

NEUROTRANSMITTER

Neurologie und Psychiatrie – Berufspolitik und Fortbildung



BVDN



BDN



BVDP

Offizielles Organ der Berufsverbände Deutscher Nervenärzte, Deutscher Neurologen und Deutscher Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie



Was zeigt dieses Bild? Seite 62

Weiterbilden in der Praxis 14

Austausch mit der nächsten Generation

Umweltschutz für die Psyche 31

Klimakrise bedingt psychische Erkrankungen



Akute Depression 38

Kombinations- oder Monotherapie?

„Pacing“ bei Post-COVID 49

Symptome im richtigen Tempo behandeln

BVDP-Ausgabe zum DGPPN-Kongress 2023

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.



»Die Weltpolitik kommt in unsere Wartezimmer.«

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

Wie viele Krisen halten wir aus?

Liebe Kolleginnen und Kollegen, in diesem Jahr halten Sie wieder eine NeuroTransmitter-Ausgabe zum DGPPN-Kongress mit einem psychiatrischen Schwerpunkt in den Händen.

Das Thema des diesjährigen Kongresses „Ökologische Psychiatrie und Psychotherapie“ mag auf den ersten Blick stutzig machen. „Wir haben heute das Glück, mit neuen Forschungsmethoden die hochkomplexen Zusammenhänge der Ökosysteme und ihres Einflusses auf die psychische Gesundheit präzise analysieren zu können“, so Prof. Andreas Meyer-Lindenberg, Präsident der DGPPN, im Interview auf Seite 31 dieser Ausgabe. „Wir gehen mittlerweile von einem kausalen Zusammenhang zwischen Hitze und Aggressivität aus. (...) Generalisierte Ängste, Depressionen und erhöhte Suizidraten treten nach Extremwetterlagen und Naturkatastrophen ebenfalls vermehrt auf.“ Klimakrise, Hitze, Dürre, Naturkatastrophen und Luftverschmutzung sind Teil der ökologischen Gründe für psychische Belastungen. Prägend für die Umwelt und die realen Lebensumstände, in denen wir leben, sind aber auch aggressive Konflikte zwischen Staaten, Terroranschläge, Flucht und Vertreibung.

Wir erleben seit Beginn der COVID-19-Pandemie vor nun fast vier Jahren in den Praxen gefühlt einen exponentiellen Anstieg von Krisen. Die Flutkatastrophe an der Ahr ist nun gut zwei Jahre her, aber die Situation dort ist noch weit von „gut“ entfernt. Kriegerische Auseinandersetzungen, Migrationsbewegungen, Naturkatastrophen wie die verheerenden Erdbeben in der Türkei und in Afghanistan, die Flutkatastrophe in Libyen, die allgemeine Spannungssteigerung in der Weltpolitik bei einer gerade stattfindenden Neuordnung der globalen Machtverhältnisse, all das beschäftigt auch in Deutschland die Menschen, die wir in unseren Praxen behandeln – und damit beschäftigt und belastet es auch uns Psychiaterinnen und Psychiater. Die Weltpolitik kommt in unsere Wartezimmer.

Proteststimmung

Gleichzeitig befindet sich das deutsche Gesundheitswesen in einem enormen Umbruch. Wir Vertragsärztinnen und -ärzte befürchten nichts weniger als die Abschaffung der freiberuflichen Versorgungsebene. Anhaltende Proteste zeugen von einem Stimmungstief in der deutschen Ärzteschaft, die sich so vereint äußert wie lange nicht. Lesen Sie hierzu auch das Interview mit Dr. Sibylle Steiner, KBV-Vorständin, auf Seite 28.

Ihre Berufsverbände bestärken die KBV in ihrer Aktion #Praxenkollaps und sind unterstützende Verbände bei der Aktion „Praxis In Not“ des Virchowbundes.

Beteiligen Sie sich, wo immer Sie können, an regionalen Protestveranstaltungen und unterzeichnen Sie bitte die Petition im Rahmen der Aktion #Praxenkollaps: www.kbv.de/html/praxenkollaps.php (Link zur Onlinezeichnung vom Petitionsausschuss des Bundestags bei Redaktionsschluss noch nicht veröffentlicht).

In diesem Heft finden Sie zudem interessante Fortbildungsartikel zu psychiatrischen Folgen der COVID-19-Erkrankung, zur ambulanten Anwendung von intranasalem Esketamin mit Tipps für die Durchführung in der Praxis sowie unsere CME-Fortbildung zu „Antidepressiva-Kombinationen in der Akuttherapie der Depression“.

Außerdem wollen wir Sie erneut ermutigen und unterstützen, einen Antrag auf Weiterbildungsermächtigung in Ihrer Praxis zu stellen. Ein entsprechendes Beispielcurriculum und ein Erfahrungsbericht von BVDP-Vorstandsmitglied Dr. Christel Werner erleichtert Ihnen das Vorgehen. Wir sind davon überzeugt, dass auf diese Weise die erfolgreiche Suche nach einer Nachfolgerin oder einem Nachfolger besser gelingen wird. Nach unserer Auffassung wird auch in Zukunft die ambulante Weiterbildung sehr wahrscheinlich eine weitaus größere Rolle spielen als bisher, da die Krankenhauslandschaft sich unter politischen Druck stark verändern wird.

Kommen Sie gesund durch den Winter, sorgen Sie gut für sich, halten Sie Maß mit Ihren Kräften und bleiben Sie uns Verbänden gewogen!

Mit herzlichen Grüßen,

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

Wie viele Krisen halten wir aus?
Christa Roth-Sackenheim

Gesundheitspolitik

8 Gesundheitspolitische Nachrichten

— Klarstellung zu OTC-Arzneimitteln
— Zusatzpauschale bei Esketaminaspray
— Im ganzen Team auf den ZNS-Tagen
Christa Roth-Sackenheim, Elisa Pruckner

Aus den Verbänden

10 Erkrankte und Angehörige aktiv einbeziehen

Kehrtwende in der Verbandsstrategie
Christa Roth-Sackenheim

11 Für Sie auf dem DGPPN-Kongress

Christa Roth-Sackenheim

12 Sommerkongress in Rheinland-Pfalz

Wie bezahlen wir Weiterbildung?
Sven Klimpe, Klaus Sackenheim, Christel Werner

14 Nachgefragt bei Dr. Christel Werner

„Weiterbildung ist ein Schritt in unsere fachärztliche Zukunft“
Christa Roth-Sackenheim

15 Regelungen in Rheinland-Pfalz

Weiterbildungscurriculum für Psychiatrie
Christa Roth-Sackenheim

16 Mitglieder fragen, die Verbände antworten

Behandlung von Erkrankungen der Wirbelsäule

18 Nachruf auf Egbert Wienforth, BVDP-Landessprecher Nordrhein

Verlässlich, menschlich, lebenserfahren
BVDN Nordrhein, BVDN-Bund, BVDP

19 Wissensdatenbank drei Monate unverbindlich testen

Nachschlagewerk für die Hosentasche
Geschäftsstelle des BVDN, BDN und BVDP

20 Neuropsychiatrie in Bayern

Versorgung auf dem Land reicht nicht aus
Markus Weih

Rund um den Beruf

22 Regelungen zu Opt-Out und KI

Datenfluss aus der Praxis in die ePA
Andreas Meißner

= Dieser Beitrag ist ein Titelthema.



10 Kehrtwende in der Verbandsstrategie

Eine neue Strategie der Berufsverbände bei Protesten soll endlich für Veränderungen im Gesundheitssystem sorgen. Nachwuchsmangel, fehlende Anreize für die vertragsärztliche Tätigkeit und Wertschätzung sind nur einige der Punkte, welche die ambulante Versorgung in Deutschland gefährden. Um die Reichweite unserer Proteste zu verstärken, sollen jetzt auch Erkrankte und Angehörige ins Boot geholt werden.

Bitte aktualisieren Sie Ihre Mitgliedsdaten!

Sie haben eine neue Praxisadresse, neue Bankverbindung oder einen veränderten Mitgliedsstatus?

Nutzen Sie das Formular unter <https://s.zns-news.de/mitgliederdaten> oder nebenstehenden QR-Code um uns bequem darüber zu informieren.



Wie Sie uns erreichen

Verlagsredaktion:

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

Schriftleitung:

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

Aboservice:

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

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.

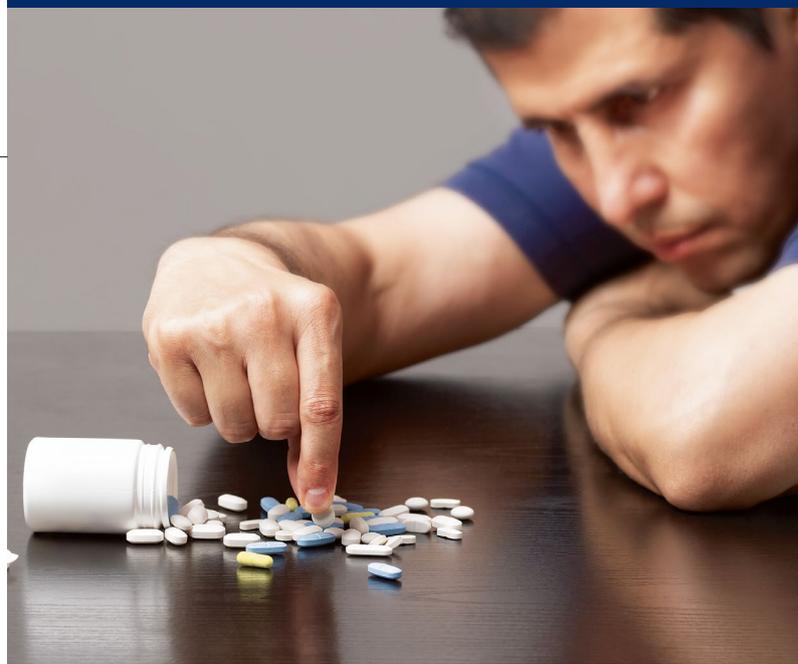
- 25 Erfahrung mit der KSVPsych-Richtlinie**
Elf Netzverbände nach einem Jahr
Christa Roth-Sackenheim
- 28 Nachgefragt bei Dr. Sibylle Steiner**
Niederlassung muss attraktive berufliche Option bleiben
Christa Roth-Sackenheim
- 31 Nachgefragt bei Prof. Dr. Andreas Meyer-Lindenberg**
„One Health“ – Klimakrise bedingt psychische Erkrankungen
Christa Roth-Sackenheim
- 35 Digitalisierung in der Therapie**
Videospreechstunde oder Präsenztermin?
Markus Batscheider
- 36 Vorteile und Probleme des Ehegattenvertretungsrechts**
In guten wie in schlechten Zeiten
Christa Roth-Sackenheim

Fortbildung

- 38 CME Psychische Störungen**
Antidepressivakombinationen in der Akuttherapie der Depression
Jonathan Henssler, Christopher Baethge
- 43 CME Fragebogen**
- 46 Nasenspray für Therapieresistenz oder Notfall**
Esketamin – Leitfaden für den Einsatz bei Depressionen
Christa Roth-Sackenheim
- 49 Post-COVID in der Psychiatrie**
Therapieren mit dem richtigen Tempo
Christa Roth-Sackenheim

Journal

- 58 PSYCHOPATHOLOGIE IN KUNST & LITERATUR**
Irrenhausbesuche in der Literatur um 1800 – Teil 1
Gerhard Köpf
- 62 NEUROTRANSMITTER-GALERIE**
Der Kreis im Viereck – Sipho Mabona – Teil 2
Angelika Otto
- 48 Kleinanzeigen**
- 54 Pharmaforum**
- 64 Termine**
- 65 Verbandsservice**
- 67 Impressum/Vorschau**

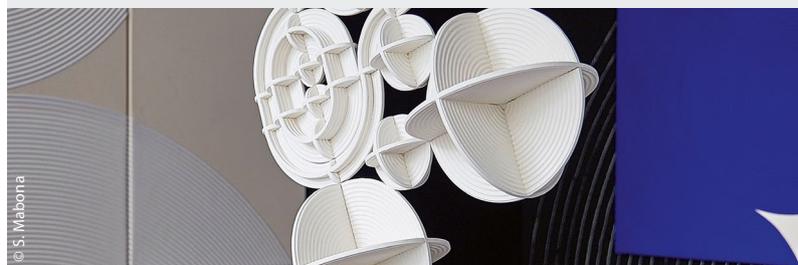


38 Antidepressivakombinationstherapie

Die Therapie der Depression ist von mehreren Faktoren abhängig und richtet sich nach Schweregrad, Verlauf, Komorbidität und schwierigen Therapiesituationen, wie Suizidalität. Die Antidepressivakombinationstherapie stellt nach aktueller Evidenzlage eine wirkungsvolle und verträgliche Behandlungsoption dar – sowohl bei unzureichendem Ansprechen auf eine antidepressive Monotherapie als auch als primäre Pharmakotherapie von Behandlungsbeginn an in der Akuttherapie der unipolaren Depression.

Medizin Report aktuell

In dieser Ausgabe finden Sie eine Sonderpublikation zum Thema „Patientenzentrierte MS-Therapie mit Natalizumab^a s.c.“ nach Seite 51.



Titelbild (Ausschnitt): Hermit on Trees of Rivers and Circles.
Lesen Sie mehr in der „Galerie“ auf Seite 62f.

Gesundheitspolitik

KLARSTELLUNG ZU OTC-ARZNEIMITTELN

Verschreibungspflichtige Packungsgrößen können wirtschaftlich sein

➔ Manche Arzneimittel werden bei gleicher Wirkstärke und gleichem Anwendungsgebiet sowohl in verschreibungspflichtigen Packungsgrößen als auch in kleineren, rezeptfreien sogenannten OTC-Packungsgrößen angeboten. OTC bedeutet „over the counter“, die Medikamente sind also rezeptfrei „über die Ladentheke“ hinweg erhältlich.

OTC in Neurologie und Psychiatrie

In OTC-Packungsgrößen werden in unseren Fachgebieten unter anderem triptanhaltige Arzneimittel verkauft. Dazu gehören zum Beispiel Naratriptan und Sumatriptan, die in niedrigster Dosierung und mit einer Packungsgröße von lediglich zwei Tabletten rezeptfrei zu erhalten sind.

Wenn wir als Fachärztinnen und Fachärzte Medikamente verschreiben, sollen wir in solchen Fällen meist aus Wirtschaftlichkeitsgründen auf diese OTC-Variante verweisen. Allerdings gibt es hiervon Ausnahmen. Das

hebt ein neuer Passus in § 12 der Arzneimittelrichtlinie hervor, den der G-BA am 22. September 2023 ergänzt hat. Darin wird klargestellt: Wenn es für eine „ausreichende Versorgung erforderlich ist“, können auch rezeptpflichtige Packungsgrößen wirtschaftlich sein.

Die Änderung tritt nach rechtlicher Prüfung durch das Bundesministerium für Gesundheit und Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Verschreibung bei Migräne

Auslöser der Ergänzung waren unter anderem Fragen unserer Verbände zur Versorgung mit triptanhaltigen Arzneimitteln. Es gibt diese Medikamente wie beschrieben sowohl in rezeptfreien, aber auch in rezeptpflichtigen Packungsgrößen. Wirkstärke und Anwendungsgebiet sind gleich, der Unterschied liegt einzig in der Zahl der enthaltenen Tabletten. Bei nur seltenen Migräneattacken sind die kleinen, rezept-

freien Packungsgrößen zweckmäßig und ausreichend, so der G-BA in seiner Beschlussbegründung. Treten die Migräneanfälle jedoch häufiger – zum Beispiel mehrmals im Monat – auf, ist in einer solchen Behandlungssituation die Verordnung einer rezeptpflichtigen Packungsgröße zulasten der GKV wirtschaftlich.

Kommentar: Wir raten Ihnen dringend dazu, den Behandlungsbedarf mit Triptanen bei einzelnen Patientinnen und Patienten eindeutig zu dokumentieren. Die in der Patientenakte dokumentierte Häufigkeit der Migräneattacken ist die Grundlage dafür, dass die rezeptpflichtige Packungsgröße wirtschaftlich verordnet werden kann. Dazu kann laut G-BA zum Beispiel ein Migränetagebuch von Patientin oder Patient zugrunde gelegt werden. Es genügt aber auch eine Dokumentation im Befund, beispielsweise „seit letzter Vorstellung zwei bis vier Migräneattacken im Monat mit bis zu 48 Stunden Dauer“.



Gesundheitspolitische Nachrichten kommentiert von

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

NEUE ZUSATZPAUSCHALE

Anwendung von Esketaminnasenspray jetzt ambulant möglich

➔ Bisher durfte Spravato® (Esketamin) nur stationär verabreicht werden – dies ist jetzt auch ambulant möglich. Zudem hat der G-BA am 21. September 2023 einen Beschluss zur Nutzenbewertung gefasst, in dem der Anwendung von Esketamin in Kombination mit einem Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) oder einem Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI) ein Zusatznutzen zugesprochen wird (www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/931/). Für die ambulante Nachbeobachtung der Patientinnen und Patienten nach der intranasalen Anwendung des Antidepressivums gibt es seit dem 1. Oktober 2023 eine Vergütung. Der Bewer-

tungsausschuss hat den EBM entsprechend angepasst.

Die neue GOP 01549 ist eine Zusatzpauschale für die Beobachtung von Patientinnen und Patienten nach der intranasalen Anwendung von Spravato® (Esketamin) über mindestens 40 Minuten (290 Punkte und 33,33 €). Die Vergütung erfolgt zunächst extrabudgetär. Die Entscheidung zur Verordnung des Sprays muss laut Fachinformation von einer Psychiaterin oder einem Psychiater getroffen werden. Die GOP 01549 kann daher nur von Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie berechnet werden.

Mehr Informationen zur Abrechnung finden Sie auch in einem Leitfaden auf den Seiten 46 bis 48 in dieser Ausgabe des NeuroTransmitters.

Ambulante Anwendung

Das Nasenspray wird in Kombination mit einem SSRI oder SNRI bei Erwachsenen mit therapieresistenter Major Depression genutzt. Diese Therapie wird angewendet, wenn die Betroffenen in der aktuellen mittelgradigen bis schweren depressiven Episode auf mindestens zwei unterschiedliche Therapien mit Antidepressiva nicht angesprochen haben oder deren depressive Symptome einem psychi-



atrischen Notfall entsprechen. Bisher war das Medikament nur bei einer Behandlung im Krankenhaus zugelassen.

Spravato® wird intranasal ein- bis zweimal wöchentlich angewendet. Die Applikation nehmen die Patientin oder der Patient selbst vor und das in der Arztpraxis unter der direkten Aufsicht von medizinischem Fachpersonal. Anschließend erfolgt eine Überwachung durch medizinisches Fachpersonal, da Sedierung, Dissoziationen und erhöhter Blutdruck auftreten können. Der Blutdruck

ist nach etwa 40 Minuten – sowie anschließend nach klinischem Ermessen – zu kontrollieren.

Kommentar: Die Anpassung des EBM für die ambulante Anwendung des Esketaminnasensprays in der Vertragsarztpraxis war notwendig. Wir empfehlen die Anwendung in der Praxis bei entsprechender Indikation. Seitens der Berufsverbände bieten wir seit Anfang des Jahres ständig Fortbildungen zur Anwendung des Akutantidepressivums an, sowohl online als auch im Rahmen der ZNS-Tage.

Die Vergütung der Nachbeobachtung mit 33,33€ für circa 60 Minuten fällt sicherlich nicht üppig aus. Im Vergleich zu längeren Nachbeobachtungszeiten im anästhesiologischen Bereich und insbesondere zur Nachbeobachtungszeit nach einer Fingolimodgabe bei Multipler Sklerose (35,74€ für mehr als zwei Stunden) ist der Betrag jedoch angemessen. Wir empfehlen, Patientinnen und Patienten, die das Nasenspray benötigen, gemeinsam einzubestellen und nachzubeobachten.

© feufoto / Fotolia

Frühbucherrabatt sichern

Mit dem ganzen Team zu den ZNS-Tagen 2024

Leitlinien und State-of-the-art – differenzierte Fachvorträge versprechen auf den ZNS-Tagen nächsten Jahres, aktuelles Wissen zu vermitteln. Der Neurologie- und Psychiatriekongress findet vom **29. Februar bis zum 2. März 2024** in Köln statt. Inzwischen stehen auch die Themen fest – sie widmen sich den verschiedenen Krankheitsbildern und Behandlungsangeboten: Parkinson, Multiple Sklerose, Demenz, Psychopharmakotherapie, Migräne, Medizinethik, Management von Krisensituationen, Psychose und Sucht, Resilienzförderung, zukunftsweisende Digi-

tale Gesundheitsanwendungen (DiGAs), künstliche Intelligenz in Neurologie und Psychiatrie sowie der KSVPsych-Richtlinie.

Rund 20 verschiedene **Workshops** bieten exzellente Weiterbildungsmöglichkeiten für Fachärztinnen und -ärzte der Psychiatrie und Neurologie. Die Themen der Workshops stehen nun fest und behandeln interessante Anwendungsbeispiele und Möglichkeiten zum Erfahrungsaustausch. Bei der Anmeldung können sie kostenfrei hinzugebucht werden.

Die Workshops reichen vom Changemanagement in der Praxis über Liquordiagnostik bis hin zu Tipps zum Schreiben von Gutachten sowie speziellen geriatrischen Themen.

Die Berufsverbände kümmern sich auch um den Nachwuchs. Im „**Crashkurs – Fit für den Facharzt Neurologie oder Psychiatrie**“ werden Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung auf die Facharztprüfung vorbereitet. Das Angebot ist im Ticket inklusive.

Mit dem **Frühbucherrabatt** können Sie sich unter www.zns-tage.de bis zum 5. Dezember 2023 anmelden und sparen.

Neues Format für MFA

Wir bieten auch Ihren MFA exzellente Weiterbildungsmöglichkeiten an. So können Sie gemeinsam mit Ihren Mitarbeitenden die ZNS-Tage besuchen. Die Angebote umfassen: Kommunikationstraining (Handling schwieriger Situationen), Überblick über wichtige Krankheitsbilder in Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Notfallkonzepte („Wie mit Notfällen umgehen“) sowie soziale und rechtliche Grundlagen.

Diese Fortbildungen vermitteln Ihren MFA ein gutes Grundlagenwissen. Damit steigern Sie die Selbstständigkeit und den Teamgeist Ihrer Mitarbeitenden. Auf den ZNS-Tagen bieten wir also Weiterbildung für die gesamte Praxis!

Elisa Pruckner, Berlin



Aus den Verbänden

Erkrankte und Angehörige aktiv einbeziehen

Kehrtwende in der Verbandsstrategie

Die Proteste der Ärzteschaft für eine bessere Versorgung sind noch lange nicht vorbei. Allerdings wurde in einem Beschluss nun eine neue Strategie festgelegt: Im Gegensatz zu bisher sollen Erkrankte und ihre Angehörigen aktiv mit in die Proteste einbezogen werden, um eine größere Reichweite zu erhalten.

Der BVDP hat in seiner letzten Vorstandssitzung am 25. August 2023 einen Beschluss zu Protestaktionen gefasst, der lange und intensiv diskutiert wurde. Er stellt eine Neuausrichtung der Verbandshaltung dar. Das ist ein Auszug aus dem Protokoll: „Wir wollen im Gegensatz zur bisherigen Praxis nun auch Patienten und Angehörige aktiv mit ins Boot nehmen.“ So sollen Proteste noch mehr Reichweite erhalten.

Als Ihre Berufsverbände setzen wir uns schon länger mit der aktuellen Protestwelle auseinander. So unterstützen wir die Aktionen #PraxenKollaps der KBV und „Praxis in Not“ des Virchowbundes. Auf diesen Webseiten erfahren

Sie mehr darüber: www.kbv.de/media/sp/2023-08-10_Finanzierungsverandlungen_Faktenblatt.pdf und www.praxisinnot.de. Die dort hinterlegten Faktenchecks können Ihnen in der Diskussion mit der Presse oder Ihren regionalen Mitgliedern des Bundestages helfen.

