antikörpertherapie von vornherein subkutan, weitere 22 wählten die intravenöse Gabe. Die Entscheidung für den Applikationsweg von Natalizumab musste unabhängig und vor Studienteilnahme getroffen werden. Primär wurde die Applikationspräferenz der Teilnehmenden und des medizinischen Personals mittels Fragebögen untersucht, wobei diese zu Studienbeginn und dann alle sechs Monate beantwortet werden mussten. Sekundäre Endpunkte bildeten unter anderem die jährliche Schubrate, der EDSS-Score und das Auftreten von Autoantikörpern gegen Natalizumab.

Nach sechs Monaten gaben 98,1 % der subkutan Behandelten an, mit ihrer Therapie zufrieden zu sein. Auch auf die Frage, ob sie den gleichen Applikationsweg erneut wählen würden, bejahten dies 96,4 % der Personen mit subkutaner Gabe. Zudem zeigte die Auswertung, dass eine subkutane Injektion durchschnittlich 1,5 Stunden kürzer dauerte als eine intravenöse Infusion. Abgesehen von milden Hautreaktionen an der Injektionsstelle beklagten die Teilnehmenden keine schweren Nebenwirkungen. Zwei wiesen zwar Autoantikörper gegen Natalizumab nach, dies allerdings nur vorübergehend. Trotz der Limitierungen durch die kleine Anzahl an Teilnehmenden und der fehlenden Randomisierung zeichnet sich eine positive Einstellung und eine Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten bezüglich der subkutanen Gabe von Natalizumab ab. red

Gold R et al. ECTRIMS 2022. Poster P365

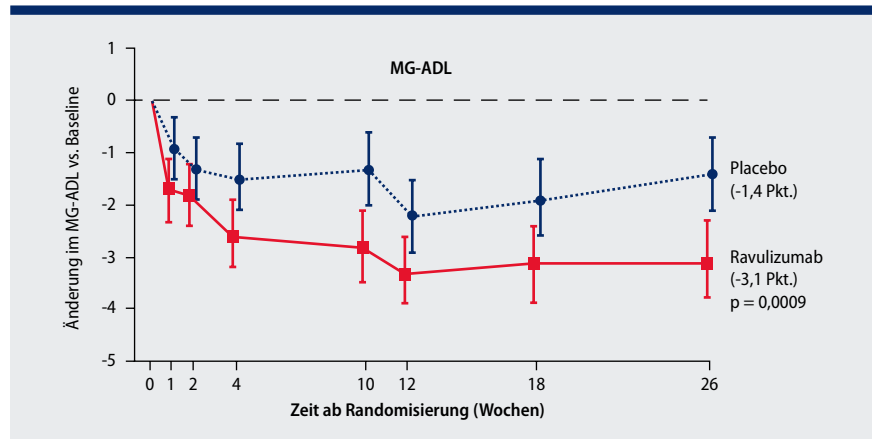


Abb. 1: Phase-III-Studie CHAMPION MG, primärer Endpunkt: Änderung des MG-ADL-Gesamtscores im Vergleich zum Ausgangswert in Woche 26 (mod. n. [Vu T et al. NEJM Evid 1. 2022;1(5)])

te die signifikante Überlegenheit von Ravulizumab gegenüber Placebo belegt werden“, berichtete Hagenacker (-3,1 versus -1,4; 95 %-Konfidenzintervall [KI] -2,6 bis -0,7; $p = 0,0009$; **Abb. 1**).

Der MG-ADL-Score ist ein MG-spezifischer, durch die Betroffenen berichteter Ergebnisparameter, mit dem die Auswirkungen der Erkrankung auf die täglichen Aktivitäten bestimmt werden. Als ebenfalls signifikant überlegen erwies sich die mittlere Änderung im durch die Behandelnden bewerteten quantitativen MG (QMG)-Gesamtscore unter der Therapie mit Ravulizumab im Vergleich zu Placebo (-2,8 versus -0,8; 95 %-KI -3,2 bis -0,8; $p = 0,0009$).

„Bemerkenswert war, dass die Verbesserung des MG-ADL- und des QMG-Scores bereits eine Woche nach Beginn der Behandlung

mit Ravulizumab nachgewiesen werden konnte und über die gesamte Studiendauer bis Woche 26 Bestand hatte“, kommentierte Hagenacker. Die Verbesserungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, der Muskelkraft und der Lebensqualität hielten in der offenen Verlängerung der Zulassungsstudie über 60 Wochen an [Vu T et al. NEJM Evid 1. 2022;1(5); Howard JF Jr et al. Neurology. 2022;98:853].

Ravulizumab wurde gut vertragen, es wurden keine neuen Sicherheitssignale und keine Meningokokkeninfektionen beobachtet.

Dr. Silke Wedekind

Pressekonferenz „Ravulizumab bei AChR-Antikörper-positiver gMG: langwirksame und planbare Behandlungsoption für erwachsene Patienten“ beim DGN-Kongress; 2.11.2022, Berlin; Veranstalter: Alexion

Bei Ängsten und Depressionen auch auf eine ADHS achten

➡ Bei Angststörungen und Depressionen liegt nicht selten auch eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) vor – die Symptome überlappen sich häufig. Sprechen die Betroffenen auf die bisherigen Therapien nicht gut an, bringt mitunter die ADHS-Therapie den Durchbruch. Etwa ein Viertel bis die Hälfte der ADHS-Kranken leidet an Angststörungen, bis zu 30 % an sozialen Phobien, und auch Depressionen sind gehäuft bei ADHS zu beobachten.

Umgekehrt tritt ADHS bei vielen affektiven Erkrankungen als Komorbidität auf: So seien einer Metaanalyse zufolge [Sandstrom A et al. Acta Psychiatr Scand. 2021;143(5):380–91] über 70 % der Kinder mit bipolaren Störungen an ADHS erkrankt, ebenso mehr als 30 % der Kinder mit Depressionen, erläuterte Prof. Dr. Kai Kahl von der psychiatrischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover. Mit dem Alter nehme die Bedeutung von ADHS als Begleiterkrankung zwar wie-

der ab, unter Erwachsenen mit unipolaren Depressionen sei aber noch etwa jede siebte Person, von denen mit bipolaren Störungen jede fünfte betroffen. Allerdings sei es nicht einfach, eine ADHS von Ängsten und affektiven Störungen klar abzugrenzen: Stimmungswechsel, Unaufmerksamkeit, Desorganisation, Impulsivität und Hyperaktivität fänden sich sowohl bei ADHS als auch bei bipolarer Erkrankung, so Kahl auf einem Takeda-Symposium beim DGPPN-Kongress in Berlin. Für eine begleitende ADHS spräche auch eine schlechte Response auf die affektive Therapie sowie besonders frühe und häufige affektive Phasen. Hier lohne es sich, gezielt nach einer ADHS zu schauen, erläuterte Kahl. Zur Therapie bei mittelgradiger und schwerer Depression empfiehlt der Psychiater, zunächst die Depression anzugehen, bei leichten depressiven Episoden oder euthymen Phasen könne auch die ADHS-Therapie im Vordergrund stehen – je nach dem, was die Betroffenen am meisten beeinträchtige.