Der neue Beschluss stellt nun jedoch eine Kehrtwende in der gesundheitspolitischen Verbandsstrategie dar.

Woher kommt der Umschwung?

Bisher waren wir der Meinung, dass Berufspolitik die ureigenste Aufgabe der Verbände ist und wir selbst dafür verantwortlich sind, für eine bessere Versorgung für unsere Patientinnen und Pati-

enten zu kämpfen. Wir hielten es für eigenennützig und nicht statthaft, Erkrankte und Angehörige einzubeziehen. Aber wir müssen einsehen: Allein können wir mit der innerärztlichen Gremienkommunikation und in der Auseinandersetzung mit der Gesundheitspolitik nichts mehr erreichen. Die ambulante vertragsärztliche Versorgung ist aus vielen Gründen, die sich teils gegenseitig verstärken, so sehr gefährdet, dass es gemeinsamer Anstrengung bedarf. Wir müssen der Öffentlichkeit klar machen: Die Versorgung wie bisher können wir nicht aufrechterhalten. Gründe dafür sind Fachkräfte- und Nachwuchsman gel, fehlende Anreize für die Vertragsarzt tätigkeit, hohe Bürokratielast und nicht zuletzt fehlende Wertschätzung.

Was steht auf dem Spiel?

In Gefahr ist nicht weniger als die freiberufliche vertragsärztliche Versorgung. Warum ist das ein Wert an sich? Alle bekannten staatlich gelenkten Gesundheitssysteme sind im Vergleich zu unserem schlechter. Zudem ändert sich die medizinische Versorgung, sobald Interessen von Investoren im Spiel sind. Das hat die Medizin bereits bis in die Wurzeln der Weiterbildung hinein verändert. Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung lernen in manchen Kliniken nicht mehr, was medizinisch sinnvoll ist, sondern was die Wertschöpfung optimiert. Ganze Diagnostikabläufe und fallpauschalengetriggerte Therapieempfehlungen sind darauf ausgerichtet. Nicht über-



Demonstrationen in Würzburg für die freiberufliche Medizin in Deutschland

© K.-J. Hildenbrand / picture-alliance

Tab. 1: Entwicklung des Orientierungswertes (in %)

Festlegungsjahr	2019	2020	2021	2022	Gesamtentwicklung von 2019 bis 2022
Orientierungswert für ambulante Versorgung	1,52	1,3	1,3	2	6,2
Veränderungswert für Krankenhäuser	3,7	2,5	2,3	4,3	13,5
Grundlohnsumme	3,7	2,5	2,3	3,5	12,5
Verbraucherpreise	1,4	0,5	3,1	6,9	12,3
MFA-Tarifvertrag	3,3	2,6	6,6	3,4	16,7
Marburger Bund Tarifvertrag	2,5	2	2	3,4	10,2

Tab. 2: Ausgaben der GKV für die ambulante Versorgung (in Milliarden €)

	2019	2020	2021	2022	Veränderung von 2022 zu 2019
Beitragseinnahmen	232,0	236,5	248,7	261,3	12,6%
Einnahmen insgesamt	249,5	260,4	278,3	289,2	15,9%
Ärztliche/psychotherapeutische Behandlung	40,7	41,9	43,3	43,9	7,9%
Leistungen Krankenhaus	80,3	81,5	85,9	88,1	9,7%
Leistungsausgaben	239,5	248,9	263,4	274,2	14,5%

Quelle: Zi auf Basis von KJ1, Vertragsärztliche Abrechnungsdaten (Ärztliche/psychotherapeutische Behandlung; ohne spezifische COVID-19-Leistungen)

all natürlich, aber in einem Ausmaß, das Sorgen macht. Wenn die Bedingungen für inhabergeführte Vertragsarztpraxen weiterhin ausgehöhlt werden, rückt die Staatsmedizin schon durch mangelnden Nachwuchs in den Praxen immer näher.

Zwei Tabellen der KBV zeigen die Situation deutlich (**Tab. 1** und **Tab. 2**). Der Orientierungswert für ambulante Versorgung ist zwischen den Jahren 2019 und 2022 um 6,2% gestiegen, das ist weniger als die Hälfte des Veränderungs-

werts für Krankenhäuser, die Steigerung der Grundlohnsumme und die Verbraucherpreise insgesamt. Die Steigerung für MFA-Tarifverträge liegt bei 16,7%, der Tarifvertrag des Marburger Bundes für Klinikärztinnen und -ärzte hat eine Steigerungsrate von 10,2%.

Die Einnahmen der Krankenkassen stiegen um 15,9%. Der Anteil der Ausgaben für die ambulante vertragsärztliche Versorgung liegt bei knapp 15% (298 Milliarden€ Gesamteinnahmen und etwa 44 Milliarden€ Ausgaben im Jahr 2022). Ende 2022 verfügten dagegen die Krankenkassen über 10,4 Milliarden€ und der Gesundheitsfonds über 12 Milliarden€ an Reserven. Insgesamt ergeben sich somit 22,4 Milliarden€ als Reserve. So kann es also auf keinen Fall weitergehen – und um etwas zu ändern, brauchen wir Unterstützung.

AUTORIN

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim

Vorsitzende des BVDP
Breite Straße 63
56626 Andernach

c@dr-roth-sackenheim.de



Für Sie auf dem DGPPN-Kongress

Kommen Sie zum BVDP-Forum und der 23. Mitgliederversammlung auf dem DGPPN-Kongress! Die Veranstaltung findet am Freitag, den **1. Dezember 23** von **12:15–15:00 Uhr** im ICC Berlin in Raum M3 statt.

BVDP-Forum

Hier stellen wir Ihnen Abrechnungstipps für alle vor – auch für Nichtmitglieder. Das Forum findet von 12:15–13:30 Uhr statt, inklusi-

ve Imbiss. Die Themen sind: Wie rechne ich die nicht antragspflichtigen Psychotherapie-ziffern und die psychiatrischen Ziffern mit den Betreuungsziffern in Kombination ab? Wie führe ich meine Praxis gut und wirtschaftlich?

BVDP-Mitgliederversammlung

Im Anschluss daran, von 13:30–15:00 Uhr, finden (nur für Mitglieder) die BVDP-Mit-

gliederversammlung sowie die Vorstandswahl statt.

Kommen Sie gerne zum Gespräch zu uns, wir freuen uns auf Sie! Anmelden können Sie sich unter buchen.cortex-management.de/mvbvdp2023/.

Mit freundlichem Gruß im Namen des gesamten Vorstands,

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim



Sommertagung in Rheinland-Pfalz

Wie bezahlen wir Weiterbildung?

Auf dem Sommertagung der KV Rheinland-Pfalz waren BVDN, BDN und BVDP mit einem Stand vertreten. Dies machte es möglich, Teilnehmende auf die Vorteile einer Mitgliedschaft in den Berufsverbänden hinzuweisen und über Themen wie die Weiterbildung zu diskutieren.

Am 9. September 2023 fand der erste Sommertagung der KV Rheinland-Pfalz auf dem Gelände der KV statt. Obwohl sich die Themen mehr an hausärztlichen beziehungsweise allgemeinmedizinischen Schwerpunkten orientierten (Informationen zu Ultraschall, Angiologie, Diabetes), fanden auch Veranstaltungen zur Abrechnung, Hygiene und zum Terminservicestellenmanagement statt.

Zudem war es dem BVDN, BDN und BVDP möglich, mit einem Informationsstand präsent zu sein und für Fragen zur Berufspolitik aus den neuropsychiatrischen Fächern zur Verfügung zu stehen. Wir, der erste Vorsitzende des BVDN Rheinland-Pfalz, Dr. Klaus Sackenheim, und der zweite Vorsitzende, Dr. Sven Klimpe (auch Landessprecher des BDN) sowie die Beisitzerin des Bundesvorstandes BVDP, Dr. Christel Werner, waren vor Ort. Die Geschäftsstelle des BVDN hatte uns reichlich mit Informationsmaterial versorgt, das an

Kolleginnen und Kollegen aus unseren Fächern verteilt wurde. Wir sprachen mit vielen „Noch“-Nichtmitgliedern und wiesen auf die etlichen Vorteile der Mitgliedschaft hin. Außerdem tauschten wir uns intensiv mit der Leiterin der Abteilung Sicherstellung der KV Rheinland-Pfalz, Dr. jur. Nadja Moreno, zur Förderung der Weiterbildung aus. Wir diskutierten, ob und wie gewährleistet werden kann, dass die zehn für die neuropsychiatrischen Fächer vorgesehenen, förderungsfähigen Weiterbildungsstellen (siehe Beitrag im Newsletter des BVDN RLP von September 2023) auch tatsächlich von uns in Anspruch genommen werden können. Allerdings ergab sich noch nicht die Möglichkeit, dass wir künftig besseren Zugriff auf das Kontingent erhalten. Es wurde aber als notwendig angesehen, unsere Fächer ausreichend zu fördern.

Die Weiterbildungsstellen werden mit 5.400 € gefördert, zu je 50 % durch die Krankenkasse und die KV. Aktuell ist

der Fördertopf seitens der Krankenkassen für das Jahr 2023 ausgeschöpft, so dass nur eine Förderung mit der Hälfte des Budgets durch die KV stattfindet. Wir diskutierten auch darüber, dass die Ärzteschaft die Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt im System der KVen zum Großteil selbst finanziert (bis auf begrenzte zusätzlich Förderungen durch die Krankenkassen). Es könnte ein System analog zum Referendariat in Jura infrage kommen, in dem das Gehalt vom Staat bezahlt wird.

Leider war der Anteil an Besucherinnen und Besuchern aus unseren Fachgebieten bei insgesamt circa 400 Teilnehmenden sehr gering. Dennoch war die Präsenz der Verbände vor Ort sinnvoll. Wir hoffen, dass wir bei einer Wiederholung des Konzeptes auch mit inhaltlichen Vorträgen Präsenz zeigen können!

AUTOREN

Dr. med. Sven Klimpe

Landessprecher BDN Rheinland-Pfalz
2. Vorsitzender BVDN Rheinland-Pfalz
Ringstraße 6
55283 Nierstein

sven.klimpe@bvdn-rlp.de

Dr. med. Klaus Sackenheim

1. Vorsitzender BVDN Rheinland-Pfalz
Breite Straße 63
56626 Andernach

Vorstand@bvdn-rlp.de

Dr. med. Christel Werner

Beisitzerin Vorstand BVDP
Oggersheimer Straße 42
67112 Mutterstadt

Dr.Ch.Werner@t-online.de



Dr. Christel Werner, Dr. Sven Klimpe, Dr. Klaus Sackenheim (v.li.) auf dem Kongress

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Nachgefragt bei Dr. Christel Werner

„Weiterbildung ist ein Schritt in unsere fachärztliche Zukunft“

Dr. Christel Werner ist Vorstandsmitglied des BVDP-Bundesverbandes und des BVDN in Rheinland-Pfalz sowie in der dortigen Landesärztekammer. Sie setzt sich für die ambulante Weiterbildung ein und berichtet von ihren Erfahrungen mit ihrer Weiterbildungsassistentin.

? Liebe Christel, Du bist eine der Protagonistinnen der Förderung ambulanter Weiterbildung in der vertragsärztlichen Praxis. Was hat Dich dazu gebracht, so sehr an die Weiterbildung in der Praxis zu glauben?

Dr. Christel Werner: Wir können in unseren Praxen wesentliche Teile der Weiterbildungsordnung vermitteln. Wir haben ein großes Leistungsspektrum und decken Bereiche ab, die im stationären Rahmen nicht oder nur wenig erfasst werden, zum Beispiel ADHS mit Diagnostik und Behandlung, die Langzeitbehandlung von chronisch psychisch Kranken, Substitution und vieles mehr. Wir sehen Kranke im häuslichen Umfeld durch Hausbesuche und betreuen Heime.



© BVDP

„Für mich war die Zeit mit meiner Weiterbildungsassistentin eine Bereicherung.“ – Dr. Christel Werner

Die Motivation zur Weiterbildung war, unserem medizinischen Nachwuchs diese attraktive und sinnvolle Arbeit nahe zu bringen und Interesse an der ambulanten Versorgung zu wecken, auch im Hinblick auf meine eigene Praxisabgabe in der Zukunft.

? Wie war der Prozess für Dich, die Weiterbildungsantragstellung zu beantragen? Konntest Du das trotz einer vollen Praxis stemmen?

Werner: Der Prozess der Beantragung erschien mir am Anfang wie ein großer Berg. Ich hatte den Eindruck, von unüberschaubaren Formularen überschwemmt zu werden. Immer wieder habe ich die Beantragung vor mir hergeschoben. Tatsächlich damit befasst und auseinandergesetzt habe ich mich dann konsequent an einem Nachmittag und war mit allen Details nach zwei bis drei Stunden zu meinem eigenen Erstaunen durch.

Mittlerweile konnte der Prozess in Rheinland-Pfalz deutlich verschlankt werden. Für die Beantragung einer Weiterbildungszeit von einem Jahr gibt es eine verkürzte Antragsfassung, die nicht mehr als eine Stunde Zeit in Anspruch nimmt.

Erleichtert hat mir den Prozess mein Praxisprogramm, weil darin Statistiken zur Leistungserfassung und Diagnosestellung leicht darzustellen waren.

? Du bist in einer Praxisgemeinschaft in Mutterstadt bei Ludwigshafen am Rhein niedergelassen und hast zuvor lange Jahre eine Einzelpraxis betrieben. Inzwischen hast Du mehrjährige Erfahrung mit der Weiterbildung. Wie hast Du die Weiterbildung konkret umgesetzt?

Werner: Ich hatte im Jahr 2021 für zwölf Monate eine Weiterbildungsassistentin und im Januar 2024 beginnt bereits wieder ein Weiterbildungsassistent. Die Assistentin hatte schon mehrjährige psychiatrische Klinikserfahrung.

Zunächst hatte sie Zeit, den Ablauf in der Praxis zu verinnerlichen. Sie lernte die Anmeldung mit unserem Terminkalender und das Aufnahmeverfahren kennen, sodass sie insgesamt einen Überblick über die Praxisabläufe bekam. Mithilfe einer MFA stieg sie in die Bedienung unserer Praxissoftware ein. Im Anschluss daran begleitete sie mich in meinem alltäglichen Praxisablauf und war bei Patientengesprächen dabei, worüber wir uns danach austauschten. Dann erfolgte ein Rollenwechsel und sie übernahm Patienten, während ich im Hintergrund blieb. Alle Fälle wurden im Nachgang besprochen. Mehr und mehr übernahm sie selbstständig neue Patienten. In schwierigen Situationen rief sie mich dazu, ansonsten führten wir die Fallbesprechungen nach der Sprechstunde durch. Ähnlich erfolgte auch die Einarbeitung in den Heimen. Bei gutachterlichen Tätigkeiten begleitete sie mich ebenfalls.

? Wie viel Zeitaufwand musstest Du investieren?

Werner: Am Anfang, vor allem im ersten Monat, waren viele Rücksprachen, Einweisungen und Erklärungen notwendig, die auch Zeit brauchten. Mit jedem Monat wuchs jedoch die Erfahrung der Weiterbildungsassistentin, die schnell ihre Kenntnisse erweiterte, eine rasche Auffassungsgabe zeigte und sich gut in das gesamte Team integrierte. Gegen Ende gab es weiterhin

tägliche Rücksprachen, die aber deutlich weniger Zeit in Anspruch nahmen. Ich vermittelte ihr dann zunehmend die Basis kassenärztlicher Tätigkeit, Abrechnungsbedingungen und mehr. Sie war Teil des Praxisteams, war in Sitzungen dabei und angehalten, ihre Erfahrungen mit einzubringen und durch eigene Vorschläge die Prozesse zu verbessern.

? Wie hast Du die Zusammenarbeit mit den Weiterbildungskolleginnen und -kollegen erlebt?

Werner: Für mich war diese Zeit eine Bereicherung. Bei manchen Patienten profitierte auch ich von den gemeinsamen Besprechungen zu Krankheitsbildern und Medikationen. Ich reflektierte mein eigenes, bereits zur Gewohnheit gewordenes Therapie-regime. Bei schwierigen Krankheitsbildern

gab ich ihr Zeit zu Literaturrecherche und Leitlinienarbeit, die wir dann diskutierten.

? Welche Tipps hast Du für Kolleginnen und Kollegen, die sich für die Beantragung der Weiterbildungsermächtigung interessieren?

Werner: Nicht vor sich her schieben, sondern sich einmal einen Nachmittag reservieren und es in einem Stück durchziehen. Bei Fragen gibt es den Berufsverband und auch die Ärztekammern stehen hierfür zur Verfügung. Der Berufsverband stellt Mustercurricula ein, die sich auf die eigene Praxis umarbeiten lassen.

Nicht zu vergessen: Es gibt eine Förderung mit einer monatlichen Summe von derzeit 5.400€ pro Vollzeit-Weiterbildungsassistent. Dieser Betrag wird hälftig von der KV und den Krankenkassen getragen. Zu-

dem gewährt die KV Rheinland-Pfalz aktuell einen Zuschlag auf den bisherigen Leistungsumfang in Punkten von 35%, wenn man einen Weiterbildungsassistenten beschäftigt.

? Wie würdest Du Deine Erfahrungen mit ein paar kurzen Sätzen beschreiben?

Werner: Es ist ein Austausch mit der nächsten Generation in unserem Fachbereich. Ich empfand es als eine Bereicherung durch die Zusammenarbeit, konnte einen Blick über meinen eigenen Tellerrand hinauswerfen und meine Routinen hinterfragen. Weiterbildung ist ein Schritt in unsere fachärztliche Zukunft!

! Liebe Christel, vielen Dank für das Interview!

Regelungen in Rheinland-Pfalz

Weiterbildungscurriculum für Psychiatrie

Wenn eine Weiterbildungsassistentin oder ein -assistent anfängt, bedeutet das erst einmal eine Umstellung im Praxisalltag. Was bei der Weiterbildung speziell beachtet werden soll, können Sie dem Weiterbildungscurriculum entnehmen.

Bis zu 24 Monate im ambulanten Bereich können auf die Weiterbildungszeit laut der Weiterbildungsordnung Rheinland-Pfalz seit dem Jahr 2022 angerechnet werden.

Zu Beginn der Weiterbildung müssen allgemeine Fragen geklärt werden. Die weiterbildungsbefugte Person sollte sich mit ihrer genauen Facharztzeichnung sowie Zusatzbezeichnungen, besonderen Qualifikationen und Mitgliedschaften in Fachgesellschaften vorstellen. Es wird darüber beraten, wo die Weiterbildung stattfindet (Einzel- oder Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft). Wichtig ist, dass das gesamte psychiatrische ambulante Diagnosespektrum in der weiterbildenden Praxis abgedeckt wird. Dabei sollte eine bestimmte Anzahl an Patientinnen und Patienten pro Quartal durch die weiterbildungsberechtigte Person beziehungsweise durch die Gemeinschafts-

praxis oder Praxisgemeinschaft behandelt werden.

Es sollte darüber gesprochen werden, ob Altersheime betreut werden oder spezielle Hausbesuchskonstellationen existieren.

Zeitlicher Ablauf Einführungsphase

Zu Beginn steht eine einmonatige allgemeine Praxiseinweisung. Die Assistentin oder der Assistent wird mit den Mitarbeitenden und den allgemeinen Abläufen in der Praxis bekannt gemacht und erhält Einweisungen in das Computersystem inklusive der Dokumentation in der elektronischen Patientenakte.

Es werden die Terminvergabe, der elektronische Terminplan und die Wiedereinbestellung von Patientinnen und Patienten besprochen. Die Assistentin oder der Assistent wird in die Gebühren-

abrechnung und die Dokumentation der Anamnese sowie in die Behandlung psychiatrischer Patientinnen und Patienten, die Verordnung von Heilmitteln und die Laborrichtlinien eingeführt.

Nach der allgemeinen Praxiseinweisung begleitet die Assistentin oder der Assistent die Patientenkontakte, anfänglich beobachtend mit einer Anleitung zur Erhebung der Anamnese und des Befunds sowie zu den daraus folgenden diagnostischen und leitliniengerechten therapeutischen Maßnahmen und den Abrechnungsziffern.

Zunehmend erfolgt ein Rollenwechsel, indem Patientinnen und Patienten übernommen werden und nach dem Kontakt eine Besprechung stattfindet.

Endziel dieser Phase ist, selbstständig zu arbeiten. Dazu gehört, eine Anamnese und einen psychopathologischen Befund zu erheben, organische Ursachen



© Studio_East / stock.adobe.com

Weiterbildung ist auch eine Investition in die Zukunft der eigenen Praxis.

abzuklären und eine Diagnose mit Differenzialdiagnosen zu erstellen. Daran schließen sich die Einleitung einer Therapie oder eine weitere organische Abklärung an.

Vermittelt werden dabei die allgemeine und spezielle Psychopathologie, Entstehungsbedingungen, Verlaufsformen der Erkennung und Behandlung psychischer Erkrankungen und Störungen so-

wie Krankheitsverhütung, Früherkennung und Prävention. Weitere Themen sind die psychiatrisch-psychotherapeutische Gesprächsführung und Beziehungsgestaltung unter Berücksichtigung von Syndrom und Krankheitsstadium.

Außerdem bespricht und diskutiert die weiterbildungsbefugte Person mit ihren Assistenten die gebotene Wirtschaftlichkeit, Einhaltung gesetzlicher Vorgaben, Voraussetzungen für Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und die korrekte Abrechnung.

Eingeschränkt selbstständiges Arbeiten

Die zweite Phase dauert etwa drei bis neun Monate, je nach Vorkenntnis der Weiterbildungsassistentin oder des -assistenten. Es werden zunehmend ausgewählte Patientinnen und Patienten zur alleinigen Behandlung zugewiesen. Anfänglich erfolgt eine sofortige Rücksprache zum erhobenen Befund und geplanten weiteren Prozedere.

Kenntnisse der Pharmakotherapie, Arzneimittelsicherheit, Drugmonitoring, Erkennung und Verhütung unerwünschter Therapieeffekte, Probleme von Mehrfachverordnungen sowie Arzneimittelmisbrauch werden anhand der Patientenbesprechung übertragen.

Notfallbehandlungen versorgt die weiterbildende Person, die Assistentin oder der Assistent nimmt teil.

Indikationen zu stationären Akuteinweisungen oder Rehabilitationsmaßnahmen mit entsprechenden Kostenträgern sowie geplante stationäre Behandlungen werden vermittelt.

Suchtmedizinische Notfälle, Kriseninterventionen und mögliche Entzugs- und Substitutionsbehandlungen werden zunächst gemeinsam behandelt.

Besprochen werden auch in der Praxis eingesetzte psychodiagnostische Testverfahren.

Selbstständiges Arbeiten

Entsprechend dem Zugewinn an Kompetenz ist vermehrt eigenständiges Arbeiten mit regelmäßigen Rücksprachen möglich.

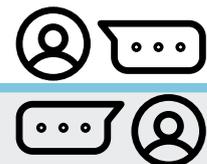
Arbeiten im Altersheim, bei Hausbesuchen oder in Wohngruppen

Diese Phase findet nur statt, wenn die Praxis es anbietet, also beispielsweise eine bestimmte Anzahl an Altersheimen versorgt und Hausbesuche bei dementen immobilen Patientinnen und Patienten mit gerontopsychiatrischen Fragestellungen leistet. Hier wird schrittweise eingearbeitet, zuerst in Begleitung. Je nach Ausbildungsstand kann das nach circa einem Jahr auf selbstständiges Agieren mit Rücksprache ausgeweitet werden.

Praxis- und Personalführung

Die Assistentin oder der Assistent nimmt an regelmäßigen Teamsitzungen teil, zum Beispiel circa sechswöchentlich, und lernt deren Organisation und Ablauf. Thematisch orientieren sich die Besprechungen an den Bedürfnissen der Mitarbeitenden und den im laufenden Praxisalltag auftretenden Problemen.