Liege eine bipolare Störung vor, sollten die Erkrankten zunächst auf Stimmungsstabilisierer eingestellt werden und dann erst auf ADHS-Medikamente, um einen Switch in die Manie zu vermeiden. Bei Ängsten in Kombination mit ADHS rät Dr. Barbara Alm vom Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim zunächst zu klären, ob die Angst als Folge von ADHS-bedingten Beeinträchtigungen oder als eigenständige Störung auftrete. Letztlich solle aber die schwerere Störung zuerst angegangen werden. Mittlere bis leichte Angststörungen könnten sich bereits durch die ADHS-Therapie bessern. Die Experten verwiesen zur ADHS-Therapie auch auf langwirksame Stimulanzien wie Lisdexamfetamin (Elvanse® und Elvanse Adult®).

Thomas Müller

Interaktives Symposium 08: Keine Angst vor der Angst und Depression bei ADHS. DGPPN-Kongress, Berlin 23.–26.11.2022; Veranstalter: Takeda

Bessere Schlafqualität bei Parkinson durch Levodopa-Pumpentherapie

➔ Etwa 80–90% der Parkinson-Kranken sind sowohl in der frühen als auch späten Erkrankungsphase von Schlafstörungen betroffen [Hermanowicz N et al. Neuropsychiatr Dis Treat. 2019;15:2205–12; Jankovic J, Tan EK. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2020;91:795–808]. Ursächlich dafür seien Veränderungen dopaminerger Signalwege und nächtliche motorische sowie nicht motorische Symptome, erklärte Dr. Eva Schäffer, Funktionsoberärztin am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel. Als Goldstandard bei motorischen Symptomen gilt die dopaminbasierte Behandlung, etwa mit Levodopa. Lässt die Wirkung des Medikaments nach, könne es zu nächtlicher Akinesie kommen, erklärte Prof. Dr. Karla Eggert, Fachärztin für Neurologie von der Philipps-Universität Marburg. Erst nach erneuter Einnahme und Resorption von Levodopa könne dies behoben werden. Durch intestinale Absorptionsverzögerungen und zentralnervöse Transportstörungen bei Parkinson-Kranken trete die Wirkung jedoch verlangsamt bis gar nicht ein. Durch kontinuierliche dopaminerge Stimu-

lation auch über Nacht könne der Wirkfluktuation entgegengewirkt werden, so Eggert. Die GLORIA-Registerstudie und die DUO-GLOBE-Studie zeigten Vorteile der Pumpentherapie mit Levodopa. Die Schlafqualität, erfasst anhand der Parkinson Disease Sleep Scale, wurde verbessert [Antonini A et al. Parkinsonism Relat Disord. 2017;45:13–20]. Zudem reduzierte die Levodopa-Pumpentherapie die Tagesmüdigkeit [Standaert DG et al. Mov Disord Clin Pract. 2021;8:1061–74]. In einer Fallserie mit acht Erkrankten mit schweren Schlafstörungen wurde die 24-stündige Applikation einer Levodopa-Carbidopa-Pumpentherapie (Duodopa®) untersucht. Auf die Schlafqualität, Blasenfunktion, Kognition und Müdigkeit gab es signifikant positive Effekte [Ricciardi et al. Mov Disord. 2016;31:597–8]. Einschränkung für die Eignung der 24-Stunden-Applikation erwähnte Eggert eine Demenz und das Risiko für Psychosen.

Sadiye Kilic

Symposium „Guter Schlaf und Morbus Parkinson – ein Widerspruch?“, Neurowoche 2022, 3.11.2022, Berlin; Veranstalter: AbbVie

Pharmaforum

Menschen mit seltenen Erkrankungen sind #wiedu

Die Kampagne #wiedu möchte das Bewusstsein für Menschen mit seltenen Erkrankungen in der Öffentlichkeit fördern. Von Betroffenen ins Leben gerufen und von Loudrare e.V. organisiert, soll sie mit Social-Media-Kanälen, der Website rarewiedu.de und Mitmachaktionen Fakten zu seltenen Erkrankungen vermitteln. Ein Sponsor ist das Unternehmen Biogen. #wiedu ist Teil der globalen EURORDIS-Rare-Disease-Kampagne. **red**

Nach Informationen von Biogen

Paliperidon generisch

Das Antipsychotikum Paliperidon zur Erhaltungstherapie bei Schizophrenie ist nun als Generikum von Advanz Pharma erhältlich. Es kann bei Patientinnen und Patienten angewendet werden, die auf orales Paliperidon oder Risperidon eingestellt sind und wird einmal monatlich injiziert. **red**

Nach Informationen von Advanz Pharma

Aripiprazol-Depot auch unter Alltagsbedingungen wirksam

Das Depotantipsychotikum Aripiprazol (Abilify Maintena®) verbessert Krankheitsschwere und psychotische Symptome auch unter Real-World-Bedingungen signifikant. Das zeigen Ergebnisse der Datenanalyse REACT von zwei unabhängigen, multizentrischen, prospektiven Beobachtungsstudien in Deutschland und Kanada [Schöttle D et al. Eur Psychiatry. 2022;65(1):e42]. Das Team um PD Dr. Daniel Schöttle, Chefarzt für Psychiatrie und Psychotherapie des Asklepios Klinikums Hamburg-Harburg, wertete die Daten von 409 Menschen aus, darunter solche mit Komorbiditäten und Suchterkrankungen. Die Teilnehmenden waren stabil auf ein verfügbares orales Antipsychotikum (Kanada) oder orales Aripiprazol (Deutschland) eingestellt, bevor sie monatlich injiziert das Aripiprazol-Depot erhielten. Nach sechs Monaten erreichte knapp die Hälfte eine symptomatische, funktionelle Remission; besonders starke Effekte wurden bei unter 36-Jährigen verzeichnet. Ihnen solle die Therapie niedrigschwellig angeboten werden, so Schöttle. **red**

Nach Informationen von Lundbeck

Journal



© Angela Rohde / stock.adobe.com

Impfrebellion in Bayern

„Das Reichsimpfgesetz ist kein Zwangsgesetz“

Die Pockenimpfung war die erste, erfolgreiche Impfung gegen eine Infektionskrankheit. Die Geschichte der Impfgegner reicht bis zurück in diese Zeit, denn sie fürchteten mögliche Langzeitfolgen und Schäden.

Das Bayerische Hauptstaatsarchiv ist eine Institution, die es in sich hat. Hier wird alles gesammelt, abgeheftet und archiviert, was staatstragend ist oder sein könnte. Das Haus macht selten Schlagzeilen – wie im Jahr 2022, als letzte Akten zum Olympia-Attentat des Jahres 1972 eintrafen. Durchaus am Puls der Zeit war im Januar 2023 eine kleine Ausstellung der Bayerischen Archivschule, die Fundstücke zur Impfgegnerschaft in Bayern präsentierte.