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim,
Andernach



Mitglieder fragen, die Verbände antworten

Behandlung von Erkrankungen der Wirbelsäule

Abrechnungsfähigkeit der GOP 16232?

Bei den EBM-Seminaren entbrannte eine Diskussion um die Abrechnungsfähigkeit der GOP 16232 (Diagnostik und/oder Behandlung von Erkrankungen der Wirbelsäule bei Jugendlichen und Erwachsenen). Die Frage stellte sich, wer die GOP abrechnen kann.

Die Antwort der Verbände:

Das Kapitel 16 beschreibt neurologische sowie neurochirurgische GOPs. Die Legende zur GOP 16232 beschreibt als obligate Leistungsinhalte mindestens zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte, eine Diagnostik und/oder Therapie von Erkrankungen der

Wirbelsäule und/oder eine segmentale Funktions- und Differenzialdiagnostik.

Abrechnungsausschlüsse finden sich dort nicht, wohl aber in der Präambel zum Kapitel 16: Dort ist vermerkt, dass die GOP 16232 nur von Fachärztinnen und Fachärzten für Neurochirurgie berechnungsfähig ist.

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.

Nachruf auf Egbert Wienforth, BVDP-Landessprecher Nordrhein

Verlässlich, menschlich, lebenserfahren

Egbert Wienforth verstarb plötzlich im Alter von 67 Jahren. Wir erinnern uns an seine Leistungen als Psychiater sowie in der Berufspolitik und vermissen ihn als Kollegen und Freund.



© U. Meier

Egbert Wienforth moderierte bis 2021 die BVDN-Delegiertentreffen, bei denen wir ihn wegen seines Sachverstandes und seines Charakters sehr geschätzt haben.



© U. Meier

Als Kollege und Freund bleibt er uns in Erinnerung und unsere Gedanken sind bei seiner Familie.

Am 20. September 2023 erreichte uns die traurige Nachricht, dass Egbert Wienforth plötzlich und unerwartet im Alter von 67 Jahren verstorben ist. Er war sechs Jahre lang psychiatrischer Co-Vorsitzender des BVDN Nordrhein und dort bis zuletzt BVDP-Landessprecher. Die Position als Schatzmeister im geschäftsführenden Vorstand des BVDP hatte er in den letzten beiden Jahren inne. Lange Zeit hat er als Moderator die Länderdelegiertenversammlungen geleitet und war so vielen Fachkolleginnen und -kollegen aus allen Bundesländern gut bekannt.

Wir sind sehr erschüttert über die plötzliche Todesnachricht und können uns noch gar nicht vorstellen, dass er bei unseren kommenden Treffen nicht mehr dabei sein wird. Der Verlust wird dann noch einmal besonders spürbar sein.

Er liebte seine Familie und ging in seiner Arbeit als Psychiater in einer großen überörtlichen BAG, in der Berufspolitik und in den Gremien der KV Nordrhein auf. Wir haben ihn, seine Haltung und Persönlichkeit sowie sein unverwechselbares Auftreten nicht zuletzt als Moderator der BVDN-Delegiertentreffen sehr gemocht. Er war ein verlässlicher, menschenfreundlicher sowie lebenserfahrener, pragmatischer und überaus konstruktiver berufspolitischer Weggefährte, der über die Jahre zum geschätzten Freund geworden war. Wir werden ihn als Mensch vermissen, oft von ihm sprechen und ihm ein ehrendes und wertschätzendes Andenken bewahren. Sein Sachverstand wird uns fehlen. Unsere Gedanken sind bei seiner Familie.

Für den BVDN Nordrhein: Dr. med. Doris Augustin-Reuss und Prof. Dr. med. Gereon Nelles. Für den BVDN-Bund: Dr. med. Sabine Köhler und Dr. med. Klaus Gehring. Für den BVDP: Dr. med. Christa Roth-Sackenheim

Wissensdatenbank drei Monate unverbindlich testen

Nachschlagewerk für die Hosentasche

Mitglieder der neuropsychiatrischen Berufsverbände können nun kostenlos das Nachschlagewerk von AMBOSS testen. Die digitale Wissensplattform unterstützt Ihren ärztlichen Alltag mit leitliniengerechten Behandlungsempfehlungen, Arzneimitteldaten sowie umfangreichen Fortbildungsmöglichkeiten.

Vor über zehn Jahren gegründet, wird die medizinische Wissensdatenbank von AMBOSS mittlerweile von 80.000 Praktizierenden in Deutschland tagtäglich zur Absicherung von Behandlungsentscheidungen genutzt. Als evidenzbasiertes Nachschlagewerk für die Hosentasche bietet die Datenbank fachübergreifende Informationen genau dort, wo sie benötigt werden: im Praxis- und Stationsalltag, in der Diagnostik und bei der Medikamentenverschreibung. Am Computer oder über das Smartphone per App an behandlungsrelevantes Wissen zu kommen, dauert nur wenige Sekunden – wertvolle Zeit, die in kritischen Situationen Leben retten kann.

Zahlreiche Kliniken stellen ihren Ärztinnen und Ärzten AMBOSS kostenfrei zur Verfügung. Wenn Sie es bisher noch nicht nutzen, aber ausprobieren möch-

ten, können Sie die Datenbank mit unserem exklusiven Angebot für Mitglieder des BDN, BVDP und BVDN jetzt unverbindlich testen.

Drei Monate kostenfrei

Bis zum **6. Dezember 2023** erhalten Sie die Möglichkeit, **alle Inhalte der Datenbank mit einem kostenfreien Zugang im Wert von 88 € für drei Monate** auf Herz und Nieren zu prüfen. Im Angebot enthalten sind eine Einführung in die Plattform per Videotelefonat mit einem Supportmitarbeitenden (begrenzte Terminverfügbarkeit) sowie ein Telefonsupport während des Testzeitraums.

Nach drei Monaten endet die Testphase automatisch, eine Kündigung ist nicht nötig. Im Anschluss erhalten Sie zusätzlich einen Berufsverbandmitgliederrabatt von rund 25 % auf das erste Jahresabo (149 € statt 198 €).

Mitgliedervorteil nutzen!

Auf go.amboss.com/neurotransmitter erhalten Sie mehr Informationen über die Wissensinhalte in AMBOSS und die Anmeldung.

Oder scannen Sie einfach den nebenstehenden QR-Code:



Der Rabattcode ist im Mitgliederbereich von BDN, BVDN oder BVDP abrufbar.

AMBOSS unterstützt Ihren ärztlichen Alltag durch viele Funktionen:

- jederzeit leitliniengerechte Therapieempfehlungen, Behandlungsalternativen und Differenzialdiagnosen zur Hand haben,
- schneller Medikamenten- und Dosierungsinformationen der ifap einsehen (auf dem Handy oder am Computer),
- Flussdiagramme und Illustrationen zur Veranschaulichung nutzen – zum Beispiel zu Themen wie Multiple Sklerose, Parkinson, Wirkmechanismen von Antidepressiva oder Serotonerges Syndrom,
- Leitlinienupdates in deutscher Sprache erhalten sowie
- mit Onlinefortbildungen und im Selbststudium CME-Punkte sammeln.

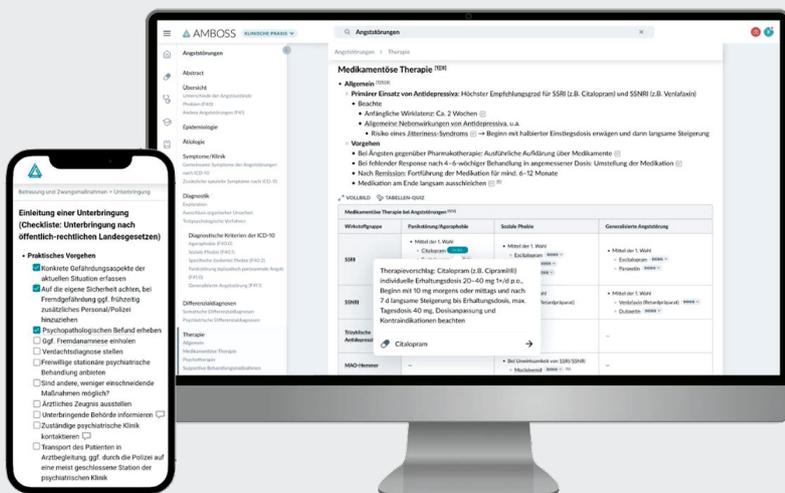
ANSPRECHPARTNER

Geschäftsstelle des BVDN, BDN und BVDP

Wulffstraße 8, 12165 Berlin

info@bvdn.de

Tel.: 030 94878310



AMBOSS-Kapitel „Angststörungen“

Neuropsychiatrie in Bayern

Versorgung auf dem Land reicht nicht aus

In einem Versorgungsatlas stellt die KV in Bayern regelmäßig Zahlen zur ambulanten Versorgung zusammen. Dabei ergeben sich bekannte Strukturen: Auf dem Land ist die Versorgung unzureichend, außerdem droht ein Mangel durch in den Ruhestand gehende Ärztinnen und Ärzte.

Die KV Bayerns (KVB) ist wie jede andere Landes-KV nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot dafür verantwortlich, die ärztliche Versorgung wohnortnah, ausreichend und zweckmäßig zu garantieren. Dazu stellt sie die ambulante ärztliche Versorgung in Bayern regelmäßig in einem Versorgungsatlas zusammen. Darin sind alle hausärztlichen Gruppen und auch Fachärztinnen und -ärzte inklusive ihrer Bereiche erfasst. Des Weiteren wird auf die regionalen Besonderheiten, die Altersstruktur der Behandelnden, die Geschlechterverteilung sowie auf Maßstäbe von Über- und Unterversorgung gemäß

der Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA eingegangen.

Bayern hat etwa 13 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner. Es ist in die Regionen Oberbayern, Ober-, Mittel- und Unterfranken, Oberpfalz, Niederbayern sowie Schwaben eingeteilt. Hieraus resultieren sich 79 Planungsbereiche, die den Stadt- und Landkreisen sowie Kreisregionen entsprechen [1].

Ein Kriterium, um die Versorgung in diesen Kreisen und Regionen zu bewerten, ist das Verhältnis von Behandelnden zu Einwohnerinnen und Einwohnern, aus dem sich eine allgemeine Verhältniszahl ergibt. Wird diese Zahl für ver-

schiedene städtische und ländliche Gebiete betrachtet, verdeutlichen sich teils große Unterschiede: In einigen Regionen liegt sie bei 13.455 Einwohnerinnen und Einwohnern pro Ärztin beziehungsweise Arzt, was bedeutet, dass die Region stark mitversorgend für andere Bereiche ist. In anderen Gegenden liegt sie bei bis zu 24.774, in diesem Fall wird die Region stark von anderen Gebieten mitversorgt. Es ergibt sich das auch in anderen Fächern typische Muster: Große Städte wie München, Erlangen-Nürnberg, Ingolstadt, Regensburg, Augsburg und Würzburg sind stark mitversorgend, das Umland wird mitversorgt.



Ländliche Gebiete werden oft stark von größeren Städten mitversorgt, weil die Zahl der Ärztinnen und Ärzte in diesen Gegenden zu niedrig ist.

Aus dem aktuellen Arzt-Einwohner-Verhältnis und dem Soll-Niveau dieses Verhältnisses berechnen die jeweiligen Landesausschüsse den Versorgungsgrad einer Region. Dieser Grad ist mit 53,21 % im Landkreis Rhön-Grabfeld mit 80.000 Einwohnerinnen und Einwohnern am niedrigsten. Dort gibt es einen Nervenarzt, drei Neurologen und keine Psychiaterin beziehungsweise keinen Psychiater. Der höchste Versorgungsgrad findet sich überraschend im Stadtkreis Fürth mit 190 %. Ansässig sind dort drei Behandelnde der Nervenheilkunde, zehn der Neurologie und zwei der Psychiatrie für circa 130.000 Einwohnerinnen und Einwohner.

Unser Fachgebiet zählt zur „Allgemeinen ärztlichen Versorgung“ und ist im Versorgungsatlas unter „Nervenärzte“ zu finden, umfasst aber auch die reine Neurologie und Psychiatrie. Wird die Zahl der Behandelnden in einer Region untersucht, gibt es Unterschiede zwischen der Zählung nach Anrechnung in der Bedarfsplanung, wobei auch eine anteilige Berücksichtigung (z. B. bei Teilzeit) möglich ist, und der Personenzählung unabhängig vom Tätigkeitsumfang.

Aus der aktuellen Version des Atlas [2] geht hervor, dass in Bayern 811 Personen aus unserer Berufsgruppe nach Anrechnung der Bedarfsplanung gezählt wurden. Insgesamt gibt es 1.056 Kolleginnen und Kollegen. Wegen zunehmender Teilzeitzulassungen sind das circa 300 Personen mehr als es zulassungsfähige Sitze gibt (circa 750). Das Durchschnittsalter liegt bei 54,3 Jahren. Dabei sind 32 % älter als 60 Jahre. 46 % sind weiblich, 54 % männlich. 287 Kolleginnen und Kollegen (27 %) sind in der Nervenheilkunde tätig, 423 (40 %) in der Neurologie und 348 (33 %) in der Psychiatrie. Behandelnde der reinen Neurologie und reinen Psychiatrie haben häufiger Teilzeitsitze. Nervenärztinnen und -ärzte oder Doppelfachärztinnen und -ärzte für Neurologie und Psychiatrie arbeiten überwiegend auf Vollzeitzulassungen. Das Durchschnittsalter in der Nervenheilkunde ist mit 60,5 Jahren am höchsten, das in der Neurologie mit 50,0 am geringsten. Der Frauenanteil ist in der Psychiatrie mit 57 % am höchsten. Als Vergleich kann zum Beispiel die Urologie herangezogen werden. Diese Fach-

gruppe ist mit 434 Personen deutlich kleiner. Gigantisch wirkt dagegen die Gruppe der Psychotherapie, die über 6.000 Personen umfasst.

Honorar

Der Honorarumsatz wird über den Honorarverteilungsmaßstab (HVM, mit festen Fachgruppentöpfen) als morbiditätsbedingte Gesamtvergütung auf Basis der mit den Krankenkassen vereinbarten Behandlungsbedarfe geregelt [3]. Grundlage sind die Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung [4]. Die kalkulatorischen Regelleistungsvolumen beziehungsweise qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen-Fallwerte (RLV/QZV) liegen im Jahr 2023 bei etwa 55 € für Nervenheilkunde und Psychiatrie sowie 42 € für die Neurologie [5]. Die ausbezahlten Werte sind mit circa 80 € (Neurologie und Nervenheilkunde) bis 105 € (Psychiatrie) deutlich höher.

Die COVID-19-Pandemie hat natürlich auch unsere Honorarverteilungen durcheinandergebracht. Das war nicht immer ein Nachteil, manchmal wurden die Auszahlungsquoten höher. Außerdem gab es das ganze Jahr 2020 hindurch Sonderzulagen.

Der Anteil des Honorars, der über die MGW-Leistungen ausgeschüttet wird, schrumpft dabei für die Nervenheilkunde kontinuierlich, während er für die Psychiatrie eher langsam anwächst. Für die Neurologie bleibt er ungefähr gleich.

In allen drei Fachgruppen gewinnen seit Jahren die extrabudgetären Konstellationen aufgrund des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) an Bedeutung. Mit dem Finanzstabilisierungsgesetz der gesetzlichen Krankenkassen wurde im Jahr 2023 die für die Fachmedizin wichtige Neupatientenregelung wieder abgeschafft. Damit bleiben aktuell der Terminservicestellen(TSS)-Akutfall, der TSS-Terminfall, die hausärztliche Terminvermittlung mit fachärztlicher Weiterbehandlung und die offene Sprechstunde übrig.

Der bayerische Berufsverband pflegt ein kollegiales Verhältnis zum KVB-Vorstand. Regelmäßig finden Gespräche mit zuständigen KVB-Referaten zu aktuellen Entwicklungen statt. Dabei gehen wir stets auf spezifische Herausforderungen unserer Fachgruppen ein.

Zuletzt mit Spannung erwartet wurde der Vergleich der Quartale I/2022 bis I/2023. Naturgemäß nimmt der Anteil der in den Ruhestand gehenden Nervenärztinnen und -ärzte zugunsten der Neurologie zu, während sich kaum Psychiaterinnen und Psychiater niederlassen. Leider ist der Fallwert für die Nervenheilkunde und Neurologie etwas gesunken. In der Psychiatrie ist er leicht gestiegen. Beim Honorarumsatz konnten alle drei Fachgruppen leicht zulegen. Gründe könnten das Ausschöpfen der offenen Sprechstunde oder die Rückbereinigung alter RLV-Summen für unseren Fachgruppentopf sein.

Wesentliche Honorarverbesserungen sind im Dialog mit der KVB nicht zu erwarten. Dafür gibt es zu viele bundeseinheitliche Regelungen wie das TSVG und sonstige Unwägbarkeiten. Mit Spannung kann daher mittelfristig eine Reform des EBM erwartet werden, die eher das Potenzial einer günstigen Entwicklung für unsere Honorare vor allem in der Neurologie hat.

Literatur

1. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung, BBSR
2. Versorgungsatlas Bayern. 2023. www.kvb.de/ueber-uns/versorgungsatlas (Zugriff am 25.8.2023)
3. Honorarverteilung. www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar (Zugriff am 25.8.2023)
4. KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung. www.kbv.de/html/2753.php (Zugriff am 25.8.2023)
5. KVB Übersicht Kalkulatorische Fallwerte. www.kvb.de/fileadmin/kvb/Mitglieder/Abrechnung/Honorar/Kalkulatorische-Fallwerte-DS/KVB-Uebersicht-Kalkulatorische-Fallwerte-RLV-QZV-2023.pdf (Zugriff am 25.8.2023)

AUTOR

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

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

markus.weih@gmx.de



Rund um den Beruf

Regelungen zu Opt-Out und KI

Datenfluss aus der Praxis in die ePA

Die ePA wird zukünftig automatisch bereitgestellt werden. Dies betrifft gesetzlich wie privat Versicherte, Pflichten zur Datenübermittlung für Behandelnde kommen hinzu. Der Gesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach spricht bereits davon, Praxisgespräche KI-gestützt in Form von strukturierten Daten weiterzuleiten. Wie sind die geplanten Änderungen und Visionen einzuordnen?

Unangenehme Nachrichten zur Telematikinfrastruktur (TI) und der elektronischen Patientenakte (ePA) mag niemand mehr hören. Der Anschluss an die TI ist in den meisten Praxen erfolgt und somit der Honorarabzug vermieden, jetzt muss damit wohl gelebt und gearbeitet werden. Doch dies wird bekanntermaßen allein schon behindert durch Mehraufwand bei E-Rezept und elektronischer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU), durch häufige

Updates und überforderte Hotlines, durch unnötigen Konnektortausch und unzureichende Pauschalen.

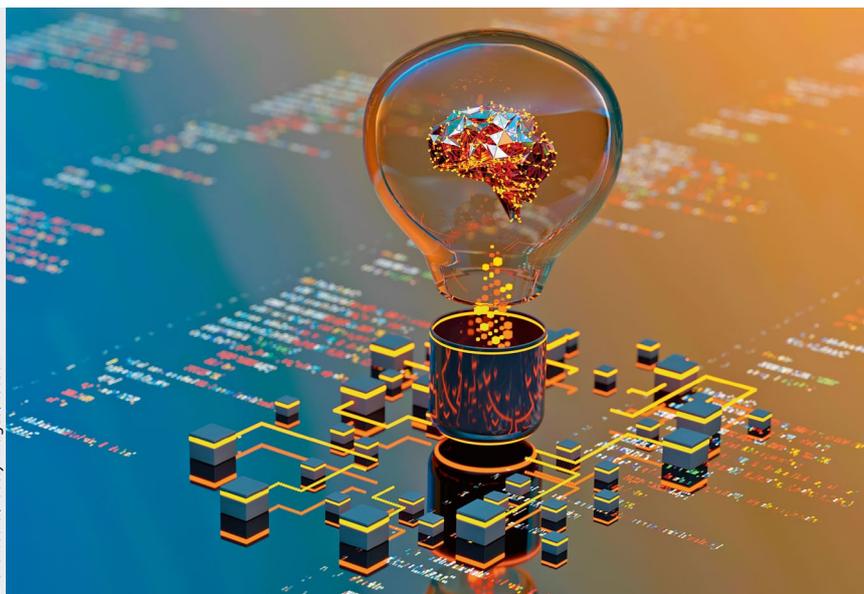
Gegen Jahresende steht nun die Verabschiedung zweier neuer Gesetze an, die wieder für unangenehme Nachrichten sorgen. Die Einzelheiten, siehe **Neue Gesetze zur elektronischen Patientenakte**, sind komplex und nicht leicht zu erfassen. Im Zentrum steht die Einführung der Opt-Out-ePA durch das Digitalgesetz, ein „Gesetz zur Beschleunigung

der Digitalisierung des Gesundheitswesens“. Das heißt, jede Bürgerin und jeder Bürger erhält automatisch, somit auch ab Geburt sowie bei Zuzug, eine E-Akte und muss gegebenenfalls aktiv widersprechen. Dies betrifft auch Privatversicherte, falls deren Versicherung eine ePA innerhalb der TI anbietet. Eine Pflicht hierfür besteht für die privaten Krankenversicherungen nicht, im Gegensatz zu den gesetzlichen, die eine ePA seit dem Jahr 2021 anbieten müssen.

Zusätzliche Opt-Out-Regelungen, aber auch Pflichten für Behandelnde werden eingeführt, etwa zur Befüllung der ePA. Dazu ist zuerst der Medikationsplan zu erstellen, zu speichern und gegebenenfalls zu aktualisieren, es sei denn, Patientinnen und Patienten hätten dem ärztlichen Zugriff auf die ePA widersprochen. Sie darf dann weder gelesen noch befüllt werden. Weitere Datensätze, sogenannte „Medizinische Informationsobjekte“ werden folgen. Außerdem müssen laut Geszentwurf zukünftig Praxisdaten in interoperabler Form übermittelt werden, wenn Versicherte das verlangen. Bei Nichtbefolgung kann es zu Geldbußen kommen.

Bundestagspetition zu Opt-Out

Begründet wird die Einführung der Opt-Out-ePA damit, dass bisher nur etwa 1 % der gesetzlich Versicherten aktiv eine ePA beantragt haben. Das Verfahren sei zu kompliziert. In den Praxen jedoch fragen Patientinnen und Patien-



© Olemedia / Getty Images / iStock

Durch die Opt-Out-Regelung sollen zu Forschungszwecken mehr Daten aus der Patientenakte gesammelt werden. Auch die Nutzung von KI steht im Gespräch.

ten selten nach der E-Akte. Das Interesse ist gering, zudem ist das Thema bisher öffentlich kaum diskutiert worden. Auch erscheint es möglich, dass bereits ein gewisser Sättigungsgrad an Bildschirm- und Technikverwendung erreicht ist. Eine aktuelle Studie etwa beschreibt hierzu verstärkt auftretende „emotionale Erschöpfungseffekte durch digitale Medien“, weshalb ihre Nutzung von hoher Ambivalenz geprägt sei [1].

Bei einer kürzlich erfolgten Anhörung im Petitionsausschuss des Bundestages zur Einführung der Opt-Out-ePA bestritt etwa der junge SPD-Abgeordnete Matthias Mieves eine dabei fehlende Freiwilligkeit, die von der Petentin, der Allgemeinärztin und Notfallmedizinerin Dr. Simone Connearn, angeführt worden war. Auch sei, so Mieves, die Akzeptanz bei ähnlichen Projekten im Ausland hoch. Allerdings ist es kaum als freiwillig zu bezeichnen, wenn eine Serverakte automatisch zur Verfügung gestellt und hieraus dann – ebenso automatisch – sensible Daten ausgeleitet werden, wie der Autor dieser Zeilen als Begleitperson der Petentin anmerkte. Eine ungefragt erhaltene Amazonlieferung ohne vorherige Bestellung wäre zumindest kaum als freiwillig zu bezeichnen, selbst wenn sie dann zurückgeschickt werden könnte. Bei der ebenso sensiblen Frage der Organspende hatte der Bundestag vor einigen Jahren noch von einer Widerspruchslösung abgesehen. Die Akzeptanz der ePA wiederum wird indirekt auch hierzulande gegeben sein, denn vermutlich werden nur wenige Versicherte der ePA widersprechen, aus Überforderung im Alltag heraus, aus Gleichgültigkeit oder aus Furcht, dann Nachteile in der Behandlung zu erleiden, was laut Gesetzentwurf eigentlich vermieden werden soll.