Der Freistaat beansprucht gerne Führungsrollen, allzu oft unbegründet. Im Pandemiedrama glänzte Bayern mit den bundesweit schärfsten Sanktionen, die für viel Protest sorgten. Im frühen 19. Jahrhundert war Bayern dagegen Vorreiter der Pockenimpfung, was auf heftigen Widerstand stieß und eine Gegenbewegung motivierte. Die reichsweite Impfpflicht sorgte später für noch mehr Popularität und Zulauf.

Pocken oder COVID-19 – altbayerisch verwurzelt sind beide Positionen: die aktivistische Impfopposition und der reaktionäre Beamtenapparat.

„Geißel der Menschheit“

Versuche, Pockenerkrankungen absichtlich zu erzeugen, um sich vor Infektion zu schützen, gab es seit Urzeiten in Südeuropa und in Asien. Nach dem Jahr 1700 erreichte das Wissen über solche „Inokulationen“ England. Edward Jenner (1749–1823) verhalf nach zeitraubender Forschung im Jahr 1796 dem Konzept der Impfung mit harmlosen Kuhpockenviren (*Variolae vaccinae*) zum

Durchbruch. Er wies nach, dass die „Vakzination“ besser und mit akzeptablem Risiko vor Pocken schützen kann.

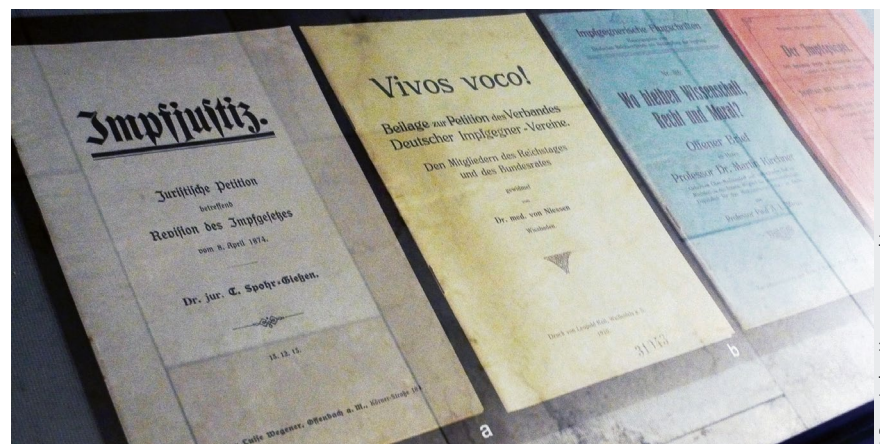
Im 18. Jahrhundert galten die Pocken als führende Seuche. Jedes zehnte Kleinkind starb an „Kindsblattern“ und circa 400.000 Menschen wurden Jahr für Jahr dahingerafft. Überlebende trugen Narben davon, viele erblindeten. Mozart, Haydn, Beethoven, Ludwig XV. (Frankreich), Zar Peter II. und Kurfürst Max III. (Bayern) waren prominente Patienten. Die letzten großen Epidemien wütheten in den Jahren 1870 bis 1873 in Deutschland, mit mehr als 180.000 Toten. Daher stieß Jenners Erfindung auf großes Interesse bei Monarchen und Medizinalbehörden.

Ausstellung zur Impfgegnerschaft

Informationen zur Ausstellung finden Sie unter www.gda.bayern.de/aktuelles/impfgegner-in-bayern-zu-beginn-des-20-jahrhunderts/.

Impfgesetze und Impfjustiz

In Bayern war die Vakzination im Jahr 1800 erstmals erprobt worden. Kurfürst Max IV. Joseph höchstselbst warb für die kostenlose Impfung, ließ sich und seine Kinder demonstrativ vakzinieren. Da die Untertanen der Sache misstrauten, machte der nunmehrige König im Jahr 1807 die Impfpflicht zum Gesetz:



Impfgegnerische Flugschriften, die als Beilage im Schriftverkehr archiviert wurden. Das thematische Spektrum war breit gestreut: juristische Fragen zum Impfgesetz, Pockenstatistiken, Impfschäden.

© Bayerisches Hauptstaatsarchiv

12201
Aufbewahren! **Rat in Impf-Angelegenheiten.** Aufbewahren!

Das Kind steht, solange es minderjährig ist, unter elterlicher Gewalt. Der Vater hat kraft der elterlichen Gewalt das **Recht** und die **Pflicht**, für die Person des Kindes zu sorgen.
(§ 1626 und 1627 des Bürgerlichen Gesetzbuches.)

Die Impfung ist als eine chirurgische Operation anzusehen.
(Aus den Beschlüssen des Bundesrats vom 28. Juni 1899, das Impfen betreffend.)



Wer durch Fahrlässigkeit die Körperverletzung eines andern verursacht, wird mit Geldstrafe bis zu 900 Mark oder mit Gefängnis bis zu 2 Jahren bestraft. War der Täter zu der Aufmerksamkeit, welche er aus den Augen setzte, vermöge seines Amtes, Berufes oder Gewerbes besonders verpflichtet, so kann die Strafe auf 3 Jahre Gefängnis erhöht werden.
(§ 230 des Reichsstrafgesetzbuches.)

Eine Folge der Schutzpocken-Impfung.
Ausgeführt und beobachtet von Med.-Rat Dr. med. Kirch in Mauders.

Obgleich das Reichsgesundheitsamt in seiner Denkschrift vom Jahre 1896, S. 123 nur neun Codesfälle jährlich infolge der „Schutzimpfung“ zugestehet, so wird doch niemand wollen, dass gerade sein Kind zu diesen neun gehört. Den Eltern liegt daher die Pflicht ob, alles, was in ihren Kräften steht und gesetzlich gestattet ist, zu tun, um üble Folgen der Impfung von ihren Kindern abzuwenden. Dazu gehört vor allen Dingen, ein Kind nicht in zu zartem Alter, jedenfalls überhaupt **kein Kind impfen zu lassen, welches nicht vollkommen gesund ist.** Auch sind nach dem Reichsimpfgesetz alle Kinder von der Impfung vorläufig befreit, die **nach ärztlichem Zeugnis ohne Gefahr für ihre Gesundheit** nicht geimpft werden können.

Die ärztlichen Zeugnisse, durch welche die **gänzliche oder vorläufige Befreiung** von der Impfung nachgewiesen werden soll, müssen die Angaben enthalten, aus welchem Grunde und auf wie lange die Impfung unterbleiben darf. **Nach Aufhören** des die Gefahr begründenden Zustandes ist das Kind **nicht sofort, sondern erst binnen Jahresfrist** der Impfung zu unterziehen. (Impfgesetz § 2.)

Die ärztlichen Befreiungsscheine sind der Behörde **bis zum 31. Dezember** des auf das Geburtsjahr des Kindes folgenden Jahres einzureichen. Dies Verfahren ist **alle Jahre** zu wiederholen, falls in dem Schein nicht die **gänzliche Befreiung von der Impfung** ausgesprochen ist. Nach etwa erfolgloser Impfung ist das Kind bis zum nächsten Jahre von der wiederholten Impfung befreit. (Impfgesetz § 3.) Ist ein Kind 3 mal erfolglos geimpft, kann keine 4. Impfung verlangt werden.

Je jünger ein Kind ist, desto empfänglicher ist es für Schäden, also auch beim Impfen. Dass von **unvermeidbaren Impfschädigungen** gesprochen wird und die Impflärzte die **schriftliche Garantie** dafür, dass schädliche Folgen der Impfung ausgeschlossen sind, ablehnen, sollten die Eltern wissen, ferner dass **wiederholte Bestrafung** wegen Impfverweigerung nach § 14 **ungesetzlich** ist.

Das Älteste über jede Impfung, ob mit oder ohne Erfolg, ist aufzubewahren. Wird ein Kind erst im Alter von 7 Jahren zum 1. Male geimpft, ist es von der Wiederimpfung im zwölften Jahre befreit. (Impfgesetz § 1, 2.)

Der Vorsitzende des **Ver eins impfgegnerischer Ärzte** ist der Sanitätsrat **Dr. Biffinger, Elisabethenberg** bei Stuttgart, bei dem etwaige nach dem Impfen auftretende Spinalnervenlähmung und Senilestarre zu melden ist.

Niemand ist gezwungen, sein Kind in den öffentlichen Impfterminen impfen zu lassen. Die **Väter**, die ihre Kinder dort impfen lassen wollen, sollten aber nicht ihre Frauen allein hingehen lassen, sondern **selber** mitgehen. Jeder vom Staate anerkannte Arzt darf impfen. Gegen **Impfschädigungen** schützt eine solche Privatimpfung selbstverständlich nicht, es sei denn, dass der Arzt sich vom Impfaberglauben befreit habe und als Impfgegner sehr vorsichtig impft. Nach der Impfung **gegenwärtig** anzuwenden, verbietet das Gesetz nicht.

Jede durch die Impfung eingetretene **Schädigung** wolle man sofort an die Geschäftsstelle des Münchener Impfgegnervereins, **Reformhaus München**, Rumpfstraße 11, melden, damit der Totbestand festgestellt werden kann.

Der Vorstand des Münchener Impfgegnervereins.
Mindestjahresbeitrag 50 Pf., mit „Impffrage“ 1 Mk., mit „Impfgegner“ 3 Mk.

Formular zu einem ärztlichen Befreiungszeugnis.

(Vor- und Name): _____ geboren den _____ 19____ kann wegen _____ unterbleiben.
ohne Gefahr nicht geimpft werden. Demgemäß darf die gesetzliche Impfung bis _____, den _____, der _____ Arzt.

© Bayerisches Hauptstaatsarchiv

„Schutzpocken“-Impfung bei Kindern bis zum Alter von drei Jahren, Bußgeld bei Unterlassung (man konnte sich freikaufen!). Baden, Hessen, Württemberg und Hannover zogen bis zum Jahr 1831 mit ähnlichen Gesetzen nach. Dennoch kam es alle fünf Jahre zu Epidemien, im Deutsch-Französischen Krieg (1870/71) zu sechsstelligen Opferzahlen. Auch im Königreich Bayern war die Zahl der Pockentoten besorgniserregend.

Nach heftigen Debatten wurde im Jahr 1874 das Reichsimpfgesetz verabschiedet. Kinder mussten mit Ablauf des ersten Lebensjahrs geimpft sein, die Zweitimpfung im Alter von zwölf Jahren war auch vorgeschrieben. Renitenten Eltern drohten Geldstrafen von 50 Mark oder Haft von bis zu drei Tagen, mehrmals pro Jahr. Impfungen wurden auf dem Impfschein bestätigt – ein Dokument, das vor Einschulung oder Eheschließung vorzulegen war. De facto herrschte Impfpflicht, was ein gefundenes Fressen für

Impfgegner darstellte. Amtliche Statistiken aus Bayern (1844–1912) und des Deutschen Reichs (1816–1910) belegen tatsächlich den stetigen Rückgang der Pockentoten seit Einführung der Impfpflicht. Die Gegenseite nahm den Erfolg der Impfkampagnen zur Kenntnis, begründete ihn aber mit hygienischen und sanitären Fortschritten.

Impfgegnerische im Aktivmodus

Widerstand gegen die Impfpflicht regte sich bereits im Jahr 1801, nicht nur in Bayern. Bis zum Jahr 1810 erschienen 89 impfgegnerische Publikationen, zwischen den Jahren 1880 und 1910 mehr als 600. In England gingen bis zu 100.000 Demonstrierende auf die Straße. Petitionen und Kongresse sorgten für öffentliches Aufsehen und neue Mitglieder. Im Deutschen Reich betrug die Zahl organisierter Impfgegnerschaft in den 1910er-Jahren etwa 300.000. Die Argumente und Forderungen der Aktivistinnen und

Aktivisten betrafen die persönlichen Freiheitsrechte. Sie waren gegen medizinische Fremdbestimmung und den strafbewehrten Zwang. Zudem hielten sie die Impfung für nutzlos, sahen sie als keinen Schutz vor Krankheit und Tod an, und fürchteten das Risiko von Impfschäden und Krankheiten, die nicht mit der Impfung zusammenhängen, wie Tuberkulose und Aussatz. Unterstützung kam aus allen sozialen Schichten und Berufen, mit diversen Weltanschauungen, inklusive ganz rechts. Die stärkste Fraktion stand der Lebensreformbewegung nahe.

Auch Material aus amtlichen Quellen diente als Beleg für eigene Thesen. Für die Agitation wurden eine drastische, emotional aufgeladene Bildsprache und publikumswirksame Botschaften gewählt. Flugblätter zeigten Fotos entstellter oder toter Kinder, der „Impfpfer“, und appellierten an die Eltern („Weck- und Mahn-Ruf an die Mütter“), offerierten Ratschläge zur legalen Verzögerung oder Umgehung von Impfungen oder gar 100.000 Mark Preisgeld für den wissenschaftlichen Nachweis deren hundertprozentiger Unbedenklichkeit.

Der Münchner Impfgegnerverein stellte Musterbriefe zum Versand an die Ärzteschaft zur Verfügung. Plakate luden zu Vorträgen und Diskussionen ein. Aktivistinnen und Aktivistinnen adressierten den bayerischen Landtag, verschickten Informationskarten an Volksvertreter, Postkarten an hochrangige verbundene Personen und reichten unzählige Gesuche ein. Auf mehrtägigen Kongressen kam man ins Gespräch und vernetzte sich länderübergreifend.

Publizistisch zogen die Impfgegnerinnen und Impfgegner alle Register. Bücher wie der „Impf-Friedhof“ (1912) prangerten mutmaßliche Impfschäden an. Das Cover mit Totenkopf auf schwarzem Grund stimmte auf 771 Fallgeschichten von Impfungen mit Todesfolge ein. Flugschriften befassten sich mit der Rechtsprechung, mit Gutachten, Wissenschaft, Medizin und Moral. „Der Impfgegner“ war das Zentralorgan und erschien allmonatlich ab dem Jahr 1883. Journalistische Beiträge in passenden Medien kamen hinzu. Jede amtliche Publikation zur Impffrage wurde umgehend mit Gegendarstellungen attackiert.