In der Anhörung übten indes auch Abgeordnete Kritik, etwa von Seiten der Linken oder AfD. Auch Simone Borhardt, die Vertreterin der CDU, hielt dem anwesenden Staatssekretär aus dem Bundesgesundheitsministerium

Neue Gesetze zur ePA

Digitalgesetz

- Automatische Bereitstellung einer ePA ab Geburt sowie bei Zuzug (Opt-out) ab dem Jahr 2025, Widerspruch ist möglich
- Automatischer Zugriff auf die ePA durch Behandelnde, Widerspruch ist möglich, die ePA darf dann weder gelesen noch befüllt werden
- Grundsätzlich bestehende Pflicht zur Befüllung der ePA durch Behandelnde, Widerspruch für sie nicht möglich. Ziel laut Gesetzentwurf: „vollumfängliche, weitestgehend automatisiert laufende Befüllung der ePA mit strukturierten Daten“
- Automatische Weiterleitung der (nicht Ende-zu-Ende verschlüsselten) Daten aus dem E-Rezeptfachdienst in die ePA, Widerspruch ist möglich
- Automatische Bereitstellung einer ePA (Opt-out) auch für Privatversicherte, soweit von privaten Krankenversicherungen innerhalb der TI angeboten
- Pflicht der Praxen auf Übermittlung von Daten in interoperablen Formaten bei Anforderung durch Versicherte, Geldbußen bei Nichtbefolgung sind möglich
- Einverständnis von BSI und Bundesdatenschutzbeauftragtem nicht mehr notwendig
- Umstellung der ePA von einer „dokumentenbasierten und Ende-zu-Ende verschlüsselten Lösung hin zu einer dynamischen, datenbasierten und serverseitigen Lösung“

Gesundheitsdatennutzungsgesetz

- Automatische Weiterleitung der Daten pseudonymisiert aus der ePA an das Forschungsdatenzentrum, Widerspruch ist möglich
- Verknüpfung von pseudonymisierten Daten des Forschungsdatenzentrums mit pseudonymisierten Daten der Krebsregister der Bundesländer nach Antrag und Genehmigung
- Einführung einer Schweigepflicht für Forschende als Datennutzende, nicht jedoch eines Beschlagnahmenschutzes oder Zeugnisverweigerungsrechts
- Pflicht zur Veröffentlichung der jeweiligen Forschungsergebnisse
- Möglichkeit für datengestützte Auswertungen durch die Krankenkassen mit Hinweisen an Versicherte, wenn die Auswertung der Erkennung von seltenen oder Krebserkrankungen oder der Erkennung gefährlicher Auswirkungen von Medikamentenverordnungen dient

(BMG) etliche Mängel des TI-Projektes vor, wie den umständlichen Umgang damit, fehlenden Support, hohe Kosten, mangelnden Nutzen und die Überforderung älterer Menschen. Das Ministerium verwies dagegen auf die erhoffte Verhinderung von Doppeluntersuchungen und Wechselwirkungen, auch wenn erstere oft vielfältige Gründe haben, und letztere längst durch entsprechende Datenbanken verhindert werden können.

Weniger Sicherheit – zu aufwändig und komplex

Warum nun jedoch laut Gesetzentwurf des BMG das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) und der Bundesdatenschutzbeauftragte nur noch ins „Benehmen“ gesetzt werden sollen, somit also nur noch informiert

werden müssen, ohne die Notwendigkeit eines „Einvernehmens“, konnte aktuell von Seiten des BMG nicht beantwortet werden. In Datenschutzkreisen wird diese Frage freilich schon länger diskutiert, da ein Rückschritt bei der Datensicherheit zu befürchten ist. Im Gesetzentwurf heißt es, dass „entsprechende Konformitätsprogramme nicht für alle erforderlichen Prüfungen der Informationssicherheit verfügbar sind“. Zudem könnten „die für die TI notwendigen Gesamtprüfungen von komplexen Gesamtsystemen aufgrund normbedingter methodischer Grenzen auch nicht mit vertretbarem Aufwand erstellt werden“. Daher solle „der bisherige Vorrang von Sicherheitszertifizierungen aufgehoben und durch die Vorgabe ersetzt werden, dass die Gesamtkonformitätsprüfungen mit Bezug zur

IT-Sicherheit im Benehmen mit dem BSI festlegt“ [2]. Aufwand, Komplexität und methodische Grenzen scheinen hier also zur Rücknahme von Sicherheitsvorschriften zu führen.

Genauer zu klären und zu erläutern wäre ebenso, was konkret daraus folgt, wenn – wie vorgesehen – eine „Umstellung der ePA von einer statischen, dokumentenbasierten und Ende-zu-Endeerschlüsselten Lösung hin zu einer dynamischen, datenbasierten und serverseitigen Lösung“ erfolgen soll, was notwendig sei, „um von den Vorteilen und Möglichkeiten neuer Technologien wie FHIR Gebrauch zu machen“ [3]. Das ist eine international angewandte Technik, die den Datenaustausch zwischen Softwaresystemen im Gesundheitswesen – und somit die Interoperabilität – unterstützen soll. Einzelne werden den hierbei erfolgenden Fluss von inhaltlichen Daten und übergeordneten Metadaten kaum nachvollziehen können.

Fragwürdige Nutzung

Weitere kritische Aspekte finden sich im Entwurf zum Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG), das ebenso zum Jahresende verabschiedet werden soll. So sollen, bei nicht vorliegendem Widerspruch, automatisch Daten aus der ePA an das Forschungsdatenzentrum abgeleitet werden. Hier kann von Forschungseinrichtungen und Unternehmen ein Antrag auf Nutzung von Daten gestellt werden. Bei erkennbarem Nutzen für das Gemeinwohl soll dies auch niederschwellig genehmigt werden. Auf die kritische Frage, ob darüber dann nur eine Sachbearbeiterin oder ein Sachbearbeiter beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) entscheidet, wo die Datenzugangsstelle angesiedelt wird, wies kürzlich Dr. Thilo Weichert hin, Datenschutzbeauftragter in Schleswig-Holstein in den Jahren 2004 bis 2015 [4]. Zudem ist gemeinwohlorientierte Forschung meist nur schwer von gewinnorientierter Forschung zu trennen.

Weichert kritisierte überdies, dass ein eigentlich vorgesehenes Forschungsgeheimnis im aktuellen Gesetzentwurf nicht enthalten sei. Damit wären für Forschende ein Beschlagnahmenschutz sowie ein Zeugnisverweigerungsrecht

geschaffen worden. Weiter bemängelte er, dass Krankenkassen Daten ihrer Versicherten nutzen dürften, um ihnen Empfehlungen zu unterbreiten, was ein Zuviel an direktem Einfluss auf die Versicherten wäre. Sein Fazit: Gemäß den vorliegenden Gesetzentwürfen würde er derzeit der Anlage einer ePA widersprechen und somit die Opt-Out-Lösung in Anspruch nehmen.

KI-Visionen zur Aufzeichnung von Praxisgesprächen

Vor über fünf Jahren wurden Praxisinhabende erstmals mit der Verpflichtung konfrontiert, die TI zu installieren. Szenarien wie Opt-Out, Befüllungspflicht, Zwang zu E-Rezept und eAU waren damals nicht absehbar. Die scheinbar schubweise Hinzunahme neuer Pflichten und Zwänge fördert kaum das nötige Vertrauen in Innovationen. Weitere unangenehme Nachrichten werden jedoch kommen. Denkbar sind Berichte über Cyberangriffe und Datenlecks, wie sie nahezu täglich zu lesen sind. Das Vertrauen in das Gesundheitsdatenvernetzungsprojekt wird schließlich auch durch Visionen geschmälert, wie sie Prof. Dr. Karl Lauterbach auf der DataFor-Health-Conference im Juni 2023 entfaltet hatte. So sprach er davon, dass neue KI-Systeme Daten dadurch generieren könnten, dass sie beim Patientengespräch zuhören würden [5]. Zeit mit Patientinnen und Patienten zu verbringen, erzeuge demnach gleichzeitig strukturierte Daten: „Wir gewinnen die Daten also auf ganz neue Art, während wir miteinander interagieren.“ Dabei befürchtet Lauterbach fraglos Widerstand: „Es wird einen Kulturkrieg geben. Eine kleine laute Minderheit wird sich dagegen auflehnen, aber die Regierung inklusive des Kanzlers ist fest entschlossen, hierfür die Regeln zu ändern, eine viel bessere Verfügbarkeit der Daten zu gewährleisten, um sie ethisch und verantwortungsvoll für wissenschaftlich spannende Projekte zu nutzen.“

Das klingt nicht unbedingt nach demokratisch üblicher Debattenkultur über Innovationen, die in diesem Fall die Schweigepflicht aushebeln würden. Auch wenn die Themen unerfreulich sind – eine öffentliche Diskussion über die aktuellen Planungen gesamtgesell-

schaftlich innerhalb der Ärzteschaft ist wohl unausweichlich.

Fazit für die Praxis

Die Widerspruchslösung (Opt-Out) für die ePA wird voraussichtlich im Dezember 2023 vom Bundestag verabschiedet werden. Aufgrund weiterer, teilweise mit Zwang verbundener Regelungen erscheint Zurückhaltung bei der Befüllung der ePA geboten. Die Vergütung dafür ist sowieso marginal. Die angepeilte automatisierte Befüllung der ePA aus dem Praxisverwaltungssystem mag zwar nach Arbeitserleichterung klingen, führt aber in Verbindung mit der Befüllungspflicht zu großem Datenfluss. Zum gegebenen Zeitpunkt wird man daher wohl eher versuchen, dies technisch zu unterbinden. Die Vision einer zeitgleichen KI-gestützten „Belauschung“ von Praxisgesprächen mit Umwandlung in strukturierte Daten und Weiterleitung wird so schnell nicht kommen, zeigt aber die Haltung in Politik und E-Health-Szene auf. Datensparsamkeit halte ich daher für das Gebot der Stunde.

Literatur

1. Kramp L, Weichert S. Wie resilient sind wir im Netz? Abschlussbericht zur Grundlagenstudie „Digitale Resilienz in der Mediennutzung“, Verlag Vocer Institut für digitale Resilienz, Hamburg, 2022
2. Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz – DigiG), Stand 30.8.2023, S. 121
3. Wie [2], S. 117
4. E. Interview mit Dr. Thilo Weichert: „Der Informationsbedarf der Krankenkassen ist kaum zu sättigen“, 3.10.2023, www.aend.de/article/225398 (Zugriff am 11.10.2023)
5. Lauterbach K. Diskussionsbeitrag auf der Data For Health Conference, 21.6.2023, www.youtube.com/watch?v=i97FxDOcXNY, ab 4:36:15 (Zugriff am 11.10.2023)

AUTOR

Dr. med. Andreas Meißner

Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie
Tegernseer Landstraße 49
81541 München

psy.meissner@posteo.de



Erfahrung mit der KSVPsych-Richtlinie

Elf Netzverbände nach einem Jahr

Die Versorgung schwer psychisch Erkrankter wird nun seit mehr als zwölf Monaten durch die KSVPsych-Richtlinie geregelt. Erste Netzverbände sind entstanden, aber es kommen auch immer wieder Fragen auf.

Die KSVPsych-Richtlinie startete am 1. Oktober 2022. Wie sind die Erfahrungen nach einem Jahr? Wie etabliert ist die neue und revolutionäre Versorgungsstruktur?

Wir haben als Verbände vor 20 Jahren begonnen, Strukturen für die psychiatrische multiprofessionelle Komplexbehandlung in die Versorgung zu bringen. Damals wurden Vertragsstrukturen als „integrierte Versorgung“ und später „spezielle fachärztliche Versorgung“ (Selektivverträge) bezeichnet. Die Gesetzgebung hat jedoch keine langfristig tragenden Angebote für die Regelversorgung entstehen lassen. Insofern ist die KSVPsych-Richtlinie ein Novum, das wir dringend nutzen sollten, und das einzige Instrument, das wir derzeit haben.

Sie denken jetzt vielleicht: Da war doch etwas! Wie war das noch einmal? Worin besteht das Programm, was muss ich tun und was habe ich davon? Wir als Verbände wollen erneut klarstellen: Die Richtlinie verbessert die Versorgung Ihrer Patientinnen und Patienten, aber sie nützt auch Ihnen, weil Sie zufriedener sein werden und etwas mehr verdienen.

Kernelemente des Programms

Verbund, Partner, Ansprechperson

Um eine zeitnahe und abgestimmte Versorgung bieten zu können, schließen sich Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachrichtungen wie Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten zu regionalen Netzverbänden zusammen. Sie kooperieren mit Krankenhäusern, der ambulanten psychiatrischen Pflege sowie anderen Gesundheitsberufen. Bei Bedarf ziehen sie weitere Fachleute oder Dienste hinzu. Innerhalb des Netzverbundes gibt es für die Patientin oder den Patienten eine feste Ansprechperson.

Diese Bezugärztin oder -psychotherapeutin oder dieser Bezugsarzt oder -psychotherapeut erstellt unter anderem den Behandlungsplan und koordiniert alle Therapieschritte.

Koordination

Terminvereinbarung, Hausbesuche und Organisation des Informationsaustausches im Behandlungsteam sind Aufgaben der Koordination. Die Leistungen, die nicht von der festen Bezugsperson selbst übernommen werden, werden von einer qualifizierten Fachkraft, zum Beispiel MFA, Sozialarbeiterin oder -arbeiter oder Pflegefachkraft ausgeführt.

Behandlung und Besprechungen

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

Schnelle Versorgung

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

Regionale Netzverbände bilden

Wer kann mitmachen?

Das Kernteam im Netzverbund besteht aus mindestens vier Fachärztinnen beziehungsweise -ärzten für:

- Psychiatrie und Psychotherapie und/oder
- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und/oder
- Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie.

Hinzu kommen mindestens vier ärztliche oder psychologische Psychotherapeutinnen beziehungsweise -therapeuten sowie Fachärztinnen und -ärzte für Neurologie. Für die Ausübung der Tätig-



In Netzverbänden sollen durch die KSVPsych-Richtlinie schwer psychisch Erkrankte effektiver und koordinierter behandelt werden.

Tab 1: Neue Leistungen im Überblick

GOP	Leistung	Hinweise	Bewertung (Punkte / €)
37500	Eingangssprechstunde	je vollendete 15 Minuten, höchstens 4 × im Krankheitsfall	231 / 26,02
37510	Differenzialdiagnostische Abklärung	je vollendete 15 Minuten, höchstens 4 × im Krankheitsfall, kann ausschließlich von Fachärztinnen und -ärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Nervenheilkunde sowie Neurologie und Psychiatrie berechnet werden	231 / 26,02
37520	Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans	1 × im Krankheitsfall	448 / 50,47
37525	Zusatzpauschale für Leistungen von Bezugärztin oder -arzt beziehungsweise -psychotherapeutin oder -therapeut	1 × im Behandlungsfall	450 / 50,70
37530	Koordination der Versorgung durch eine nichtärztliche Person	1 × im Behandlungsfall	577 / 65,01
37535	Aufsuchen von Patientin oder Patient im häuslichen Umfeld durch eine nichtärztliche Person	je Sitzung, höchstens 3 × im Behandlungsfall	166 / 18,70
37550	Fallbesprechung	je vollendete 10 Minuten, höchstens 4 × im Behandlungsfall	128 / 14,42
37551	Zuschlag zur GOP 37550 bei Teilnahme eines oder mehrerer nichtärztlicher und nichtpsychotherapeutischer Teilnehmenden nach § 3 Abs. 3 und 5 KSVPsych-Richtlinie	je vollendete 10 Minuten, höchstens 4 × im Behandlungsfall	128 / 14,42
37570	Zusatzpauschale für zusätzliche Organisations- und Managementaufgaben sowie technischen Aufwand im Rahmen eines Netzverbundes	1 × im Behandlungsfall	200 / 22,53

keit als Bezugärztin oder -arzt beziehungsweise Bezugspsychotherapeutin oder -therapeut muss ein voller Versorgungsauftrag vorliegen. Ein halber Sitz genügt auch dann nicht, wenn eine Person zum Beispiel einen halben Psychiatrie- und einen halben Neurologiesitz oder einen halben Psychiatrie- und einen halben Psychosomatiksitz (ärztliche Psychotherapie) innehat.

Wer macht was?

Zu den Koordinationsaufgaben gehört vor allem, die Patientin oder den Patienten zu motivieren, einzelne Behandlungsmaßnahmen wahrzunehmen. Die Person vereinbart beispielsweise Termine, besucht die Betroffenen im häuslichen Umfeld und leitet gegebenenfalls weitere Leistungen und Hilfe in die

Wege. Damit soll erreicht werden, dass Betroffene die Therapie nicht abbrechen. Die Bezugsperson delegiert Aufgaben, die nicht selbst übernommen werden müssen, an eine qualifizierte Fachkraft.

Personen aus folgenden Berufen können die Koordination übernehmen:

- Soziotherapie,
- Ergotherapie,
- psychiatrische häusliche Krankenpflege,
- MFA,
- Sozialarbeit,
- Sozialpädagogik,
- Pflegefachkraft oder
- Psychologie.

Vertrag abschließen

Die Mitglieder des Netzverbundes schließen einen Netzverbundvertrag ab.

Dieser regelt Aufgaben und Organisation des Netzverbundes. Er beschäftigt sich mit verschiedenen Fragen: Wie erfolgt die Patientendokumentation oder wann finden Fallkonferenzen statt? Den Vertrag legen Sie Ihrer KV vor, um eine Genehmigung zu erhalten.

Berufs- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit

Jeder Netzverbund schließt auch Kooperationsverträge mit mindestens einem Krankenhaus ab. Ebenfalls muss ein Vertrag mit mindestens einer Person aus der Ergotherapie, Sozialtherapie oder psychiatrischen häuslichen Krankenpflege existieren, die in der Region tätig ist.

Kooperationsvertrag mit Krankenhäusern

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

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

Zielgruppe

In der Zielgruppe der KSVPsych-Richtlinie sind erwachsene Patientinnen und Patienten mit den ICD-10-Diagnosen F1 bis F9 (also ohne demenzielle Erkrankungen, aber einschließlich Suchterkrankungen), einem komplexen Versorgungsbedarf (also mindestens zwei Therapieangeboten) und einem GAF-Wert von 50 oder weniger.

Abrechnung und Vergütung

Für die Abrechnung der zusätzlichen Leistungen in der Komplexversorgung gibt es seit dem 1. Oktober 2022 neun neue GOP im EBM-Abschnitt 37.5. Nur Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die in einem Netzverbund tätig sind, können diese Leistungen abrechnen. Eine

Voraussetzung ist, dass der Netzverbund durch die KV genehmigt wurde. Die Vergütung erfolgt extrabudgetär (**Tab. 1**).

Die GOP 37520, 37525, 37530, 37535, 37551 und 37570 können ausschließlich durch die Bezugsperson berechnet werden.

Aktueller Stand

Mitte Oktober 2023 sind laut unserem Kenntnisstand deutschlandweit bereits elf Netzverbände am Start, zwei bis drei weitere Zusammenschlüsse stehen kurz vor der Gründung. Sie waren in den Regionen besonders schnell zustande gekommen, wo bereits Erfahrung mit der Bildung und dem „Betrieb“ von Netzverbänden vorhanden war, wie in Berlin und Nordrhein.

Nun stellt sich die Frage: Sind elf beziehungsweise 13 Zusammenschlüsse nach einem Jahr viel oder wenig?

Nach unserer Einschätzung ist das eine sehr ermutigende Zahl, da der anfängliche Aufwand doch durchaus komplex ist. Wie wir in vielen Gesprächen mit Kolleginnen und Kollegen erfahren haben, ist der Informationsbedarf über die konkrete Umsetzung auch nach einem Jahr noch sehr hoch.

Umsetzung voranbringen

Die Berufsverbände haben Informationsmaterial dazu erstellt und bereits früh im NeuroTransmitter dazu berichtet (NT 2022;10:10-7). Wir geben Beispiele für Netzverbands- und Kooperationsverträge und veranstalten weiterhin Onlinefortbildungen dazu.

Häufige Fragen und Antworten

Kann ich nur mitmachen, wenn ich einen ganzen Sitz habe?

Nein. Sie können auch mitmachen, wenn Sie einen halben Sitz haben. Dann können Sie lediglich nicht die Rolle als Bezugsperson einnehmen.

Müssen es genau vier psychologische Psychotherapeutinnen oder -therapeuten sein?

Nein, es können eine psychologische und drei ärztliche Psychotherapeutinnen oder -therapeuten sein, um das Kernteam zusammenzustellen. Bisher ist rechtlich ungeklärt, ob nicht auch vier ärztliche Psychotherapeutinnen oder

-therapeuten der Richtlinie entsprechen. Das Ziel der Neuerung ist jedoch eine berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit.

Ist der Netzverbund auf einen Kreis oder eine Stadt begrenzt?

Nein. Wenn in Ihrem Bundesland bereits ein Netzverbund gegründet wurde, können Sie problemlos beitreten. Wir empfehlen als Berufsverbände ausdrücklich, nicht viele kleine Netzverbände, sondern möglichst wenige größere Einheiten zu bilden.

Kann ich alle Patientinnen und Patienten, die die Bedingungen für den Einschluss erfüllen, einschreiben? Oder müssen es neue Patientinnen und Patienten sein?

Sie können alle Ihre bekannten Patientinnen und Patienten, die die Bedingungen erfüllen, einschreiben. Das betrifft also Personen mit mindestens einer ICD-10-Diagnose F1 bis F9, mit komplexem Versorgungsbedarf (z. B. psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung, psychotherapeutische und soziotherapeutische Behandlung, psychiatrische Behandlung und ambulante psychiatrische Pflege, psychiatrische Behandlung und Ergotherapie) und mit einem GAF-Wert ≤ 50 .

Was mache ich, wenn ich zum Beispiel die Indikation für eine psychiatrische Behandlung in Kombination mit einer Soziotherapie stelle, es aber kaum Soziotherapeutinnen und -therapeuten in meinem Umfeld gibt?

Dann schreiben Sie die Patientin oder den Patienten trotzdem ein und vermerken im Behandlungsplan, dass Soziotherapie indiziert ist. Die Einschreibung ist nicht daran geknüpft, dass das Versorgungsangebot auch vorhanden ist.

Können meine MFA mitarbeiten?

Ja, MFA können die Koordination übernehmen und erhalten dafür auch eine Vergütung (siehe EBM-Ziffer 37530 in **Tab. 1**).

Kann die Krankenkasse die Teilnahme an der Richtlinie ablehnen?

Nein. Im Gegensatz zu den früheren IV- oder Selektivverträgen ist die Komplex-

versorgung jetzt Teil der Regelversorgung. Das heißt, alle Krankenkassen machen mit und die Teilnahme wird über den EBM extrabudgetär abgerechnet. Die Teilnahme muss der Krankenkasse angezeigt, aber nicht von ihr genehmigt werden.

Muss die kooperierende Klinik in meiner Nachbarschaft sein?

Die Richtlinie schreibt keine Mindestdistanz vor. Es reicht eine kooperierende Klinik im Bundesland, um einen Netzverbund zu gründen.

Brauche ich unbedingt eine Managementgesellschaft?

Nein, im Prinzip nicht, sie erleichtert die Sache allerdings. Sie müssen in Ihrem Netzverbund in Gründung entscheiden, ob Sie eine Managementgesellschaft beauftragen wollen oder nicht (Geschäftsbesorgungsvertrag). Der größte Vorteil darin liegt in der Bereitstellung der sicheren Onlineplattform, die für die Abwicklung der Richtlinie erforderlich ist.