Aufklärung und Zensur

Bayerische Behörden waren verpflichtet, angeblichen Impfschäden nachzugehen. Das Bezirksamt befragte Betroffene wie den Impfling, die Eltern, den Impfarzt, den behandelnden Arzt sowie Zeuginnen und Zeugen. Der Bericht wurde an die königliche Kreisregierung weitergeleitet. War nach Aktenlage kein Impfschaden erkennbar und stammte die Meldung aus der Presse, wurde eine Berichtigung abgedruckt.

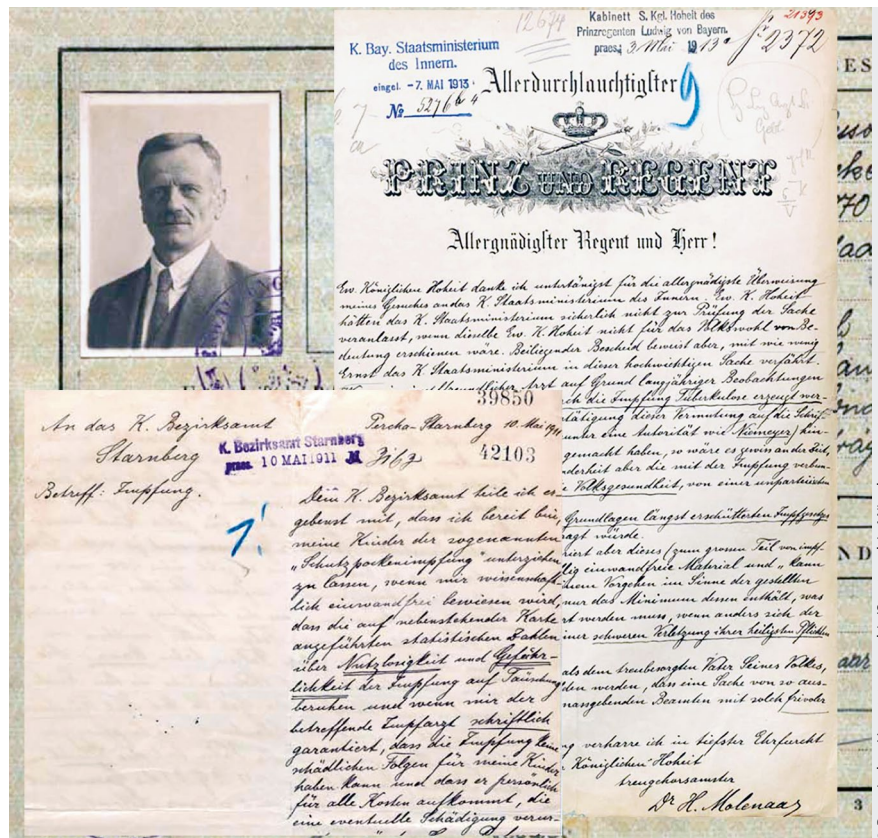
Grundsätzlich versuchten Behörden, der Gegenseite mit Mitteln der Aufklärung zu kontern. Zuständig war der Bezirksarzt, der Artikel in der Lokalpresse lancierte, wenn Impfungen anstanden. Vereinzelt befassten sich medizinische Druckschriften mit dem Status quo der Pockenimpfung, dem Impfgesetz und gegnerischen Einwänden. Wortmeldungen medizinischer Nichtkundiger wurden ignoriert. Die Opposition verbuchte amtliche Funkstille als Punktsieg.

Sanktionen, Verbote von Amts wegen waren immer möglich, verschärften sich aber seit dem Jahr 1914. Die Behörden fürchteten den wehrkraftzersetzenden Einfluss von impfskeptischem Gedankengut. Im Jahr 1915 verhängte das bayerische Kriegsministerium die Zensur. Wer dagegen verstieß, wurde verhaftet und bis zu zwölf Monate eingesperrt. Ein Ausstellungsbesucher notierte im Gästebuch: „Man sieht, dass ausschließlich auf Zwang und nicht auf Aufklärung gesetzt wurde. Das hat jede sachliche Diskussion verunmöglicht.“

Letztendlich wurde keine Revision der Impfpflicht erreicht. Der Erste Weltkrieg relativierte die Impffrage und verursachte im Jahr 1918 die schlimmste Pandemie aller Zeiten mit 50 Millionen Influenzatornen. Seit dem Jahr 1980 gelten Pocken als „ausgerottet“.

Der Impfrebell

Dr. phil. Heinrich Molenaar (1870–1965) war Gymnasiallehrer, Autor, Philosoph und der bedeutendste bayerische Impfgegner. Er stammte aus einer mennonitisch geprägten Familie, entschied sich für das Studium moderner Sprachen und wirkte als Lehrer für Französisch und Englisch in Starnberg, Bayreuth und Neustadt an der Haardt. Er entwickelte im Jahr 1903 die Weltsprache



Passfoto (1925) von Heinrich Molenaar (1870–1965), Gymnasialprofessor und Aktivist. Im Schreiben an das Bezirksamt Starnberg (1911) erläutert er Bedingungen für eine gefahrlose Impfung. Das Gesuch an die allerhöchste Stelle (1913) beklagt die „frivole Gleichgültigkeit“ des Beamtenapparats und fordert die Revision des Impfgesetzes. Beschluss: abgelehnt.

„Universal“. Im Jahr 1904 schlug er vor, Schulstunden von 60 auf 40 Minuten zu verkürzen. Molenaar veröffentlichte zwei Bände mit Sonetten (1914), referierte über „Religion der Menschheit“ und „Positive Weltanschauung“ und etablierte die auf Versöhnung abzielende „Deutsch-Französische Liga“ (1903) und den „Welthilfsbund“ (1909). Er fungierte als Generalsekretär des „Internationalen Impfgegnerbundes“, Herausgeber („Menschheitsziele“, „Bayreuther Flugblätter“) und verkündete die Gefährlichkeit der Impfung in ganz Europa.

Molenaar war eine Kämpfernatur. Ab dem Jahr 1910 trieb er beharrlich seine impfgegnerische Mission voran. Im Jahr 1912 erschien das maßgebliche Werk „Impfschutz und Impffahren“. Es zählte 25 zwingende Gründe zur Abschaffung des Impfwangs auf, die noch in den 1920er-Jahren rezipiert wurden.

Molenaar scheute keine Auseinandersetzung, traktierte Regierungsverbeamtete und allerhöchste Instanzen mit Gesuchen, Forderungen, Petitionen und Informationsaktionen, stand mehrfach vor Gericht. Schriften wurden zensiert und beschlagnahmt. Das Innenministerium geriet zunehmend unter Druck und schoss zurück. Der Störenfried aus den eigenen Reihen musste kaltgestellt werden: „Wir sind daher der Anschauung, daß die dauernde Beseitigung beziehungsweise Pensionierung Molenaars geboten ist.“ Das gelang mit einem Gefälligkeitsgutachten (1914) des Rassenhygienikers und NS-Psychiaters Ernst Rüdin (1874–1952), der eine „abnorme geistige ... psychopathische Veranlagung“ attestierte. Molenaar, der streitbare Freigeist, blieb lebenslang seiner Überzeugung und dem Kampf gegen die Impfung verbunden.

Eberhard J. Wormer, Frankfurt

Street Art – Teil II

„There is something better than perfection“

Street Art Künstlerin Hera von Herakut verschönert Städte und Leben. Ihr Markenzeichen, an Wände gesprühte und gemalte Kindmenschen mit großen, tiefen Augen und einem Totemtier als kapuzenähnliche Kopfbedeckung, empowert mit positiven Leitsätzen und großer Geste eine ganze Generation.

Für Jasmin Siddiqui, wie Hera von Herakut mit bürgerlichem Namen heißt, war ein Wal in ihrer Kindheit Hoffnungspender. Auf dem Weg zu ihrer Schule durch die graue und bedrückende Frankfurter Plattenbauarchitektur diente der blaue, an eine Wand gesprühte Wal als fröhlicher Wegweiser. „Damals wuchs in mir der Wunsch, auch Hoffnung und Freude durch Kunst zu vermitteln. Die graue Stadtarchitektur bunt und schön machen und andere Menschen zu inspirieren war und ist mein Motivator“. Seitdem sind einige Jahre ins Land gegangen und aus der damals geächteten Straßenkunst, unter der

oft vor allem noch Graffiti verstanden wurde, das wilde Markierrevieren von Sprayercliquen, ist eine recht etablierte Urban Art geworden, die Städte aufhübschen will. Künstlerinnen und Künstler aus der ganzen Welt werden heutzutage zu Spray-Festivals eingeladen, Reisekosten und Materialien werden gestellt, wenn nicht sogar Kunst durch einen Auftrag gesponsert wird. Dagegen wehrt sich Hera von Herakut allerdings bis heute: „Ich möchte mit meiner Kunst im öffentlichen Raum ungebunden bleiben und tatsächlich ideell etwas bewegen. Lieber bemale ich ein paar Leinwände mehr und verdiene mein Geld mit den

Galerien, in denen ich vertreten bin, bleibe dafür aber in der Straßenkunst frei und kann mir die Projekte und Wände aussuchen, die mich interessieren“.

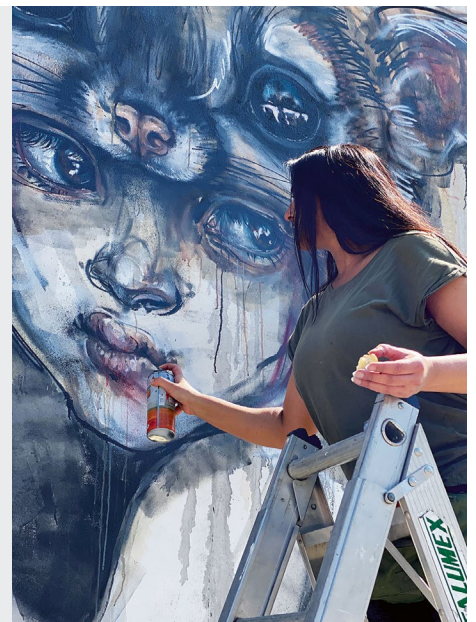
Da die Künstlerin keine verpflichtenden familiären Bande hat, spielt sich ihr künstlerisches Leben auf der ganzen Welt ab, überall dort, wo spannende Street-Art-Festivals oder -Vorhaben sie anziehen.

Kunst, die verblasst, verschwindet, aber in den Köpfen bleibt

Dass Street Art vergänglich ist, weil von oben kommende Nässe sie mit der Zeit verwäscht, die Bilder übermalt oder



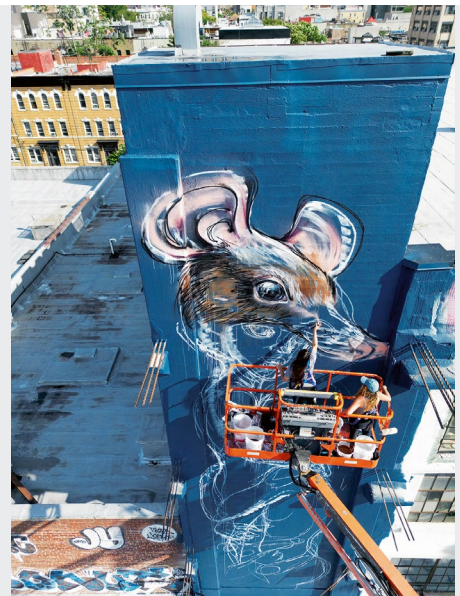
Hera von Herakut „Munich“, 2020



Hera von Herakut „Atacomulco“, 2020



Hera von Herakut „Berlin, Teufelsberg“, 2021



Hera von Herakut „New York“, David Lee, 2022

Wände abgerissen werden, ist für sie kein Problem. Überhaupt scheint Hera von Herakut die Bedeutung des Hier und Jetzt vollkommen verinnerlicht zu haben, was nur auf den ersten Blick widersprüchlich zu ihrem Ansatz ist, auch in der Kunst und den dafür verwendeten Materialien nachhaltig zu sein. Das Hier könne nur gelingen, wenn jeder Augenblick bewusst gelebt werde und mit „bewusst“ sei nicht egoistisch gemeint, sondern immer im Hinblick auf die Gesellschaft und die Mitmenschen, mit denen das Jetzt zu teilen sei, so die Künstlerin.

Den Blick hoch vom Nabel und offen auf die Welt richten

Getreu ihres Leitsatzes „there is something better than perfection“, malt Hera von Herakut ihre teils mehrere Meter hohen Figuren ohne größere Vorzeichnungen und ohne Raster an die Wände. Auf einer Hebebühne stehend zieht sie ihre Linien teils mehrmals neben- und übereinander und präsentiert damit „Suchlinien“ als Teil des Bildes. Das Gemälde aus dem Werkviertel in München, in dem sie im Jahr 2020 gemeinsam mit anderen Street-Artistinnen im Rahmen des Hands-off-the-Wall-Festivals die riesige Werk-9-Rückwand verzierte, und das „Tanz“-Motiv aus Berlin charakterisieren sowohl durch die Such-

linien als auch die typischen Figuren mit den Schutztieren und kurzen positiven Leitsprüchen ihre Arbeit exemplarisch.

Bemerkenswert an Hera von Herakut ist auch ihre außerordentliche Toleranz, denn als Kind eines Pakistani und einer Deutschen aus zwei völlig verschiedenen Bildungslandschaften verinnerlichte sie, wie sie es formuliert, „schon sehr früh den Blick hoch vom Nabel und offen auf die Welt“. Sie möchte mit ihrer Kunst andere Menschen nicht nur indirekt erreichen, sondern auch im direkten Kontakt wichtig werden für andere und Zeichen setzen. „Ich habe Künstlerinnen und Künstler gesehen, die durch das Nur-um-sich-selbst-Drehen am Ende ganz alleine waren. Ich rette auch mich selbst, indem ich anderen helfe“, erklärt sie. Sie setzte sich diesbezüglich beispielsweise im Jahr 2022 als Kuratorin für die NGO Viva con Agua ein und verbrachte im Jahr 2012 einen Monat in einem Flüchtlingscamp in Jordanien, um Frauen und Kinder in Kunstworkshops zu Selbstermächtigung anzuregen und die Hoffnung zu verstärken – ein Projekt, das bis heute großen Einfluss auf ihr Schaffen hat.