Der längste und erfahrenste Kooperationspartner unserer Berufsverbände, gegründet vor 20 Jahren von unserem Psychiaterkollegen Dr. Matthias Walle in Niedersachsen, ist IVPNetworks. Er ist vielen Kolleginnen und Kollegen durch das Management von Selektiv- oder IV-Verträgen oder das Projekt zur neurologisch-psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung (NPPV-Projekt) in Nordrhein bekannt.

Arbeite ich dann für die Managementgesellschaft?

Nein. Sie wird meist die Ziffer 37570: „Zusatzpauschale für zusätzliche Organisations- und Managementaufgaben sowie technische Aufwände im Rahmen eines Netzverbundes“ mit 22,53 € einmal im Behandlungsfall als Honorar nehmen. Dies ist aus unserer Sicht ein faires Preisleistungsverhältnis.

Fazit für die Praxis

Wenn Sie die Möglichkeit haben, sich einem Netzverbund anzuschließen, tun Sie es! Möchten Sie einen Netzverbund gründen, wenden Sie sich an Ihren Landesberufsverband, den BVDP-Vorstand oder Ihre KV.

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

Nachgefragt bei Dr. Sibylle Steiner

Niederlassung muss attraktive berufliche Option bleiben

Als Vorstandsmitglied der KBV ist Dr. Sibylle Steiner unter anderem für die Interessenvertretung der Vertragsärztinnen und -ärzte in den Gremien des G-BA zuständig. Im Interview verrät sie, wie ihrer Meinung nach ein Praxenkollaps verhindert werden kann.

? Was hat sich für Sie nun geändert, seit Sie im Vorstand der KBV sind?

Dr. Sibylle Steiner: An den Herausforderungen und Zielen für die KBV, die ich aus meiner bisherigen Tätigkeit kenne, hat sich nichts Wesentliches geändert. Wir müssen uns alle gemeinsam tagtäglich für verlässliche und angemessene Rahmenbedingungen für die Vertragsärzte- und -psychotherapeuten einsetzen. Nur so kann die ambulante Versorgung von morgen weiterhin vertragsärztlich und vertragspsychotherapeutisch zentriert bleiben. Für mich persönlich bedeutet die neue Aufgabe selbstverständlich eine viel breitere Verantwortung als bisher. Eines meiner wichtigs-

ten Ziele und gleichzeitig auch die größte Herausforderung ist, zu erreichen, dass gerade für jüngere Kolleginnen und Kollegen die Selbstständigkeit wieder eine attraktive berufliche Option darstellt. Drei Dinge sind hierfür aus meiner Sicht unerlässlich: eine gut gemachte Digitalisierung auf Basis von funktionstüchtiger Technik, die Abschaffung von unsinnigen Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei medizinisch gebotenen Verordnungen und die Entlastung von überbordender Bürokratie.

? Welche Themen und Projekte beinhaltet Ihre jetzige Tätigkeit?

Steiner: Wie bisher ist die Interessenvertretung der Vertragsärzte- und -psychotherapeuten in den Gremien des G-BA einer meiner Arbeitsschwerpunkte. Dazu gehört der breite Themenkreis von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden über Prävention, sektorenübergreifende Qualitätssicherung und Psychotherapie bis hin zu Arzneimittelversorgung und veranlassten Leistungen. Gemeinsam mit den KVen und den Berufsverbänden konnten wir in den vergangenen Jahren auch einige Erfolge verzeichnen, wenn es darum ging, den GKV-Leistungskatalog zu erweitern – zum Beispiel bei der Strukturreform der Psychotherapie oder bei den Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Erwachsene. Ich denke, im G-BA muss es uns gemeinsam weiterhin gelingen, Beratungsthemen möglichst früh zu besetzen, um unsere Interessen nachhaltig zu vertreten.

Ein weiteres großes Aufgabenfeld ist die Digitalisierung. Hier brauchen wir ein Praxiszukunftsgesetz, das die erforderlichen Investitionen der Praxen in ausreichend getestete, nutzerfreundliche und funktions-

tüchtige Technik kostendeckend absichert. Und was wir ebenfalls brauchen, sind Praxisverwaltungssysteme, die bei der Digitalisierung mitziehen. Was wir hingegen nicht brauchen, sind dysfunktionale Technik sowie Androhungen von Sanktionen und Bußgeldern für Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, wenn sie beispielsweise TI-Anwendungen nicht vorhalten. Das führt zu Frust und Ärger in den Praxen.

? Vor welchen Herausforderungen stehen die ärztliche Selbstverwaltung und die Vertragsärzteschaft in der Zukunft?

Steiner: Das Vertrauen der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen in die aktuelle Gesundheitspolitik geht momentan gegen Null. Es fehlt an verlässlichen und angemessenen Rahmenbedingungen. Es geht aber auch an die Substanz der Freiberuflichkeit und der Selbstverwaltung. Lassen Sie mich das an zwei Beispielen deutlich machen: Da wäre der Entwurf für ein Krankenhaustransparenzgesetz. Darin findet sich eine Regelung, die die gemeinsame Selbstverwaltung ins Mark trifft: Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) will den G-BA umgehen und direkt auf das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zugreifen, ohne aber selbst dafür zu bezahlen oder für die Ergebnisse zu haften. Damit bahnt sich das BMG den Weg in eine unmittelbar und bis ins Detail staatlich gelenkte, von der Selbstverwaltung entkoppelte Gesundheitsversorgung.

Ein zweites Beispiel sind Regresse insbesondere bei Arzneimittelverordnungen. Es ist vollkommen inakzeptabel, dass medizinisch gebotene Verordnungen Ärztinnen



© Lopata/axentis.de

Dr. Sibylle Steiner ist Vorstandsmitglied der KBV.

und Ärzte ins wirtschaftliche Risiko treiben. Auch der damit verbundene Verwaltungsaufwand für die Kolleginnen und Kollegen ist unzumutbar und inakzeptabel. Nehmen wir beispielsweise den Off-Label-Use von Arzneimitteln, häufig in der Versorgung von Kindern sowie in Onkologie und Neurologie eingesetzt; sogar in Leitlinien empfohlen. Ein richtiger Schritt wäre die konsequente Einführung der Differenzkostenmethode auch bei unzulässigen Verordnungen. Ich sage das nicht zuletzt mit Blick in die Zukunft. Rund die Hälfte der Medizinstudierenden gibt in Befragungen an, dass Regresse sie abhalten, sich niederzulassen. Ein Handeln des Gesetzgebers ist hier also überfällig.

? Die vertragsärztlichen Kolleginnen und Kollegen, unsere Mitglieder „an der Basis“, klagen über immer höhere Bürokratiebelastung, weniger Zeit für Patientinnen und Patienten und weniger Wertschätzung durch die Politik. Welche Ziele verfolgt die KBV zu diesen Punkten?

Steiner: Für mich ist die mangelnde Wertschätzung durch die Politik gerade nach der COVID-19-Pandemie, in der die ambulante Versorgung die tragende Säule für eine erfolgreiche Bewältigung der Krise war, vollkommen unverständlich. Wir haben – wie Sie wissen – auf der Grundlage von zahllosen Rückmeldungen von Kolleginnen und Kollegen sieben zentrale Forderungen für die zukünftige Aufrechterhaltung der ambulanten medizinischen Versorgung aufgestellt. Den Beschluss hat die Vertreterversammlung der KBV am 18. August 2023 in Berlin einstimmig gefasst, mit lautstarker Rückendeckung der rund 800 anwesenden Kolleginnen und Kollegen. Eine der zentralen Forderungen ist, überflüssige Bürokratie abzuschaffen. Überbordende Administration, Dokumentation und Bürokratie nehmen in den Praxen die Zeit für eigentlich wichtige Aufgaben weg, nämlich die Versorgung von Patientinnen und Patienten. Das sind durchschnittlich 61 Tage pro Praxis und Jahr und die Tendenz ist steigend. Ursache ist ein Dickicht von gesetzlichen Regelungen, wie wir es gerade erneut bei den Digitalisierungsgesetzen erleben. Mit Blick auf das geplante Entbürokratisierungsgesetz hat die KBV dem BMG neun Vorschläge gemacht, die im wahrsten Sinne des Wortes aus der Praxis kommen: größtenteils aus dem Ärztepanel der KBV.



? Wie können wir die KBV unterstützen, der Politik klarzumachen, dass es uns um den Erhalt der wohnortnahen ambulanten Versorgung geht?

Steiner: Es ist keine Schwarzmalerei, sondern bittere Realität, dass die Praxen vor dem Kollaps stehen. Um das zu verhindern, muss die Politik endlich aufwachen. Wir müssen alle gemeinsam dafür Sorge tragen, dass die Politik jetzt handelt und das Ruder herumreißt. Andernfalls ist es sehr bald zu spät dafür, die wohnortnahe ambulante Versorgung, wie wir sie alle kennen und schätzen, aufrechtzuerhalten. Es geht darum, dass wir uns bei der Politik Gehör verschaffen, denn der Bundesgesundheitsminister scheint auf dem ambulanten Ohr taub zu sein. Dabei ist überall zu hören, wie schwer die Situation für viele Praxen angesichts chronischer Unterfinanzierung, überbordender Bürokratie, versorgungsferner Digitalisierungsvorhaben, Fachkräftemangel und mangelnder Wertschätzung geworden ist. Viele Niedergelassene und ihre Teams sind längst am Limit. Das müssen sie auch in Richtung der Patientinnen und Patienten kommunizieren, damit diese verstehen, dass ihre qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung vor Ort auf dem Spiel steht.

Dabei wäre die Lösung bei etlichen Forderungen der KBV und der KVen einfach und schnell zu bewerkstelligen. Das reicht unter anderem von einer tragfähigen Finanzierung über die Abschaffung der Budgetierung und unsinniger Wirtschaftlichkeitsprüfungen sowie einer sinnvollen Digitalisierung bis hin zur Stärkung der ärztlichen und psychotherapeutischen Weiterbildung in den Praxen. Man müsste nur wollen.

? Was können wir als Vertragsärzteschaft tun, um die genuin ärztliche Tätigkeit und die Vorteile der Freiberuflichkeit wieder mehr in den Mittelpunkt zu rücken?

Steiner: Die Dinge müssen einfacher, digitale Angebote beispielsweise praktikabel gestaltet werden und in den Praxen einen Mehrwert stiften. Hier sollten wir uns mit eigenen Vorschlägen noch stärker einbringen. Manches muss auch zeitgemäßer und flexibler werden: Nach dem Entwurf des Digitalisierungsgesetzes soll die Durchführung einer Videosprechstunde nicht mehr nur in den Praxisräumlichkeiten möglich sein, sondern auch im Sinne des mobilen Arbeitens. Das ist ein Erfolg für den gemeinsamen Vorschlag der KBV-Vertreterversammlung. Kurzum: Wir müssen dafür streiten, dass die Niederlassung eine attraktive berufliche Option ist. Gerade für die nachfolgende Generation von Medizinerinnen und Medizinern gilt es, den Wert der Freiberuflichkeit – nicht nur, aber auch in Verbindung mit der Selbstständigkeit – darzustellen. Dazu gehört auch die Möglichkeit zur freien medizinischen Entscheidung. Die Zuwendung zu Patientinnen und Patienten darf nicht durch die Interessen Dritter gestört werden. Erst dadurch ist die vertrauliche Arzt-Patienten-Beziehung möglich. Deshalb müssen wir schützen, was wir haben: ärztliche und psychotherapeutische Therapiefreiheit mit Verantwortung.

! Liebe Frau Steiner, vielen Dank für das Interview!

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim,
Andernach

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Nachgefragt bei Prof. Dr. Andreas Meyer-Lindenberg

„One Health“ – Klimakrise bedingt psychische Erkrankungen

Prof. Dr. Andreas Meyer-Lindenberg ist Präsident der DGPPN, Direktor und Vorstandsvorsitzender des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit, ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Mannheim und Professor für Psychiatrie und Psychotherapie. Als Mitautor des Positionspapiers „Klima und psychische Gesundheit“ setzt er sich dafür ein, auf psychische Probleme durch die Klimakrise aufmerksam zu machen und Lösungen zu finden.

? *Wie kam es, dass Sie das Thema „Ökologische Psychiatrie und Psychotherapie“ für den DGPPN-Kongress gewählt haben? Der Titel mag noch ungewöhnlich erscheinen – haben Sie ihn selbst geprägt?*

Prof. Dr. Andreas Meyer-Lindenberg: Das Thema habe ich mir in der Tat selbst ausgesucht. Ich finde, es gibt es kaum eine aktuellere, drängendere Frage. Die Gesundheit der Erde und der Menschen, also die planetare und die menschliche Gesundheit, sind untrennbar miteinander verbunden. Der

Mensch lebt nicht für sich allein, sondern in kontinuierlicher Interaktion mit seiner Umwelt. Wir sind im ständigen Austausch mit anderen Menschen – damit beschäftigt sich die Psychiatrie schon lange. Mittlerweile wissen wir aber auch, wie wichtig die Beziehung zu unserer gesamten Umwelt – zu Pflanzen und Tieren, zu Stadt und Land – für das menschliche Empfinden ist. Sogar unser Körper bildet ein eigenes, komplexes Ökosystem mit Milliarden von Mikroorganismen im Darm und auf der Haut.

Wir haben heute das Glück, mit neuen Forschungsmethoden die hochkomplexen Zusammenhänge der Ökosysteme und ihres Einflusses auf die psychische Gesundheit präzise analysieren zu können. Wir können Informationen aus Genetik, Bildgebung, Epidemiologie und künstlicher Intelligenz zusammenführen und so endlich eine verlässliche Datengrundlage schaffen. Auf dieser Basis können dringend notwendige gesellschaftliche und politische Veränderungen gestaltet werden. Auch für Psychia-



Prof. Dr. Andreas Meyer-Lindenberg sieht im Zusammenhang zwischen der psychischen Gesundheit der Menschen und der planetaren Gesundheit unserer Erde das drängendste Problem der heutigen Zeit.

© 24/Novembers / stock.adobe.com

trie und Psychotherapie ergeben sich daraus neue Behandlungs- und Präventionsoptionen. Deshalb war es für mich absolut naheliegend, dieses hoch aktuelle Themenfeld an der Schnittstelle von Ökologie, Psychiatrie und Neurowissenschaften in den Mittelpunkt des diesjährigen DGPPN-Kongresses zu stellen. Ich hoffe, dass nach dem Kongress die Verbindung unseres Faches mit der Ökologie plausibel geworden ist.

? Seit wann ist denn bekannt, dass Umwelt und Klima mit psychischen Auswirkungen im Zusammenhang stehen?

Meyer-Lindenberg: Dass existenzielle Bedrohungen, ausgelöst zum Beispiel durch Naturkatastrophen infolge von Extremwetterereignissen, psychische Belastungen bis hin zu Traumafolgestörungen nach sich ziehen können, ist schon länger bekannt. Unsere eigene Forschung nimmt seit mehr als einem Jahrzehnt den Zusammenhang von Umwelt, Risiko und Resilienz für psychische Erkrankungen in den Blick. Der aktuelle Verlust an Biodiversität, die Umweltverschmutzung und die Erderwärmung bringen eine neue Dynamik in diese Verbindung von Klimawandel und psychischen Auswirkungen.

? Sind das „alles nur Ängste“ oder gibt es direkte Auswirkungen des Klimawandels auf psychische Symptome?

Meyer-Lindenberg: Die Auswirkungen von extremen Ereignissen auf die Psyche sind sehr gut belegt. Wir wissen auch, dass diese Effekte oft länger anhalten als das Ereignis selbst. Auch der Zusammenhang zwischen Hitze und psychischen Symptomen ist klar nachweisbar. So demonstriert zum Beispiel eine im Jahr 2021 veröffentlichte Metaanalyse, dass pro 1°C Temperaturanstieg ein um 0,9% höheres Risiko für psychische Erkrankungen existiert. Dazu passt, dass es bei zunehmender Hitze mehr Aufnahmen, auch Notaufnahmen, in psychiatrische Kliniken gibt. Außerdem ist eine Steigerung aggressiver Zwischenfälle auf den Stationen zu verzeichnen. Wir gehen mittlerweile von einem kausalen Zusammenhang zwischen Hitze und Aggressivität aus.

Die Luftverschmutzung wirkt sich ebenfalls nachweislich schädlich aus. Sie beeinträchtigt unsere kognitiven Leistungen. Eine wachsende Zahl an Studien gibt zudem Hinweise darauf, dass Luftverschmutzung das Risiko für psychische Erkrankungen wie Depression, ADHS und Schizophrenie erhöht. In einer großen Metaanalyse konnte ermittelt werden, dass ein Anstieg der Feinstaubbelastung kurzfristig mit mehr psychiatrischen Notfällen und erhöhter Suizidalität in den folgenden Tagen einhergeht, langfristig ist eine steigende Depressionsprävalenz erkennbar.

Neben diesen direkten Effekten der Umweltverschmutzung und des Klimawandels gibt es eine klare Evidenz für indirekte Effekte durch gesellschaftliche Veränderungen. Dazu zählen Klimamigration oder vermehrte Urbanisierung.

? Gibt es nach Ihrer Erfahrung besonders vulnerable Bevölkerungsgruppen, um die wir uns eigens kümmern müssten?

Meyer-Lindenberg: Absolut. Menschen mit psychischen Erkrankungen sind besonders von den Folgen der Umweltbelastung betroffen und müssen geschützt werden. So ist zum Beispiel das hitzebedingte Mortalitätsrisiko vor allem für Menschen mit Süchten und organischen psychischen Störungen wie Demenzen erhöht.

Generell sind die psychischen Auswirkungen des Klimawandels ungleich verteilt. Bestimmte Individuen oder Bevölkerungsgruppen sind noch mehr von den Umweltveränderungen betroffen, beispielsweise Personen, die im globalen Süden leben. Auch der zugrunde liegende Gesundheits-

zustand sowie die Anpassungs- und Bewältigungskapazitäten von Personen spielen eine Rolle.

? Ist es nachweisbar, dass Naturkatastrophen, die in den letzten Jahren in Deutschland und weltweit vermehrt aufgetreten sind, Auswirkungen auf die psychische Gesundheit haben?

Meyer-Lindenberg: Ja, das lässt sich nachweisen. Naturkatastrophen, die eine Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit sowie die Zerstörung von Existenzgrundlagen und kritischer Infrastruktur zur Folge haben, stellen eine massive psychische Belastung für die Betroffenen dar.

Ein Jahr nach einer Flutkatastrophe in England litten 36% der Bevölkerung in der Region unter einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Nach dem verheerenden Hurrikan Katrina in den USA wies fast jeder dritte Bewohner von New Orleans Symptome einer PTBS auf.

Naturkatastrophen führen zudem häufig dazu, dass die Gesundheitsversorgung unterbrochen oder generell schlechter wird. Das ist ein weiterer Risikofaktor für das Entstehen psychischer Störungen beziehungsweise die Verschlechterung bereits existierender psychischer Erkrankungen. Aufgrund von Naturkatastrophen können Menschen gezwungen sein, ihren Wohnort zu wechseln, sie sind mit dem Verlust von Eigentum, des Arbeitsplatzes und sozialer Unterstützung konfrontiert – alles Stressoren, die die psychische Gesundheit der Menschen gefährden. Je schwerer die Auswirkungen einer Katastrophe und je direkter ein Mensch betroffen ist, desto langanhaltender sind diese Stressoren und desto höher auch das Risiko für die psychische Gesundheit.

Generalisierte Ängste, Depressionen und erhöhte Suizidraten treten nach Extremwetterlagen und Naturkatastrophen ebenfalls vermehrt auf. Verschiedene Studien zeigen eine deutlich erhöhte Prävalenz affektiver Störungen nach Busch- und Waldbränden. Etwa die Hälfte der Bewohner von New Orleans litt in den 30 Tagen nach Hurrikan Katrina unter einer affektiven Störung, viele Personen berichteten außerdem von Suizidgedanken. Noch ein Jahr nach großen Überschwemmungen leidet etwa ein Viertel der Betroffenen an Angsterkrankungen und ein Fünftel unter Depressionen, ähnliches gilt für chronische Dürreperioden.



© Daniel Lukac, ZI Mannheim

„Wir gehen mittlerweile von einem kausalen Zusammenhang zwischen Hitze und Aggressivität aus.“ – Prof. Dr. Andreas Meyer-Lindenberg

? Welche weiteren Ziele verfolgen Sie in Ihren Forschungsvorhaben und welche Fragen versuchen Sie zu beantworten?

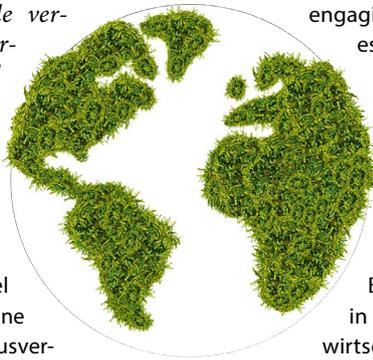
Meyer-Lindenberg: In unserer Forschung haben wir unter anderem die Auswirkungen von Risikofaktoren – zum Beispiel die Geburt in einer Stadt, eine Migration oder einen Statusverlust – auf das Erkrankungsrisiko und die zugrunde liegenden Mechanismen untersucht. Aktuell haben wir den Fokus verändert und beschäftigen uns jetzt intensiv mit Resilienzfaktoren, zum Beispiel die soziale Einbettung, Bewegung oder das Naturerleben.

Auch das Thema „One Health“ oder „Planetary Health“ muss weiter erforscht und vorangetrieben werden. Es ist zwar präsent, aber gerade wird es noch stark von der Pandemie bestimmt. Wir fokussieren uns vor allem auf Viruserkrankungen bei Tieren und fragen uns, welches Virus als Nächstes auf den Menschen überspringen wird. Dass auch die psychische Gesundheit ein wichtiger Teil von „One Health“ ist, ist noch nicht so stark in den Köpfen der Handelnden verankert, wie es sein sollte. Auch in den Klimafolgemodellen werden die psychischen Aspekte nicht angemessen berücksichtigt. Sie fokussieren ebenfalls meist nur auf die körperliche Gesundheit.

Es erstaunt mich, wie wenig wir die Psyche berücksichtigen, obwohl psychische Erkrankungen so häufig und schwerwiegend sind. Diese Unterschätzung verstärkt die Konsequenzen und Folgen des Klimawandels noch einmal deutlich. Hier wissenschaftlich einen Gegenakzent zu setzen, ist eines der großen Anliegen des neuen Deutschen Zentrums für psychische Gesundheit (DZPG).

? Wie etabliert ist das Thema „One Health“ bereits in der psychiatrischen Versorgung in Deutschland?

Meyer-Lindenberg: Noch viel zu wenig! Was zum Beispiel den Umgang mit Extremereignissen angeht, sind wir nicht ausreichend vorbereitet, das wurde im Jahr 2021 sehr deutlich bei der Flutkatastrophe im Ahrtal. Viele Helfende aus der Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie haben sich in bewundernswerter Weise ehrenamtlich



engagiert. Aber strukturell gibt es da auf jeden Fall noch Raum für Verbesserungen, damit wir künftig rasch und gezielt reagieren können.

Auch in Kliniken und Praxen kann viel getan werden. Es gibt zum Beispiel etliche Bereiche, in denen nachhaltiger gewirtschaftet werden kann.

Vieles ist sowohl für das Klima als auch therapeutisch sinnvoll, es gibt eine Menge Synergien. Zum Beispiel können wir die medikamentöse Behandlung betrachten. Die Produktion von Medikamenten ist für einen großen Teil des CO₂-Ausstoßes im Gesundheitswesen verantwortlich. Leitliniengerechte Monotherapien würden das helfen – der Umwelt und dem Patienten.

In Vorbereitung auf immer häufigere Hitzeperioden müssen wir zudem dringend Wege finden, unsere Kliniken und Stationen im Sommer kühlen zu können. Dafür benötigen wir auch eine Förderung der öffentlichen Hand.