Zu sehen ist Hera von Herakuts Kunst weltweit im öffentlichen Raum sowie teilweise auch in Ausstellungsräumen und Galerien, die sich der Urban-Art

widmen. Außerdem hat sie in Münchens Kunstlabor 2, der momentan größten kulturellen Zwischennutzungsfläche der bayerischen Hauptstadt, einen von vielen begehbaren Kunsträumen kreiert, den THERapie-Raum, doch mehr zum Kunstlabor 2 im nächsten NeuroTransmitter.

Mehr Informationen:

Auf Instagram: [hera_herakut](https://www.instagram.com/hera_herakut)
<https://galeriegutleut.de/vol1/hera/>
<https://kunstlabor.org>
<https://www.vivaconagua.org>
<https://www.handsoffthewall.com>

AUTORIN

Dr. Angelika Otto

Freie Journalistin
München

[angelika.s.
otto@gmail.com](mailto:angelika.s.otto@gmail.com)

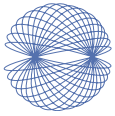


Veranstaltungen BVDN/BDN/BVDP-Landesverbände 2023

Datum Ort Zeit	Landesverband Titel Themen	Anmeldung
22.4.2023 online 9:15–12:30 Uhr 3.5.2023 online 17:15–20:30 Uhr 14.6.2023 online 17:15–20:30 Uhr 21.6.2023 online 17:15–20:30 Uhr CME-Punkte beantragt	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 www.diaplan.de/bdn/ beziehungsweise https://www.diaplan.de/bvdp/
6.5.2023 in München 6 CME-Punkte	Frühjahrstagung BVDN-BVDP-BDN Bayern Transition bei ZNS-Erkrankungen; KSV-Psych-Richtlinie; Personalmanagement; Honorierung	Athene Akademie Tel.: 0931 20555-26, Fax: -25 g.schuster@athene-qm.de
10.5.2023 online 17:15–20:15 Uhr CME-Punkte beantragt	Psy Workshop Aktuelle Themen der Psychiatrie, wie Depression im Kontext mit COVID-19 und aktuelle Leitlinien	diaplan, siehe oben
13.5.2023 online 9:00–13:45 Uhr CME-Punkte beantragt	Neuro Forum Interdisziplinäre Betrachtung der Neurologie	diaplan, siehe oben
12.–17.6.2023 online 9:30–14:30 Uhr	Ausbildung im Praxismanagement Praxis- und Selbstmanagement für MFA	https://www.bdn-fuehrungsakademie.de/
21.6.2023 online 16:00–18:00 Uhr 11.10.2023 online 16:00–18:00 Uhr 22.11.2023 online 15:00–17:00 Uhr 2 CME-Punkte beantragt	EBM-Abrechnungseminar Im Onlineformat stellen wir Ihnen die neuen EBM-Abrechnungsmöglichkeiten in der Neurologie und Psychiatrie in je eigenen Informationsblöcken vor und stehen Ihnen für Fragen und Erläuterungen zur Verfügung.	https://buchen.cortex-management.de/ oder info@bvdn.de
23.6.2023 online 16:00–18:00 Uhr 4.10.2023 online 16:00–18:00 Uhr 2 CME-Punkte beantragt	Weiterbildungsberechtigung Im Vortrag geht es unter anderem um fünf gute Gründe, warum Sie als Vertragsärztinnen und Vertragsärzte eine Weiterbildungsbefugnis beantragen sollten.	https://buchen.cortex-management.de/ oder info@bvdn.de
13.9.2023 online 15:00–19:00 Uhr	Personalführung für Inhabende von Praxen Motivation, Führungsstile, Weiterqualifikation, Kritikgespräche, Konflikte, Teamentwicklung	https://www.bdn-fuehrungsakademie.de/
18.10.2023 online 15:00–19:00 Uhr	Krisenmanagement und Presstraining für Ärzte Krisenstruktur, Organisation, Kommunikation	https://www.bdn-fuehrungsakademie.de/

Fortbildungsveranstaltungen 2023

28.–29.4.2023 in Lübeck ATLANTIC Grand Hotel Travemünde, Kaiserallee 2	Fortbildung Neurologie der DGN	Deutsche Gesellschaft für Neurologie e.V. Reinhardtstraße 27 C, 10117 Berlin Tel.: 030 531 43 79-30 Fax: -39 info@dgn.org
5.–6.5.2023 in Erfurt Augustiner Kloster voraussichtlich 11 CME-Punkte	24. Jahrestagung der DGNB e.V. Impfung und COVID-19 Beschwerdevalidierung SOPs/Leitlinien, individuelle/institutionelle Haftung Periphere Neurologie-Bildgebung/Begutachtung	Deutsche Gesellschaft für Neurowissenschaftliche Begutachtung e.V., Susanne Neesen Jakobusstraße 31, 52391 Vettweiß Tel. 02424 2028535 Fax -534 info@dgnb-ev.de
25.–28.6.2023 in Stuttgart Internationales Congresscenter Messepiazza 1	74. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH Sandra Thoß, Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena Tel.: 03641 3116-324 dgnc-kongress@conventus.de
23.–24.10.2023 auf Zypern University of Cyprus, Nicosia	Deutsch-zyprische Tagung Trauma, stressbedingte Störungen: Fallformulierung, Behandlung; psychodynamisch, kognitiv-behavioral	Dr. med. Christos Charis, Psychotherapeutische Praxis, Hauptstraße 44, 35683 Dillenburg christos-charis@outlook.de



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

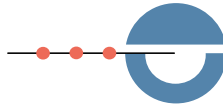
Sachsen: Ulrike Bennemann

Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe

Schleswig-Holstein: Klaus Gehring

Thüringen: Sabine Köhler

Westfalen: Zia Pufke-Yusafzai



BDN

**Berufsverband Deutscher
Neurologen**

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

Vorstand des BDN

1. Vorsitzender: Uwe Meier,
Grevenbroich

2. Vorsitzender: Martin Südmeyer,
Potsdam

Schriftführer: Wolfgang Freund,
Biberach

Kassenwart: Martin Delf, Hoppegarten

Beisitzer: Klaus Gehring, Itzehoe;

Christoph Kosinski, Würselen;

Thomas Duning, Bremen;