? Was würden Sie den Psychiaterinnen und Psychiatern in den Praxen gerne zu diesem Thema auf den Weg geben? Wo können sie sich fortbilden, außer auf dem DGPPN-Kongress?

Meyer-Lindenberg: Es gibt großes Interesse für die Thematik und auch einen großen Informations- und Koordinationsbedarf. Alle wollen wissen, wie am besten mit den psychischen Folgen des Klimawandels umzugehen ist und was in Notfällen gemacht werden sollte. Deshalb haben wir unser Positionspapier erstellt, das erstmals einen umfassenden Überblick über die Zusammenhänge von Klimawandel und psychischer Gesundheit gibt. Wir geben darin auch Handlungsempfehlungen für eine klimaneutrale Psychiatrie. Materialien zur Unterstützung und Umsetzung eines aktiven Klima- und Gesundheitsschutzes in medizinischen und therapeutischen Praxen finden sich auch kostenlos bei der „Deutschen Allianz Klimawandel und Gesundheit e.V.: KLUG“, in der die DGPPN Mitglied ist.

! Lieber Herr Meyer-Lindenberg, vielen Dank für das Interview!

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

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

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.

Digitalisierung in der Therapie

Videosprechstunde oder Präsenztermin?

Der Einsatz von Videosprechstunden in der psychotherapeutischen Praxis hat sich insbesondere während der COVID-19-Pandemie bewährt. Ohne diese Option wäre eine kontinuierliche Versorgung kaum möglich gewesen. Zwei Studien liefern wichtige Erkenntnisse zur Nutzung und zu den Vor- und Nachteilen der Videosprechstunde.

Während nur etwa 19% der Arztpraxen Videosprechstunden einsetzen, bieten mittlerweile 75% der psychotherapeutischen Praxen ihren Patientinnen und Patienten diese Variante der Behandlung an. 80% der Praxen sehen in der Videosprechstunde hierbei Vorteile gegenüber einem Telefonat. Jedoch halten 70% die Option bei Neupatientinnen und -patienten für ungeeignet [1].

Erkenntnisse in der Pandemie

In einer Studie zu telemedizinischen Anwendungen am Management Center Innsbruck wurden niedergelassene Psychotherapeutinnen und -therapeuten zu ihren Erfahrungen mit Videosprechstunden interviewt [2]. Die Aussagen in den Interviews bestätigten die Vorteile der in der Pandemie intensiv genutzten

Behandlungsart. Sie gewährleistete die kontinuierliche Patientenbetreuung und ermöglichte eine flexiblere Abwicklung, zum Beispiel bei Terminänderungen. Die Psychotherapie via Videotelefonat erreicht auch Patientinnen und Patienten, denen es schwerfällt oder unmöglich ist, zu einer Präsenztherapie zu erscheinen. Videotherapien im häuslichen Umfeld können auch Interventionen erleichtern, denen prokrastinierende Patientinnen und

Patienten bei Präsenzterminen leicht ausweichen können: zum Beispiel das Vorlesen von Briefen, die wiederholt „daheim vergessen“ werden.

Es gibt aber auch Einschränkungen: Diverse Interventionen sind über den digitalen Kontakt schlichtweg nicht realisierbar und bestimmte therapienotwendige Informationen gehen im Video verloren. Problematisch sind auch Störungen der Sitzung durch Haustiere, Mitbewohnerinnen und Mitbewohner oder Verbindungsabbrüche – letzteres insbesondere im digital unterversorgten ländlichen Bereich. Außerdem sind ältere Menschen oft von der Technik überfordert und deshalb nur begrenzt per Videosprechstunde erreichbar. Ebenso sehen die befragten Therapeutinnen und Therapeuten telemedizinische Behandlungen weiterhin als ungeeignet für schwer psychisch Erkrankte an.

Hybrider Einsatz von Präsenz- und Videotherapien

Ein flexibler Einsatz von Präsenz- und Videositzungen, je nachdem ob ein Präsenzkontakt notwendig ist oder ein Videotelefonat ausreicht, scheint demnach die nachhaltigste und effektivste Lösung



zu sein. Die Lockerung der 30%-Regelung (siehe **30%-Regelung bei Videosprechstunden**) für psychotherapeutische Leistungen im Jahr 2022 schafft hierfür Gestaltungsraum – wenn auch bis jetzt eingeschränkt.

Literatur

1. Albrecht M, Otten M, Bernhard J. PraxisBarometer Digitalisierung 2022. IGES Institut.
2. Monks H. Potenziale und Grenzen telemedizinischer Anwendungen im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland – Qualitative Inhaltsanalyse. Bachelorarbeit am MCI 2023.
3. Neue EBM-Regelung: Psychotherapeuten können Videosprechstunde ab Juli flexibler einsetzen. KBV. 9.6.2022. www.kbv.de/html/1150_58502.php

30%-Regelung bei Videosprechstunden

Im Jahr 2022 einigten sich KBV und Krankenkassen darauf, die Obergrenze für alle per Video möglichen Leistungen der Richtlinienpsychotherapie heraufzusetzen. Eine bestimmte Leistung kann nun bis zu 100% per Video durchgeführt werden, wenn andere videofähige Leistungen patientenübergreifend vergleichsweise häufig persönlich in der Praxis und nicht per Video erfolgen. Entscheidend ist, dass die 30%-Marke patientenübergreifend in einem Quartal nicht überschritten wird. Ausgenommen von der neuen Regelung ist die GOP 35152 für die psychotherapeutische Akutbehandlung. Diese Einzelleistung darf je zu behandelnder Person patientenübergreifend weiterhin nur zu 30% per Video stattfinden [3].

AUTOR

Markus Batscheider

Monks Vertriebsgesellschaft mbH
Tegernseer Landstraße 138
81539 München

info@fortbildungsakademie-im-netz.de



Vorteile und Probleme des Ehegattenvertretungsrechts

In guten wie in schlechten Zeiten

Falls Patientinnen und Patienten im Krankheitsfall nicht fähig sind, Angelegenheiten ihrer gesundheitlichen Versorgung selbst zu regeln, soll es nun eine Erleichterung geben. Durch das Ehegattenvertretungsrecht kann es aber auch zu Problemen kommen, die Behandelnde nicht aus den Augen verlieren sollten.

Mit dem am 1. Januar 2023 in Kraft getretenen novellierten Betreuungsrecht ist ein „Ehegattenvertretungsrecht“ eingeführt worden. Damit sind Risiken verbunden, derer sich Behandelnde der Psychiatrie und Neurologie bewusst sein sollten.

Was bedeutet das neue Gesetz?

Der § 1358 BGB regelt die wechselseitige Vertretung von Ehegattinnen und -gatten in Gesundheitsfragen, wenn keine Vollmacht oder gesetzliche Betreuung besteht und Betroffene krankheitsbedingt Angelegenheiten der Gesundheits-sorge nicht regeln können. Teils werden bereits gesetzliche Betreuungen aufgrund des neuen Paragraphen für nicht erforderlich gehalten und nicht umgesetzt.

Wer somit künftig ausschließen will, im Falle eines Falles durch Gattin oder Gatten vertreten zu werden, muss vorher aktiv werden und dem Ehegattenvertretungsrecht aktiv widersprechen oder eine dritte Person bevollmächtigen. Dies wird wahrscheinlich häufig durch Unwissenheit unterbleiben. Wir raten Ihnen, Patientinnen und Patienten bei erkennbarem Konfliktpotenzial über diesen Sachverhalt zu informieren. Widerspruch kann im Zentralen Vorsorgeregister eingetragen werden. Zudem können Sie auf Beratungsangebote hinweisen und dies dokumentieren.

Der § 1358 BGB ersetzt zudem keine vollumfängliche Betreuung. Eine Vertretung im Rahmen des Ehegattenvertretungsrechts ist nur möglich bei:

- der Einwilligung oder Untersagung einer Untersuchung des Gesundheitszustands oder einer Heilbehandlung,
- der Entgegennahme der ärztlichen Aufklärung,
- dem Abschluss von Behandlungsverträgen, Krankenhausverträgen oder Verträgen über eilige Rehabilitation und der Pflege,
- freiheitsentziehenden Maßnahmen bis zu sechs Wochen und
- Geltendmachen von Ansprüchen, die vertretenden Ehegattinnen oder -gatten aus Anlass der Erkrankung gegenüber Dritten zustehen und diese an die Leistungserbringer abzutreten oder Zahlung an diese zu verlangen.

Eine Betreuung muss in vielen Fällen also dennoch eingerichtet werden, zum Beispiel für eine geschlossene Unterbringung oder finanzielle Regelungen wie Miet- und Nebenkostenzahlungen.

Haftungsrechtliche Fallstricke

Die Bundesnotarordnung regelt, dass Ärztinnen und Ärzte eine Auskunft aus dem Zentralen Vorsorgeregister erfragen können. Das gilt nur, falls die Information für die Entscheidung über eine dringende medizinische Behandlung notwendig ist. Die Bundesnotarkammer erklärt auf ihrer Homepage, dass der Abruf automatisiert und elektronisch erfolgt. Aktuell ist juristisch nicht eindeutig geklärt, welchen Beurteilungsspielraum Ärztinnen und Ärzte hier haben.

Ungeklärt ist auch, ob eine Abrufmöglichkeit oder Abrufpflicht besteht. Es ist nun immer möglich, dass Betroffene einen Widerspruch im Zentralen Vorsorgeregister eingetragen haben, oder dass eine bevollmächtigte Person existiert. Ein solcher Eintrag bedeutet, dass das Ehegattenvertretungsrecht nicht be-



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

Wer im Krankheitsfall nicht durch Ehegattin oder -gatten vertreten werden möchte, muss nun aktiv widersprechen oder eine dritte Person bevollmächtigen.

Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)

§ 1358 Gegenseitige Vertretung von Ehegatten in Angelegenheiten der Gesundheitsorge

- (1) Kann ein Ehegatte aufgrund von Bewusstlosigkeit oder Krankheit seine Angelegenheiten der Gesundheitsorge rechtlich nicht besorgen (vertretener Ehegatte), ist der andere Ehegatte (vertretender Ehegatte) berechtigt, für den vertretenen Ehegatten
 1. in Untersuchungen des Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einzuwilligen oder sie zu untersagen sowie ärztliche Aufklärungen entgegenzunehmen,
 2. Behandlungsverträge, Krankenhausverträge oder Verträge über eilige Maßnahmen der Rehabilitation und der Pflege abzuschließen und durchzusetzen,
 3. über Maßnahmen nach § 1831 Absatz 4 zu entscheiden, sofern die Dauer der Maßnahme im Einzelfall sechs Wochen nicht überschreitet, und
 4. Ansprüche, die dem vertretenen Ehegatten aus Anlass der Erkrankung gegenüber Dritten zustehen, geltend zu machen und an die Leistungserbringer aus den Verträgen nach Nummer 2 abzutreten oder Zahlung an diese zu verlangen.
- (2) Unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 und hinsichtlich der in Absatz 1 Nummer 1 bis 4 genannten Angelegenheiten sind behandelnde Ärzte gegenüber dem vertretenden Ehegatten von ihrer Schweigepflicht entbunden. Dieser darf die diese Angelegenheiten betreffenden Krankenunterlagen einsehen und ihre Weitergabe an Dritte bewilligen.
- (3) Die Berechtigungen nach den Absätzen 1 und 2 bestehen nicht, wenn
 1. die Ehegatten getrennt leben,
 2. dem vertretenden Ehegatten oder dem behandelnden Arzt bekannt ist, dass der vertretene Ehegatte
 - a) eine Vertretung durch ihn in den in Absatz 1 Nummer 1 bis 4 genannten Angelegenheiten ablehnt oder
 - b) jemanden zur Wahrnehmung seiner Angelegenheiten bevollmächtigt hat, soweit diese Vollmacht die in Absatz 1 Nummer 1 bis 4 bezeichneten Angelegenheiten umfasst,
 3. für den vertretenen Ehegatten ein Betreuer bestellt ist, soweit dessen Aufgabenkreis die in Absatz 1 Nummer 1 bis 4 bezeichneten Angelegenheiten umfasst, oder
 4. die Voraussetzungen des Absatzes 1 nicht mehr vorliegen oder mehr als sechs Monate seit dem durch den Arzt nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 festgestellten Zeitpunkt vergangen sind.
- (4) Der Arzt, gegenüber dem das Vertretungsrecht ausgeübt wird, hat
 1. das Vorliegen der Voraussetzungen des Absatzes 1 und den Zeitpunkt, zu dem diese spätestens eingetreten sind, schriftlich zu bestätigen,
 2. dem vertretenden Ehegatten die Bestätigung nach Nummer 1 mit einer schriftlichen Erklärung über das Vorliegen der Voraussetzungen des Absatzes 1 und das Nichtvorliegen der Ausschlussgründe des Absatzes 3 vorzulegen und
 3. sich von dem vertretenden Ehegatten schriftlich versichern zu lassen, dass
 - a) das Vertretungsrecht wegen der Bewusstlosigkeit oder Krankheit, aufgrund derer der Ehegatte seine Angelegenheiten der Gesundheitsorge rechtlich nicht besorgen kann, bisher nicht ausgeübt wurde und
 - b) kein Ausschlussgrund des Absatzes 3 vorliegt.

Das Dokument mit der Bestätigung nach Satz 1 Nummer 1 und der Versicherung nach Satz 1 Nummer 3 ist dem vertretenden Ehegatten für die weitere Ausübung des Vertretungsrechts auszuhändigen.
- (5) Das Vertretungsrecht darf ab der Bestellung eines Betreuers, dessen Aufgabenkreis die in Absatz 1 Nummer 1 bis 4 bezeichneten Angelegenheiten umfasst, nicht mehr ausgeübt werden.
- (6) § 1821 Absatz 2 bis 4, § 1827 Absatz 1 bis 3, § 1828 Absatz 1 und 2, § 1829 Absatz 1 bis 4 sowie § 1831 Absatz 4 in Verbindung mit Absatz 2 gelten entsprechend.

steht. Aufgrund der fehlenden gesetzlichen Fiktion dürfte die Abrufmöglichkeit für Ärztinnen und Ärzte zu einer Abrufpflicht führen. Sollten sie dies ohne Entschuldigung nicht tun, dürften straf- und zivilrechtliche Ansprüche gegen sie sehr wahrscheinlich sein.

Zeitpunkt für die Bescheinigung

Die Pflichten von Ärztin oder Arzt sind in Absatz (4) des Gesetzestextes geregelt und durchaus komplex. Das Ehegattenvertretungsrecht gilt für maximal sechs Monate und beginnt mit Eintritt der Handlungsunfähigkeit der vertretenen Person. Behandelnde müssen bei der Ausstellung der Bescheinigung gemäß § 1358 IV BGB den Zeitpunkt angeben, zu dem die Voraussetzungen des § 1358 I BGB spätestens eingetreten sind. Diesen Zeitpunkt festzulegen ist je nach Erkrankung schwierig. Juristinnen und Juristen empfehlen oft, das Datum der Arztvorstellung oder Klinikeinlieferung zu verwenden, allerdings nur, wenn kein anderer Zeitpunkt festzustellen ist. Es ist auf keinen Fall das Ausstellungsdatum der Bescheinigung zu verwenden.

Fazit für die Praxis

Scheinbar wird hier ein juristisches Problem gelöst, jedoch nur, indem es auf den Rücken der Ärzteschaft verschoben wird. Der Gesetzgeber hat in § 1358 BGB keine gesetzliche Fiktion für das Vorliegen der Vertretungssituation aufgenommen, sodass wir auf Basis einer unsicheren Rechtslage tätig werden müssen. Die ärztliche Bescheinigung gemäß § 1358 IV BGB bietet nicht die erforderliche Rechtsklarheit.

Wir befinden uns in einem erhöhten Risiko, uns im Sinne des § 203 StGB (Verletzung von Privatgeheimnissen) strafbar zu machen. Von der Schweigepflicht sind wir nur entbunden, wenn die Voraussetzungen für die neue Ehegattenvertretung tatsächlich vorliegen. Die Entscheidung in dieser Situation obliegt einzelnen Ärztinnen und Ärzten, dazu oft in einer Notfallsituation und mit dem Risiko einer gerichtlichen Überprüfung. Das ist vor allem vorstellbar, wenn zum Beispiel einer der vertretenden Eheleute die Einwilligung zu einer Heilbehandlung des jeweils anderen widerruft und dieser Schaden nimmt oder verstirbt.

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim,
Andernach

Fortbildung

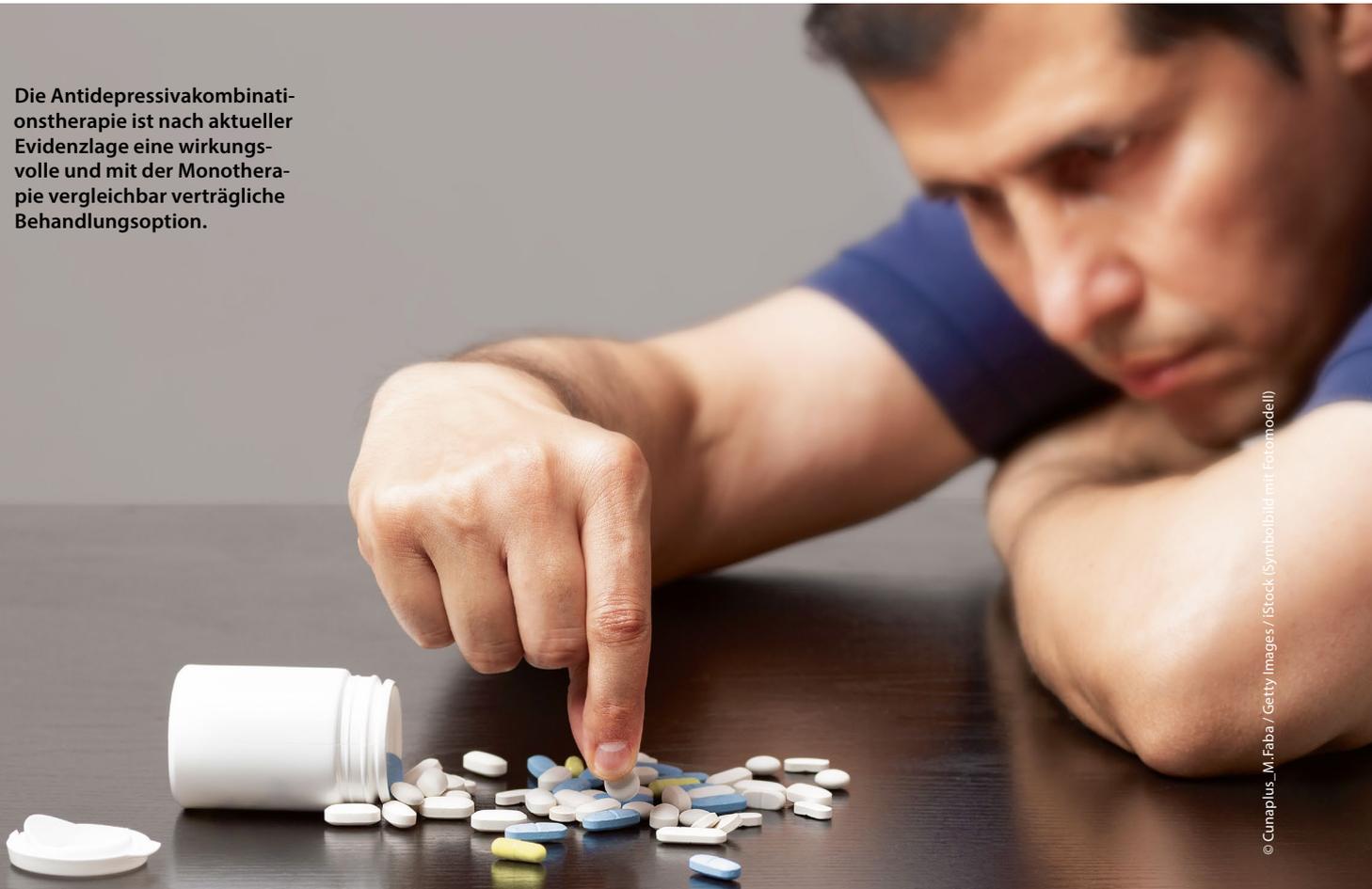
Psychische Störungen

Antidepressivakombinationen in der Akuttherapie der Depression

In der pharmakologischen Akuttherapie der schweren unipolaren Depression wird in nationalen und internationalen Leitlinien zunächst eine Monotherapie mit einem Antidepressivum empfohlen. Alternativ oder in Kombination soll den Patientinnen und Patienten eine Psychotherapie angeboten werden. Für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte und stellen sich dabei unter anderem die Fragen, ob die Kombinationstherapie wirkungsvoller als eine Antidepressivamonotherapie ist, wie verträglich sie ist und welche Antidepressiva kombiniert werden sollten.

JONATHAN HENSSLER, CHRISTOPHER BAETHGE

Die Antidepressivakombinationstherapie ist nach aktueller Evidenzlage eine wirkungsvolle und mit der Monotherapie vergleichbar verträgliche Behandlungsoption.



© Cúmaplus, M.Faba / Getty Images / iStock (Symbolbild mit Fotomodel)

Depressionen sind emotionale Störungen, die sich durch die Hauptkriterien niedergedrückte Stimmung, Interesselosigkeit, Freudlosigkeit oder erhöhte Ermüdbarkeit über mindestens zwei Wochen auszeichnen. In vielen Fällen und vor allem bei älteren Patientinnen und Patienten wird über somatische beziehungsweise körperliche Zusatzsymptome wie Abgeschlagenheit, Morgentief, Schlafstörung, Appetitstörung, Libidoverlust, Herzkreislauf- oder Magendarmprobleme geklagt. Häufig sind auch vermindertes Selbstwertgefühl, Schuldgefühle, Konzentrations-, Aufmerksamkeits- oder Gedächtnisstörungen.

Die Diagnose einer Depression und ihres Schweregrades erfolgt klinisch-kategorial nach Algorithmen gemäß der Anzahl der Haupt- und Zusatzsymptome beziehungsweise nach ICD-10 (F31-33) oder ICD-11 (6A6-8). Valide oder etablierte Biomarker existieren nicht. Als einfache Instrumente in der Verdachtsdiagnostik haben sich zum Beispiel der 2-Fragen-Test [1] oder der WHO-5-Fragebogen [2] bewährt. Neben der bipolaren Störung gibt es vereinfachend noch die chronische Depression (bzw. Dysthymie), die psychotische Depression sowie rezidivierende oder monophasische Verläufe mit voll- oder unvollständigen Remissionen.

Epidemiologisch gehören Depressionen zu den vorrangigsten psychischen Störungen. Im höheren Lebensalter und in Altenheimen sind Depressionen die häufigste Störung. Das Lebenszeitrisko liegt international bei 16–20 %. Für Deutschland berechnen verschiedene Studien ein Lebenszeitrisko von 12–16 %, die Punktprävalenz beträgt zirka 8 %, wenn mindestens zehn Punkte auf dem PHQ-9-Fragebogen als Grundlage herangezogen werden (NVL Unipolare Depression 2022 [3]). Die Jahresprävalenz schwankt je nach Studie zwischen 2 % und 7 %. Ob Depressionen in der Bevölkerung zunehmen, kann nicht zuletzt auch aus methodischen Gründen nicht abschließend beurteilt werden. Als sicher kann gelten, dass eine Diagnose Depression öfter als früher in stationären und ambulanten Abrechnungsdaten auftaucht.

Depressionen sind ein sehr heterogenes Krankheitsbild. Vereinfachend können ätiologisch-biologische Risikofaktoren (z. B. genetische Vulnerabilität, somatische Vorerkrankungen), soziodemografische Faktoren (niedriges Bildungsniveau, Frauen sind etwa doppelt so oft wie Männer betroffen und erkranken früher, höheres Lebensalter) und psychosoziale Faktoren (z. B. Exposition gegenüber Traumata/belastenden Lebensereignissen, Burnout, Einsamkeit/Mangel an sozialer Unterstützung, unsichere Berufssituation) unterschieden werden. Die Mehrzahl der Patientinnen und Patienten erkrankt vor dem vierten Lebensjahrzehnt und hat dann in der Regel einen episodischen Verlauf.