Heinz Wiendl, Münster

Beirat: Hanna Josephin Eisenberg

(Junge Neurologen); Tobias Warnecke

(Versorgungsnetzwerke); Elmar W. Busch

(GOÄ); Iris Penner, Düsseldorf (Neuro-

edukation/Neuropsychologie); Klaus

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

Vorstand des BVDP

1. Vorsitzende: Christa Roth-Sackenheim, Andernach

2. Vorsitzende: Sabine Köhler, Jena

Schriftführer: Norbert Mayer-Amberg,
Hannover

Schatzmeister: Egbert Wienforth,
Troisdorf

Beisitzer: Christel Werner, Mutterstadt;
Michael Krebs, Berlin

BVDP-Landessprecher

Bayern: Oliver Biniasch, Christian Vogel

Baden-Württemberg: Thomas Hug

Berlin: Alicia Navarro-Urena und

Michael Krebs

Brandenburg: Marion Nesimi und
Delia Peschel

Bremen: Sebastian von Berg

Hamburg: Ute Bavendamm

Hessen: Martin Finger

Mecklenburg-Vorpommern:

Caterina Jacobs

Niedersachsen: Greif Sander und

Norbert Mayer-Amberg

Nordrhein: Egbert Wienforth

Rheinland-Pfalz: Wolfgang Rossbach

Saarland: David Steffen

Sachsen: Kriemhild Barth und

Ulrike Bennemann

Sachsen-Anhalt: Matthias Pilz und

Michael Schwalbe

Schleswig-Holstein: Dirk Bendfeldt

Thüringen: Sabine Köhler

Westfalen: Michael Meyer

Geschäftsstelle des BVDN/BDN/BVDP

Wulffstraße 8, 12165 Berlin

Tel.: 030 94878310 | Fax: 0322 268091-22

info@bvdn.de

info@berufsverband-neurologen.de

info@berufsverband-psychiater.de

www.bvdn.de

www.berufsverband-neurologen.de

www.berufsverband-psychiater.de

www.zns-news.de

Cortex Management GmbH

s. oben Geschäftsstelle

Geschäftsführer: Bernhard Michatz

Ich will Mitglied werden!

An die Geschäftsstelle, Wulffstraße 8, 12165 Berlin

info@bvdn.de | Fax: 0322 268091-22 | Mitgliedsantrag online ausfüllen:



Ja, hiermit erkläre ich meinen Beitritt als

- ☐ Ordentliches Mitglied (580€) ☐ Chefarzt in Klinik (580€) ☐ Gemeinschaftspraxis-Mitglied (440€)
☐ Arzt in Weiterbildung *(0€) – Bitte senden Sie einen gültigen Nachweis an mitglied@bvdn.de ☐ Angestellter Facharzt (300€)
☐ Senior/Arzt im Ruhestand mit Aufgabe der kassenärztlichen Tätigkeit (120€)

Mit einer Doppel- oder Dreifachmitgliedschaft genießen Sie weitere Vorteile, ohne mehr zu bezahlen. Bitte wählen Sie, ob Sie eine Einzel-, Doppel- oder Dreifachmitgliedschaft wünschen.

- ☐ Ich wünsche die EINZELMITGLIEDSCHAFT – Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V. (BVDN)
☐ Ich wünsche die EINZELMITGLIEDSCHAFT – Berufsverband Deutscher Neurologen e. V. (BDN)
☐ Ich wünsche die EINZELMITGLIEDSCHAFT – Berufsverband Deutscher Psychiater e. V. (BVDP)
☐ Ich wünsche die DOPPELMITGLIEDSCHAFT – BDN und BVDN
☐ Ich wünsche die DOPPELMITGLIEDSCHAFT – BVDP und BVDN
☐ Ich wünsche die DREIFACHMITGLIEDSCHAFT – BDN, BVDN und BVDP



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:

Cortex Management GmbH, Wulffstraße 8,
12165 Berlin, Tel.: 030 94878310, Fax: 0322
268091-22

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 Grevenbroich, 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-medin.de

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

Leitung Redaktion Facharztmagazine:
Markus Seidl (es)

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

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), Anja Oberender
(ao, -0444), 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 Mediadata 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.springermedi-
zin.de/neurotransmitter](http://www.springermedizin.de/neurotransmitter) und jede Buchhandlung
entgegen. Die Mindestlaufzeit des Abonnements

beträgt ein Jahr. Danach verlängert es sich auto-
matisch auf unbestimmte Zeit, ist aber ab dann
jederzeit mit einer Frist von einem Monat künd-
bar. Die Kündigung muss in Textform an den
Leserservice erfolgen.

Bezugspreise: Einzelheft 33 €, Jahresabonne-
ment 259 € (für Studierende/AIW: 155,40 €), je-
weils inkl. gesetzl. MwSt., zzgl. Versandkosten In-
land 36 €, Ausland 63 €. Für Mitglieder des BVDN,
BDN und BVDP ist der Bezugspreis im Mitglieds-
beitrag enthalten. Sonderpreis für DGPPN-Mit-
glieder: Jahresabonnement 69 €, inkl. gesetzl.
MwSt., zzgl. Versandkosten (s.o.).

Copyright und allgemeine Hinweise: Zur Ver-
öffentlichung kommen nur Beiträge, die an
anderer Stelle weder angeboten noch erschienen
sind. Die Autorinnen und Autoren sind
verpflichtet zu prüfen, ob die Urheberschaft Dritter
berührt wird. Eine redaktionelle Bearbeitung
bleibt vorbehalten. Mit der Einwilligung zur
Publikation im „NeuroTransmitter“ übertragen
Autorinnen und Autoren dem Verlag auch das
Recht, den Beitrag geändert oder unverändert in
anderen Publikationen der Fachverlagsgruppe,
in den zugehörigen Online-Diensten, in Online-
Datenbanken Dritter und in Sonderdrucken zu
nutzen. Der Verlag behält sich das ausschließ-
liche 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 Markenschutz-
gesetzgebung als frei zu betrachten wären und
daher beliebig benutzt werden dürfen. Für An-
gaben über Dosierungsanweisungen, Anwen-
dungsgebiete und Applikationsformen von
Medikamenten sowie für Abrechnungshinweise
kann vom Verlag keine Gewähr übernommen
werden. Derartige Angaben müssen im Einzelfall
anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtig-
keit überprüft werden.

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

© Springer Medizin Verlag GmbH

Papierausgabe: ISSN 1436-123X

Elektronische Ausgabe: ISSN 2196-6397



LA-MED
geprüft Facharzt-Studie 2022



© P. Zwanzger

Vorschau

Ausgabe 5/2023

Mai

erscheint am 22. Mai 2023

Therapie von Angsterkrankungen

Angsterkrankungen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen, haben unbehandelt oft einen chronischen Verlauf und sind ein Risiko für weitere psychische Erkrankungen. Für eine frühzeitige und zielgerichtete Behandlung sind psychotherapeutische sowie medikamentöse Therapieverfahren gleichermaßen wirksam. Neue vielversprechende Ergänzungen für die Behandlung ergeben sich aus den Möglichkeiten der Expositionstherapien in virtueller Realität und begleitenden digitalen Gesundheitsanwendungen.

Rollenverteilung in der Medizin

Psychische Erkrankungen sollten rasch durch Fachpersonal behandelt werden. Diagnosestellung und Therapie müssen Standards folgen, die bestimmte Ausbildungen und Erfahrung voraussetzen, um eine gute Versorgung zu garantieren. Doch auch während der Psychotherapie ist es wichtig, Rollen festzulegen, um Erkrankten Sicherheit zu geben.

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.