Komorbide psychische Störungen kommen oft erschwerend hinzu. Besonders häufig sind Angst-, substanzbezogene, Ess-, Zwangs- und Persönlichkeitsstörungen. Auch sind komorbide

somatische Störungen nicht selten. Die Beziehung ist dabei bidirektional: Zum einen sind schwere körperliche Erkrankungen oft mit psychischen Problemen verbunden. Zum anderen haben Patientinnen und Patienten mit depressiven Störungen ein erhöhtes Risiko für verschiedenste komorbide somatische Störungen.

Die wichtigsten Differenzialdiagnosen sind depressive Anpassungsstörungen, Trauerreaktionen, Burnout-Syndrome und organisch affektive Störungen.

Die Folgen, gesundheitsökonomische und gesellschaftliche Relevanz depressiver Störungen sind enorm. Depressionen gehören zu den wichtigsten Volkskrankheiten. Depressionen sind die einzige psychische Störung, zu der es eine Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) [3] und ein Disease-Management-Programm [4] gibt. Nach der Global Burden of Disease-Studie stehen Depressionen an dritter Stelle der behindernden Erkrankungen (years lived with disability) und an 15. Stelle der behindernden und der lebensverkürzenden Krankheiten (disability adjusted life years). Die Mortalität bei der Depression ist etwa verdoppelt und die Lebenserwartung um sieben bis 14 Jahre verkürzt.

Therapieziele

Die Therapie der Depression ist von mehreren Faktoren abhängig und richtet sich nach Schweregrad, Verlauf, Komorbidität und schwierigen Therapiesituationen, wie Suizidalität. Grob können drei Therapieziele unterschieden werden: Akuttherapie, Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe (**Abb. 1**).

Herausforderungen der medikamentösen Akuttherapie

Im Folgenden möchten wir uns auf besondere Herausforderungen der medikamentösen Akuttherapie konzentrieren.

In der pharmakologischen Akuttherapie der schweren unipolaren Depression wird in nationalen und internationalen Leitlinien zunächst eine Monotherapie mit einem (Nicht-MAO-Hemmer-) Antidepressivum empfohlen (NVL Unipolare Depression 2022 [3]). Alternativ oder in Kombination soll den Patientinnen und Patienten eine Psychotherapie angeboten werden.

Die Response-Raten – also eine symptomatische Verbesserung um mindestens 50 % – einer solchen initialen antidepressiven Monotherapie liegen bei um die 60 %. Eine Vollremission erreicht nur bis zu 40 % der Patientinnen und Patienten, selbst nach zwölf bis 24 Wochen Behandlungsdauer [5]. Bei unzureichendem Ansprechen stehen eine Reihe von pharmakologischen „Second-step“-Optionen zur Verfügung. Eine Dosis-Wirkungs-Beziehung liegt für die meisten Antidepressiva vermutlich nicht vor – eine Ausnahme könnten Trizyklika (TZA) darstellen und eine Dosiserhöhung bei Nichtansprechen sollte daher nur bei diesen Antidepressiva erwogen werden [6, 7, 8].

Auch für einen Wechsel des Antidepressivums bei unzureichendem Ansprechen besteht keine überzeugende Evidenzgrundlage [9]. Gemäß NVL sollten Patientinnen und Patienten bei Nichtansprechen daher eine Augmentation mit Lithium oder einem atypischen Antipsychotikum oder eine Kombination mit einem zweiten Antidepressivum empfohlen werden. Dabei ist die Antidepressivakombinationstherapie in der klinischen Praxis ein häufig eingesetztes Verfahren. Für viele stellt sie eine im Vergleich zur Augmentation niedrigschwellige Second-step-Behandlung dar.

Für den Kliniker und die Klinikerin ergeben sich folgende Fragen: Ist die Kombinationstherapie wirkungsvoller als eine Antidepressivamonotherapie? Wie vergleichsweise verträglich ist sie? Welche spezifischen Antidepressiva sollten im Hinblick auf Wirksamkeit und Verträglichkeit kombiniert werden? Wie erfolgreich ist eine Kombinationstherapie bei vorherigem Nichtansprechen auf eine Monotherapie, wie effektiv eine primäre Kombinationstherapie von Behandlungsbeginn an? Dieser Artikel ist ein Versuch, diese Fragen zu beantworten. Das geschieht im Wesentlichen auf Grundlage der Ergebnisse der zwei umfassendsten und aktuellsten systematischen Übersichtsarbeiten mit Metaanalyse und der in der Folge ihres Erscheinens öffentlich geführten wissenschaftlichen Diskussion [10, 11].

Neben einer reinen Betrachtung von Effektstärken und einem möglichen Vorteil gegenüber einer Monotherapie müssen auch die Verträglichkeit und die Verhältnismäßigkeit einer Kombinationstherapie ins Auge gefasst werden. Letztere Punkte sind umso bedeutender angesichts der Erkenntnisse zu Absetz- und Reboundphänomenen und den immer noch unzureichend verstandenen Langzeitfolgen und -verläufen einer Antidepressivabehandlung [12].

Grundsätzlich sind Kombinationstherapien mit dem Ziel, synergistische Effekte zu nutzen, aus anderen medizinischen Fachdisziplinen und auch aus der Psychiatrie durchaus bekannt. Wichtig sind in dieser Hinsicht die Ergebnisse einer früheren Metaanalyse [13], in der gezeigt werden konnte, dass sich die Überlegenheit der Kombinationstherapie nicht durch einen reinen Dosis(-steigerungs-)effekt (gemessen in Imipramin-Äquivalenten) erklären lässt. Die Wirksamkeit einer Kombinationstherapie lässt sich also nicht auf ein reines „Mehr“ an pharmakologisch wirksamer Substanz reduzieren, sondern legt synergistische Effekte nahe. Vorstellbar sind dabei eine Reihe von (pharmakodynamischen) Mechanismen in Anbetracht der Vielzahl möglicher Antidepressivakombinationen.

Erste Frage: besondere Wirksamkeit

Sind Antidepressivakombinationen wirkungsvoller als eine Monotherapie und zeigt sich eine besondere Wirksamkeit einzelner spezifischer Kombinationen?

Nach aktueller Evidenzlage ergibt sich folgendes Bild: Antidepressivakombinationen sind einer antidepressiven Monotherapie signifikant überlegen, mit einer Effektstärke (standardisierte Mittelwertdifferenz [SMD]) von 0,31 (95%-Konfidenzintervall [KI]: 0,19–0,44) bei 38 eingeschlossenen Studien.

Besonders wirkungsvoll erweist sich eine Kombination aus einem Wiederaufnahmehemmer (selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer [SSRI], Serotonin-Noradrenalin-Wiederauf-

nahmehemmer [SNRI], trizyklische Antidepressiva [TZA]) kombiniert mit Mirtazapin, Mianserin oder Trazodon (SMD: 0,37, 95%-KI: 0,19–0,55), das gilt sowohl bei therapieresistenter Depression (SMD: 0,24, 95%-KI: 0,03–0,45), in besonderem Maße aber für eine primäre Kombinationstherapie von Behandlungsbeginn an (SMD: 0,64, 95%-KI: 0,12–1,15).

Bupropion

Immer wieder wurde auch Bupropion als vielversprechender Wirkstoff für Antidepressivakombinationen propagiert, unter der Vorstellung, einen Synergismus über eine Verbindung seiner dopaminergen mit serotonergen und/oder noradrenergen Eigenschaften anderer Antidepressiva herzustellen. Während die Ergebnisse einiger Studien nahelegen, dass über eine Hinzunahme von Bupropion die sexuelle Dysfunktion als Nebenwirkung einer Antidepressivatherapie verbessert werden kann [14], lässt sich aus der aktuell vorhandenen Evidenz nicht ableiten, dass Bupropion-Kombinationen wesentlich wirkungsvoller sind als eine Antidepressivamonotherapie. Aufgrund einer unzureichenden Datenlage aus methodisch hochwertigen Studien ist diese Frage noch nicht abschließend zu klären.

Zweite Frage: besonders günstige Kombination

Sind Wiederaufnahmehemmer zusammen mit Mirtazapin, Mianserin oder Trazodon eine besonders günstige Kombination?

Aus pharmakodynamischen Gesichtspunkten kann dabei ein Synergismus sowohl in Bezug auf die Wirksamkeit als auch auf die Verträglichkeit angenommen werden. So sollen die drei Antidepressiva Mirtazapin/Mianserin/Trazodon über einen Antagonismus an 5HT_{2A}- und 5HT_{2C}-Rezeptoren (zusätzlich zum 5HT_{1A}-Agonismus) eine Reduktion von sexueller Dysfunktion, Insomnie und Angst bewirken. Zudem wird die noradrenerge und serotonerge Wiederaufnahmehemmung gesteigert, indem über eine Blockade präsynaptischer α_2 -Autorezeptoren die Autoinhibition der Wiederaufnahme verhindert wird.

Dritte Frage: Verträglichkeit

Wie verträglich ist eine Kombinationstherapie im Vergleich zur Monotherapie?

Metaanalytisch, also möglichst über alle vorhandenen Studien hinweg, lassen sich dabei die Verträglichkeit nur anhand der Dropouts und Dropouts aufgrund unerwünschter Arzneimittelwirkungen untersuchen. Hier ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Monotherapie und Kombination: Ähnlich viele Probandinnen und Probanden verließen die Studien vorzeitig in beiden Studienarmen. Meist wird eine Beurteilung der Verträglichkeit einer Substanz allein mithilfe der Abbruchraten als unzureichend kritisiert, da sie keine differenzierte Aussage über die individuelle Symptomlast (an möglichen Nebenwirkungen) zulässt. Bei aller Kritik an diesem Outcomeparameter sind Dropout-Raten gleichzeitig jedoch eine gute Annäherung an die Verträglichkeit und von klinischer Relevanz – erlauben sie doch eine Aussage darüber, ob die Patientinnen und Patienten bereit sind, eine Therapie fortzuführen.

Eine differenzierte Betrachtung einzelner Nebenwirkungen ist nur mittels Einzelstudien möglich, die hierzu Angaben ma-

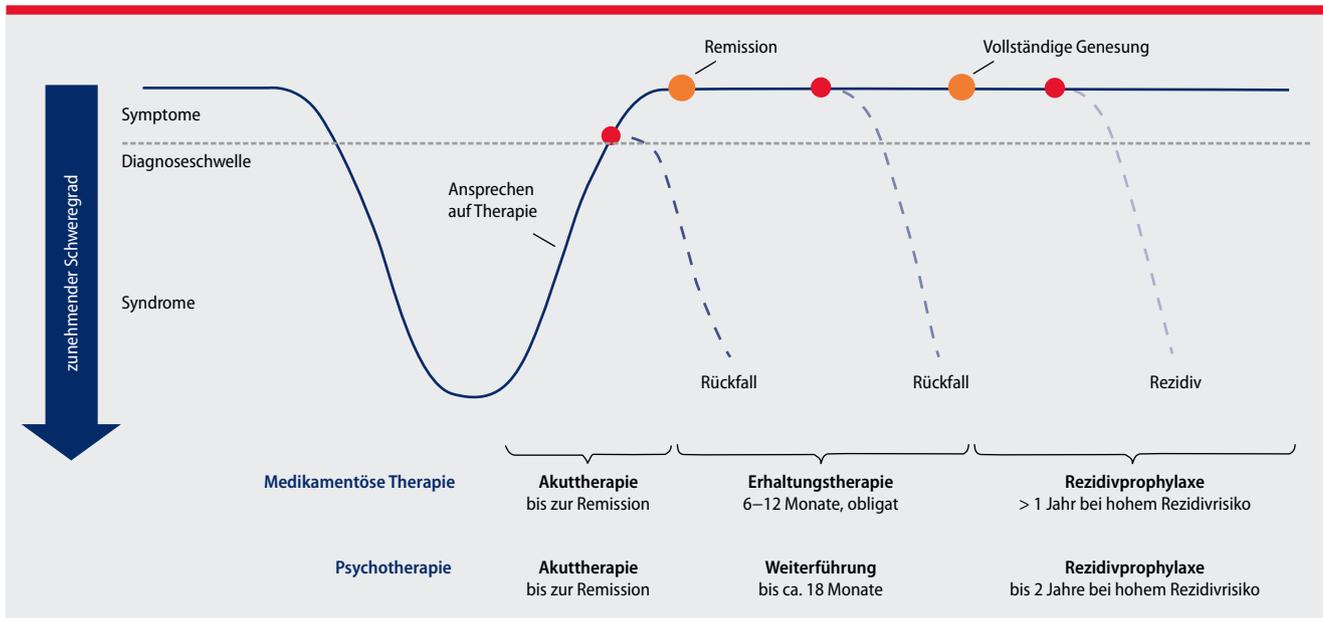


Abb. 1: Erkrankungs- und Behandlungsphasen der Depression (mod. nach NVL Unipolare Depression 2022 [3])

chen. Wegen des höheren Risikos für Verzerrungen müssen Einzelstudienresultate mit größerer Vorsicht interpretiert werden. Schaut man sich die Ergebnisse der Studien mit besagter Kombination (Wiederaufnahmehemmer plus Mirtazapin/Mianserin/Trazodon) im Detail an, zeichnet sich ab, dass unter dieser Kombinationstherapie Angst, Unruhe, sexuelle Dysfunktion und Schlafstörungen seltener auftreten als unter einer SSRI/SNRI-Monotherapie [15]. Die Hoffnung, dass auch die Gewichtszunahme unter einer Kombinationstherapie mit Mirtazapin gegenüber einer Mirtazapin-Monotherapie geringer ausfällt, zeichnet sich in den Einzelstudien allerdings nicht ab – hier bleibt das Risiko gleich hoch (für Mirtazapin-Kombinationen gegenüber Mirtazapin-Monotherapie) [15].

Auch wenn sich unter Kombinationstherapie nach metaanalytischer Auswertung keine erhöhten Raten von Therapieabbrüchen aufgrund unerwünschter Nebenwirkungen ergaben, sollte das Risiko eines Serotonin-Syndroms gerade bei antidepressiver Kombinationstherapie beachtet werden. Das gilt im Besonderen bei älteren Patientinnen und Patienten. Damit zur letzten klinischen Frage.

Vierte Frage: Beginn der Kombinationstherapie

Wann kann eine Kombinationstherapie sinnvoll eingesetzt werden – bei unzureichendem Ansprechen auf eine Monotherapie, oder auch bereits zu Beginn einer antidepressiven Behandlung?

Mit einer Effektstärke von SMD 0,24 (95%-KI: 0,03–0,45) gegenüber Monotherapie (inklusive Dosissteigerungen und Monotherapie-Switching), also einer formal kleinen Effektstärke, und der als vergleichbar anzunehmenden Verträglichkeit stellt die Kombinationstherapie aus einem Wiederaufnahmehemmer plus Mirtazapin/Mianserin/Trazodon eine Second-step-Option bei therapieresistenter Depression dar, die Patientinnen und Patienten angeboten werden sollte. Das spiegelt auch die Emp-

fehlung der NVL Unipolare Depression in ihrer aktualisierten Version wider [3].

Dass Effektstärken bei als schwieriger behandelbar anzunehmenden Populationen wie Erkrankten mit therapieresistenter Depression grundsätzlich kleiner ausfallen, ist zu erwarten. Dennoch ist die nach aktueller Evidenzlage vorliegende Effektstärke von SMD 0,64 (95%-KI: 0,12–1,15) für die primäre Kombinationstherapie (also von Behandlungsbeginn an) eindrucklich, mit einem formal mittleren Effekt. Dies gilt insbesondere, da ja der Effekt gegenüber einer antidepressiven Monotherapie gemessen ist. Und für eine solche initiale Monotherapie liegt ihrerseits ja schon ein Wirksamkeitsnachweis gegenüber Placebo vor – über alle vorhandenen Studien hinweg bei einer Effektstärke von ungefähr 0,3 [16]. Selbst wenn keine direkten Vergleiche für die primäre Kombinationstherapie gegenüber Placebo vorliegen, darf auch bei konservativer Schätzung von einer noch höheren Effektstärke (als 0,64) ausgegangen werden, wie auch von anderen Autorinnen und Autoren diskutiert [17].

Fünfte Frage: Einstufung

Wie verhältnismäßig ist damit eine primäre Kombinationstherapie einzustufen?

Effektstärken sind aus klinischer Sicht zunächst abstrakt und schwer in praktische Handlungsempfehlungen zu übertragen. Es ist nicht einfach möglich, und wenn, dann nur mit Vorsicht zu genießen, eine Effektstärke in SMD wieder zurück in Remissionsraten übersetzen zu wollen. Wenn man sich annäherungsweise einzelne Studien herausnimmt, die ungefähr diese Effektstärke aufweisen (die sich auch über alle Studien zeigt, also mit einem SMD von ungefähr 0,64), dann ergeben sich in diesen Studien nahezu verdoppelte Remissionsraten für die primäre Kombinationstherapie (25% vs. 46–58% [18], 19–26% vs. 43% [15]). Insbesondere auch in Anbetracht der unverändert

nicht zufriedenstellenden Ansprechraten auf eine initiale Monotherapie und den wesentlich verlängerten Behandlungsdauern bei der Notwendigkeit der Anwendung eines Second-step-Verfahrens sollten Patientinnen und Patienten daher über die Möglichkeit einer initialen Kombinationstherapie aufgeklärt werden.

Fazit für die Praxis

Die Antidepressivakombinationstherapie stellt nach aktueller Evidenzlage eine wirkungsvolle und der Monotherapie vergleichbar verträgliche Behandlungsoption dar – sowohl bei unzureichendem Ansprechen auf eine antidepressive Monotherapie als auch unter gewissen Umständen als primäre Pharmakotherapie von Behandlungsbeginn an in der Akuttherapie der unipolaren Depression. Eingesetzt werden sollte eine Kombination aus SSRI, SNRI oder Trizyklika einerseits mit Mirtazapin, Mianserin oder Trazodon andererseits. Andere Kombinationen können auf Grundlage der aktuellen Evidenz nicht empfohlen werden.

Neben einer besseren Wirksamkeit ist eine Kombinationstherapie vor allem mit einem niedrigeren Risiko von Schlafstörungen, Ängstlichkeit/Unruhe und sexueller Dysfunktion im Vergleich zur Monotherapie mit SSRI/SNRI/Trizyklika assoziiert. Bei Patientinnen und Patienten, bei denen das Risiko einer Gewichtszunahme von hoher Relevanz ist, sollte in der Kombinationstherapie statt Mirtazapin Trazodon verwendet werden.

Literatur

- Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med.* 1997 Jul;12(7):439-45
- Topp CW, Østergaard SD, Søndergaard S, Bech P. The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychother Psychosom.* 2015;84(3):167-76
- NVL Unipolare Depression. NVL Unipolare Depression, Version 3.0, 2022 [Internet]. Leitlinien.de. 2022 [zitiert 16. Oktober 2022]. Verfügbar unter: <https://www.leitlinien.de/themen/depression/version-3>
- Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP Depression. <https://www.iqwig.de/projekte/v22-01.html>
- Henssler J, Kurschus M, Franklin J, Bschor T, Baethge C. Trajectories of Acute Antidepressant Efficacy: How Long to Wait for Response? A Systematic Review and Meta-Analysis of Long-Term, Placebo-Controlled Acute Treatment Trials. *J Clin Psychiatry.* 2018;79(3):17r11470
- Baethge C, Braun C, Rink L, Schwarzer G, Henssler J, Bschor T. Dose effects of tricyclic antidepressants in the treatment of acute depression - A systematic review and meta-analysis of randomized trials. *J Affect Disord.* 2022;307:191-8
- Rink L, Braun C, Bschor T, Henssler J, Franklin J, Baethge C. Dose Increase Versus Unchanged Continuation of Antidepressants After Initial Antidepressant Treatment Failure. *J Clin Psychiatry.* 2018;79(3):17r11693
- Rink L, Adams A, Braun C, Bschor T, Kuhr K, Baethge C. Dose-Response Relationship in Selective Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitors in the Treatment of Major Depressive Disorder: A Meta-Analysis and Network Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Psychother Psychosom.* 2022;91(2):84-93
- Bschor T, Kern H, Henssler J, Baethge C. Switching the Antidepressant After Nonresponse in Adults With Major Depression: A Systematic Literature Search and Meta-Analysis. *J Clin Psychiatry.* 2018 Jan/Feb;79(1):16r10749
- Henssler J, Alexander D, Schwarzer G, Bschor T, Baethge C. Combining Antidepressants vs Antidepressant Monotherapy for Treatment of Patients With Acute Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2022;79(4):300-12
- Henssler J, Bschor T, Baethge C. Combining Antidepressants in Acute Treatment of Depression: A Meta-Analysis of 38 Studies Including 4511 Patients. *Can. J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* 2016;61(1):29-43
- Henssler J, Heinz A, Brandt L, Bschor T. Antidepressant Withdrawal and Rebound Phenomena. *Deutsch. Ärzteblatt Int.* 2019;116(20):355-61
- Henssler J, Bschor T, Baethge C. Combining Antidepressants in Acute Treatment of Depression: A Meta-Analysis of 38 Studies Including 4511 Patients. *Can. J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* 2016;61(1):29-43
- Taylor MJ, Rudkin L, Bullemor-Day P, Lubin J, Chukwujekwu C, Hawton K. Strategies for managing sexual dysfunction induced by antidepressant medication. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 May 31;(5):CD003382
- Blier P, Gobbi G, Turcotte JE, de Montigny C, Boucher N, Hébert C et al. Mirtazapine and paroxetine in major depression: A comparison of monotherapy versus their combination from treatment initiation. *Eur. Neuropsychopharmacol.* 2009;19(7):457-65
- Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Chaimani A, Atkinson LZ, Ogawa Y, u. a. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet.* 2018;391(10128):1357-66
- Der Arzneimittelbrief. Primär Antidepressive Kombinationstherapie Bei Schwerer Depression? [CME] | Der Arzneimittelbrief [Internet]. 2022 [zitiert 28. September 2022]. Verfügbar unter: <https://der-arzneimittelbrief.com/artikel/2022/primar-antidepressive-kombinations-therapie-bei-schwerer-depression-cme>
- Blier P, Ward HE, Tremblay P, Laberge L, Hébert C, Bergeron R. Combination of Antidepressant Medications From Treatment Initiation for Major Depressive Disorder: A Double-Blind Randomized Study. *Am. J. Psychiatry.* 2010;167(3):281-8

Die Autoren danken Prof. Dr. med. Markus Weih für die redaktionelle Unterstützung.

Interessenkonflikt

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

AUTOREN

Dr. med. Jonathan Henssler

Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig Krankenhaus
Große Hamburger Straße 5–11,
10115 Berlin

jonathan.henssler@charite.de

Prof. Dr. med. Christopher Baethge

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Fakultät, Universität zu Köln
cbaethge@uni-koeln.de



Antidepressivakombinationen in der Akuttherapie der Depression

FIN gültig bis 4.12.2023:

NT2311Hw

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 der Aussagen zur initialen antidepressiven Monotherapie der Depression trifft am ehesten zu?

- Sie wird nach den aktuellen nationalen Versorgungsleitlinien nicht empfohlen.
- Sie kann aus theoretischen Gründen nicht mit Psychotherapie kombiniert werden.
- Als Response bezeichnet man üblicherweise eine symptomatische Verbesserung im Einzelfall um mindestens 50 %.
- Auf die Monotherapie sprechen bereits mehr als 80 % der Patientinnen und Patienten an.
- Sie ist ein Synonym zu einer Therapie mit einem Monoaminoxidase-Hemmer (MAO-B-Hemmer).

? Für welche Antidepressiva besteht üblicherweise *keine* Dosis-Wirkungsbeziehung?

- Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer wie Escitalopram oder Sertralin
- Venlafaxin
- Amitriptylin
- Imipramin
- Tranylcypromin

? Welche Aussage trifft bezüglich einer antidepressiven Kombinationstherapie mit Bupropion zu?

- Bupropion-Kombinationen sollten zur Wirkungsverstärkung von Antidepressiva eingesetzt werden.

- Durch die Hinzugabe von Bupropion können antidepressivaassoziierte sexuelle Funktionsstörungen nicht vermindert werden.
- Bupropion bietet sich durch seinen serotonergen Mechanismus gut als Medikament bei komorbider Angststörung an.
- Die aktuelle Studienlage reicht nicht aus, um Bupropion-Kombinationen aus Gründen der Wirkungsverstärkung (gegenüber Monotherapie) zu empfehlen.
- Bupropion hat eine breite Zulassung, zum Beispiel auch für die Schmerztherapie oder bei Fibromyalgie.

? Für welche Antidepressivakombinationen besteht nach aktueller Evidenzlage gegenüber Monotherapie ein signifikanter Wirkungsvorteil?

- SSRI plus Trizyklika
- SNRI oder SSRI plus Mirtazapin
- SSRI plus Bupropion
- SSRI plus Tranylcypromin
- SSRI plus Risperidon

? Welches der folgenden ist *kein* typisches Symptom eines Serotonin-Syndroms?

- Diarrhö
- Hyperthermie
- Tachykardie
- Tremor
- Hypotonie

? Worauf kann sich eine antidepressive Kombinationstherapie mit Mirtazapin günstig auswirken?

- Hypersexualität unter SSRI
- Psychotische Symptome
- Gewünschte Gewichtsabnahme
- Schlafstörungen
- Komorbide Migräne

? Welche Zweitlinienverfahren sollen oder sollten Patientinnen und Patienten gemäß Nationaler Versorgungsleitlinie Unipolare Depression (NVL) bei unzureichendem Ansprechen auf eine initiale antidepressive Monotherapie eher *nicht* angeboten werden?

- Augmentation mit Lithium
- Augmentation mit einem atypischen Antipsychotikum wie Quetiapin
- Wechsel des Antidepressivums
- Kombination mit Psychotherapie
- Kombination mit einem zweiten Antidepressivum

? Eine 46-jährige Patientin entwickelt eine schwere depressive Episode mit Schlaf- und Appetitstörung. Sie reagiert nur geringfügig auf Mirtazapin bei guter Verträglichkeit. Wie können Sie sie hinsichtlich einer antidepressiven Kombinationstherapie beraten?

- Eine Kombinationstherapie ist der Monotherapie evidenzbasiert überlegen.
- Medikamentenkombinationen erhöhen nur die Nebenwirkungen.

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

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

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



© pico / fotolia.com

Aktuelle CME-Kurse aus der Psychiatrie

► Nicht invasive Hirnstimulationsverfahren bei affektiven Erkrankungen

aus: NeuroTransmitter 9/2023
von: A. Refisch, L. Claaß, N. Opel
zertifiziert bis: 5.9.2024
CME-Punkte: 2

► Therapeutisches Drug Monitoring in der Psychiatrie

aus: NeuroTransmitter 7-8/2023
von: M. Weih, E. Haen
zertifiziert bis: 8.8.2024
CME-Punkte: 2

► Update: Therapie von Angsterkrankungen

aus: NeuroTransmitter 5/2023
von: P. Zwanzger, B. Ehlich
zertifiziert bis: 15.5.2024
CME-Punkte: 2

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

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

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

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



- Es bietet sich vor allem eine Augmentation mit Aripiprazol an.
 - Als Kombination kommen vor allem Moclobemid oder Tianeptin infrage.
 - Vor allem Anxiolytika haben sich historisch in der Kombination bewährt.
- ? Was trifft zur antidepressiven Kombinationstherapie am ehesten zu?**
- Sie ist einzigartig in der Medizin.
 - Ihre Wirksamkeit beruht vermutlich vor allem auf synergistischen Effekten.
 - Die Kombinationstherapie wird in Fluvoxamin-Äquivalenten gemessen.
 - Die Kombination ist einer Einzeltherapie mit einer Effektstärke von 3,1 überlegen.
 - Eine Kombinationstherapie darf nicht zu Beginn einer antidepressiven Behandlung stehen.
- ? Welche Aussage zur antidepressiven Kombinationstherapie trifft zu?**
- Sie ist nicht wirkungsvoll.
 - Sie ist nicht verträglich.
 - Sie bringt nach G-BA keinen Zusatznutzen bei unzureichendem Ansprechen auf eine Monotherapie.
 - Wenn indiziert, kann eigentlich jede beliebige Kombination versucht werden.
 - Escitalopram und Mirtazapin sind eine sehr gute Kombination. Bei Gewichtszunahme sollte statt Mirtazapin Trazodon verwendet werden.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Nasenspray für Therapieresistenz oder Notfall

Esketamin – Leitfaden für den Einsatz bei Depressionen

Das Nasenspray Spravato® kann bei Personen mit einer therapieresistenten Depression oder in einem psychiatrischen Notfall eingesetzt werden. Wegen seiner hohen Kosten ist eine sorgfältige Dokumentation wichtig, außerdem gibt es bei der Anwendung in der Praxis einiges zu beachten.

Zur Behandlung von Depressionen ist in Europa seit Dezember 2019 das Nasenspray Spravato® mit dem Wirkstoff Esketamin zugelassen. Mittlerweile zeigen Erfahrungswerte, was bei der Anwendung in der Praxis beachtet werden sollte. Aufgrund der noch hohen Kosten des Sprays von je nach Dosis 6.835,48 € bis 40.934,32 € pro Jahr und zu erwartenden Prüfungen der Krankenkassen empfehlen wir, eine klare Indikation zu stellen und sorgfältig den bisherigen Behandlungsverlauf zu dokumentieren. Eine Genehmigung durch die Krankenkassen ist nicht notwendig.

Dokumentation

Zur Indikationsstellung bei Therapieresistenz ist der Einsatz von zwei verschiedenen leitliniengerecht angewandten Antidepressiva ohne Erfolg Mindestvoraussetzung. Möglich ist auch eine erfolglose Augmentation mit Lithium beziehungsweise Quetiapin retard.

Dokumentiert werden sollte, welches Medikament wie lange in welcher Dosis mit welchem Erfolg angewendet wurde. Die Behandlungsdauer sollte mindestens 14 Tage betragen, da ein Wirkeintritt bei den üblichen Antidepressiva in der Regel erst dann zu erwarten ist. Die Dosis

sollte mindestens der mittleren empfohlenen Tagesdosis entsprechen, zum Beispiel 100 mg Sertralin, 20 mg Fluoxetin, 30 mg Mirtazapin. Ein therapeutisches Drug Monitoring kann hilfreich sein, um abzusichern, ob die Patientin oder der Patient therapeutisch wirksame Plasmaspiegel erreicht hat. Ebenfalls sollte dokumentiert werden, ob limitierende Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln beachtet wurden. Behandelnde können zum Beispiel nachfragen, ob eine Selbstmedikation mit Johanniskraut stattfand. Zur weiteren Absicherung sollten sie gegebenenfalls das Beck-



Bei Erkrankten mit einer Major Depression, die sich als therapieresistent erwiesen haben, kann das Nasenspray Spravato® helfen.

Depressions-Inventar (BDI) oder die Hamilton-Depressionsskala anwenden und dokumentieren, um den fehlenden Therapieerfolg zu belegen.

Psychiatrischer Notfall

Erwachsene Patientinnen und Patienten mit einer mittelgradigen bis schweren Episode einer Major Depression können das Spray als akute Kurzzeitbehandlung anwenden, um die depressiven Symptome schnell zu reduzieren. Das ist dann möglich, wenn die Symptome nach ärztlichem Ermessen einem psychiatrischen Notfall entsprechen. Dokumentiert werden sollte nach ICD-10-Kriterien, gegebenenfalls unterstützt durch Testergebnisse, und „psychiatrischer Notfall“.

Anwendung

Grundsätzlich wird das Medikament nicht im depressionsfreien Intervall angewendet. Indikationsstellung und Verschreibung ist nur durch Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie und Psychiatrie, Psychiatrie nach alter WBO, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie möglich.

Das Medikament darf nur unter Aufsicht durch medizinisches Fachpersonal in einer Praxis oder einer Klinik verabreicht werden. Es nach Hause mitzunehmen ist nicht möglich. Auf dem Rezept sollten Sie daher vermerken, dass das Medikament nicht an die Patientin oder den Patienten selbst abgegeben werden darf, sondern an die Praxis zu liefern ist (siehe **Lieferung an Praxis oder Klinik**).

Aufklärung

Bei der Aufklärung der Patientinnen und Patienten sollten Kontraindikationen verifiziert und der Ablauf, Nebenwirkungen und Risiken besprochen werden. Dazu kann der Patientenleitfaden des BfArM verwendet werden [1].

Folgende Anwendungshinweise existieren für Patientinnen und Patienten:

- kein Alkohol am Vor- und Folgetag,
- keine gleichzeitige Anwendung von Benzodiazepinen oder Opioiden,
- Auto fahren oder Maschinen bedienen erst am Folgetag und nach erholsamem Schlaf,
- zwei Stunden vor der Anwendung nichts mehr essen,

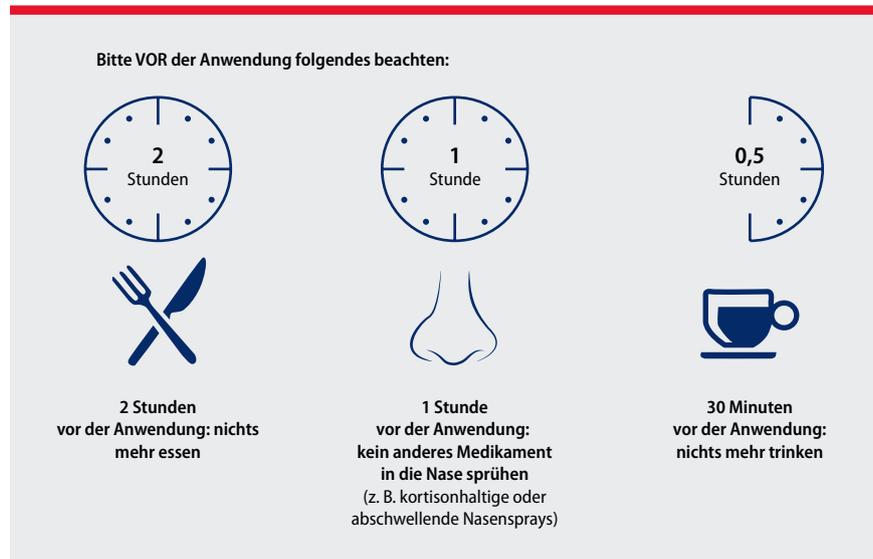


Abb. 1: Anwendungshinweise von Spravato® für Patientinnen und Patienten

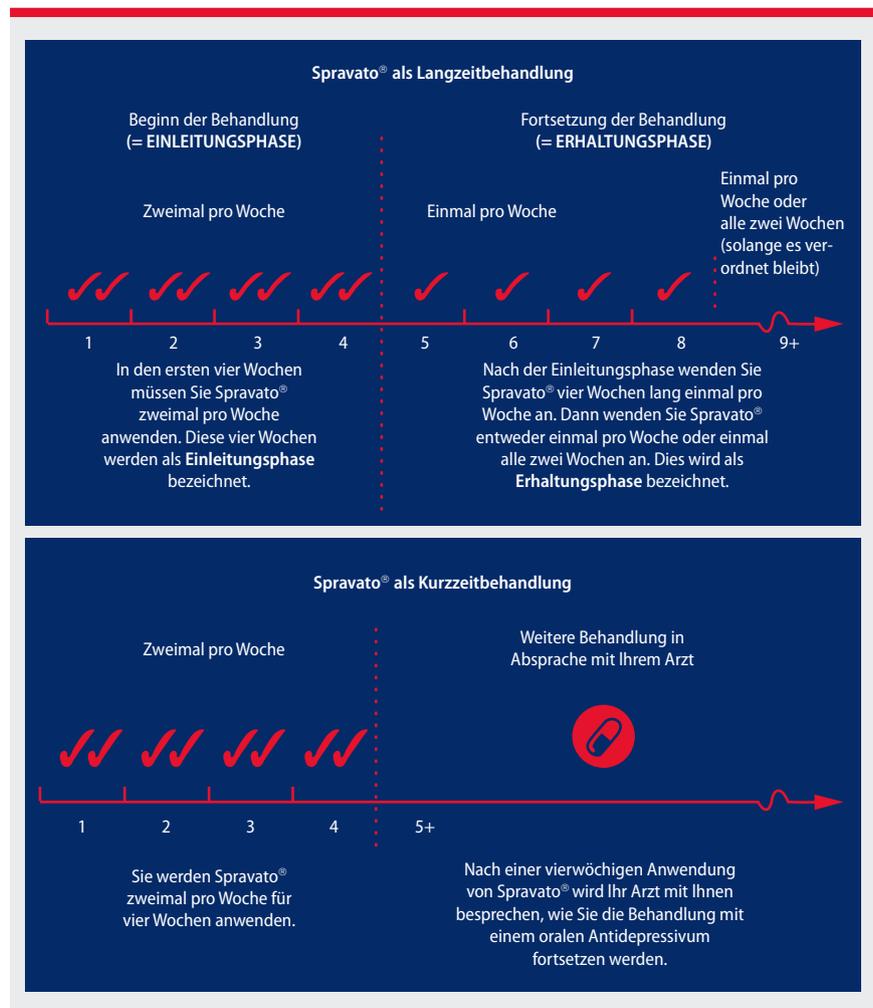


Abb. 2: Informationsmaterial über Gesamtbehandlungskonzepte für Erkrankte

Lieferung an Praxis oder Klinik

Laut der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) §2 (3a) gilt: „Bei Arzneimitteln, die den Wirkstoff Esketamin enthalten und die zur intranasalen Anwendung bestimmt sind, ist auf der Verschreibung durch die verschreibende Person zu vermerken, dass das Arzneimittel nicht an die Patientin oder den Patienten, sondern nur an die Arztpraxis oder die Klinik, der die verschreibende Person angehört, abgegeben werden darf. Fehlt auf der Verschreibung der Vermerk nach Satz 1, so kann der Apotheker oder die Apothekerin die Verschreibung um die Angaben nach Satz 1 ergänzen, wenn nach den für ihn oder sie erkennbaren Umständen ein dringender Fall vorliegt und eine Rücksprache mit der verschreibenden Person nicht mit zumutbarem Aufwand möglich ist.“

- eine Stunde vor der Anwendung keine anderen Nasensprays verwenden, wie zur Abschwellung der Nasenschleimhaut, oder kortisonhaltige Sprays und
- 30 Minuten vor der Anwendung nichts mehr trinken (**Abb. 1**).

Vor der Anwendung sollte der Blutdruck gemessen und dokumentiert werden. Der Richtwert liegt bei 140/80 mm Hg, bei Patientinnen und Patienten über 65 Jahren bei 150/90 mm Hg.

Während der Anwendung sollten sich Patientinnen und Patienten in einer möglichst entspannten und ungestörten Umgebung aufhalten.

Anwendung

Das Nasenspray wird von Patientin oder Patient selbst unter Aufsicht angewen-

det. Der Applikator enthält zwei Sprühstöße, einen für jedes Nasenloch mit einer Gesamtdosis von 28 mg Esketamin. Je nach Dosierungsnotwendigkeit [2, 3] können bis zu drei Nasensprays (28 mg, 56 mg oder 84 mg) im Abstand von fünf Minuten verwendet werden.

Sollte die Patientin oder der Patient nach der Anwendung niesen, ist keine erneute Anwendung erforderlich. Bei versehentlich doppelter Applikation im selben Nasenloch ist ebenfalls kein erneutes Sprühen erforderlich.

Die häufigsten Nebenwirkungen des Sprays sind:

- Dissoziation,
- Schwindelgefühl,
- Kopfschmerzen,
- Schläfrigkeit,

- verändertes Geschmackempfinden,
- vermindertes Empfinden oder verminderte Empfindlichkeit einschließlich des Mundbereichs,
- Drehschwindel („Vertigo“),
- Erbrechen,
- Übelkeit und
- erhöhter Blutdruck.

Verhalten bei Bluthochdruck

Ein erhöhter Blutdruck ist meist nur kurzzeitig zu erwarten. Spitzen traten am häufigsten etwa 40 Minuten nach der Anwendung auf und meist hatte sich der Wert nach zwei Stunden wieder normalisiert.

Messungen des Blutdrucks sollten 15 sowie 30 bis 40 Minuten nach der Anwendung erfolgen und dokumentiert werden. Generell traten Nebenwirkungen in Form von leichten Dissoziationen in etwa 25 % und erhöhter Blutdruck in circa 10 % der Fälle auf.

Zur Sicherheit sollten Sie für den Fall von deutlich zu hohem Blutdruck Nitrospray oder Nifedipinzerbeißkapseln bereithalten.

Mögliche Gesamtbehandlungskonzepte sind in **Abb. 2** dargestellt.

Kontraindikationen für das Nasenspray sind vor allem

- aktuell vorliegender unbehandelter maligner Bluthochdruck,
- Vorliegen von Aneurysmata in der Anamnese,
- Zustand nach Hirnblutung oder
- Zustand nach Herz- oder Hirninfarkt innerhalb der letzten sechs Wochen.

Eine eingeschränkte Indikation liegt bei einem Medikamentenmissbrauch in der Anamnese vor.

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

Literatur

1. Leitfaden für die sichere Anwendung für Patienten. www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/Risikoinformationen/EducationMaterial/Anlagen/esketamin-spravato-patienten.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff 10.10.2023)
2. Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels. www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/spravato-epar-product-information_de.pdf (Zugriff am 10.10.2023)
3. Spravato® 28 mg Nasenspray, Lösung. static.janssen-emea.com/sites/default/files/Germany/SMPC/DE-PL-0062.pdf?tracked (Zugriff am 10.10.2023)

Kleinanzeigen aus der Praxis

Praxisbörse

Facharzt (m/w/d) für **Psychiatrie und Psychotherapie** in Anstellung gesucht. Für meine Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie in Kiel (www.ppp-kiel.de) suche ich eine/n engagierte/n Kollegin in Voll- oder Teilzeit. **Kontakt:** a.werner-ott@gmx.de

Verkaufen | Verschenken

Spectrum 32 EEG-Gerät (Cadwell, USA, 90er-/Nuller-Jahre) gesucht, um alte Optical Discs (Pioneer 654 MB DC-S65) auszulesen. Zur Einmalnutzung oder zum Verkauf. **Kontakt:** spectrum32@mailbox.org

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-nervenae-rzte.de/project/kleinanzeigen/>



Einsendeschluss: 21. November 2023

Post-COVID in der Psychiatrie

Therapieren mit dem richtigen Tempo

Vor über drei Jahren traf uns die erste Welle von COVID-19. Das bedeutet auch, dass inzwischen mehr Informationen über Langzeitfolgen vorliegen. Diese richtig zu behandeln fällt unter anderem in die Kompetenz der Fächer Psychiatrie und Neurologie.

Der beginnende Herbst mit der jährlichen Grippesaison macht das mittlerweile in den Hintergrund getretene COVID-19-Thema wieder präsenter. Obwohl seit der ersten schweren Welle mit hoher Letalität und ohne Impfmöglichkeit nun schon drei Jahre vergangen sind, hat die Pandemie bis heute Spuren hinterlassen. Weltweit ist die Lebenserwartung gesunken, in Deutschland fiel der Rückgang mit etwa sechs Monaten noch moderat aus.

Viele der Überlebenden leiden noch heute unter Post- oder Long-COVID. Bei

der Behandlung dieser Langzeitfolgen muss in der Neurologie und Psychiatrie einiges beachtet werden. Wir verweisen dabei auch auf die zahlreichen Fortbildungen des Berufsverbands, zum Beispiel auf den ZNS-Tagen oder online.

Genese und Diagnose

Wie bei vielen anderen Erkrankungen auch, ist die Genese von Post- oder Long-COVID nicht geklärt. Diskutiert werden direkte Schädigungen an Neuronen durch das Virus selbst oder durch das Immunsystem bei gestörter Bluthirn-

schanke. In Fällen von direkten neurologischen Beschwerden scheint auch eine Aktivierung von prokoagulatorischen Faktoren mit Thrombusbildung und damit kleineren oder größeren Gefäßverschlüssen eine Rolle zu spielen. Genauso divers wie die Ätiologie sind die derzeit laufenden Studien auf dem Gebiet. Sie erstrecken sich von der Erprobung entzündungshemmender Mittel über Nahrungsergänzungsmittel bis zu Steroiden, zellbasierten Therapien, immunmodulierenden und antithrombotischen Substanzen.

Fatigue tritt mit 58% als häufigstes Symptom bei Patientinnen und Patienten mit Post- oder Long-COVID auf.



© V. Yakobchuk / stock.adobe.com (Symbolbild mit Fotomodell)

Die folgenden zehn Aussagen betreffen Ihr normales Befinden. Bitte umkreisen Sie die Antwort, die am besten zu Ihnen passt. Beantworten Sie bitte jede Frage, auch wenn Sie momentan keine Beschwerden haben. Sie können pro Aussage zwischen fünf Antwortmöglichkeiten wählen, variierend von „niemals“ bis „immer“.

	niemals	manchmal	regelmäßig	oft	immer
1. Ich leide unter Ermüdungserscheinungen.	<input type="radio"/>				
2. Ich bin schnell müde.	<input type="radio"/>				
3. Ich finde, dass ich an einem Tag wenig mache.	<input type="radio"/>				
4. Ich habe genug Energie für den Alltag.	<input type="radio"/>				
5. Körperlich fühle ich mich erschöpft.	<input type="radio"/>				
6. Es fällt mir schwer, Sachen anzufangen.	<input type="radio"/>				
7. Es fällt mir schwer, klar zu denken.	<input type="radio"/>				
8. Ich habe keine Lust etwas zu unternehmen.	<input type="radio"/>				
9. Ich fühle mich geistig erschöpft.	<input type="radio"/>				
10. Wenn ich mit etwas beschäftigt bin, kann ich mich gut darauf konzentrieren.	<input type="radio"/>				

Abb. 1: Fragebogen über Ermüdungserscheinungen: Fatigue Assessment Scale (FAS)

Bitte bewerten Sie jede Aussage auf einer Skala von 1 (trifft nicht zu) bis 7 (trifft voll zu)

Ich habe weniger Motivation, wenn ich erschöpft bin.	1	2	3	4	5	6	7
Körperliche Betätigung führt zu mehr Erschöpfung.	1	2	3	4	5	6	7
Ich bin schnell erschöpft.	1	2	3	4	5	6	7
Die Erschöpfung beeinflusst meine körperliche Belastbarkeit.	1	2	3	4	5	6	7
Die Erschöpfung verursacht Probleme für mich.	1	2	3	4	5	6	7
Meine Erschöpfung behindert körperliche Betätigung.	1	2	3	4	5	6	7
Die Erschöpfung behindert mich an der Ausführung bestimmter Aufgaben und Pflichten.	1	2	3	4	5	6	7
Die Erschöpfung gehört zu den drei mich am meisten behindernden Beschwerden.	1	2	3	4	5	6	7
Die Erschöpfung hat Einfluss auf meine Arbeit, meine Familie beziehungsweise mein soziales Leben.	1	2	3	4	5	6	7
Summe:	cutoff Summenscore 36/63						

Abb. 2: Fatigue Severity Scale (FSS)

Neuerdings hat sich auch das Gesundheitsministerium mit seiner Long-COVID-Initiative des Themas wieder intensiver angenommen [1]. Wie auch sonst in der Medizin üblich, sollten Fachärztin-

nen und -ärzte für Allgemeinmedizin bei einem Verdachtsfall zunächst einen Überblick über die Systembeteiligung haben, da es ein breites Krankheitsspektrum mit einer starken Überlappung in

den psychosomatischen Bereich gibt [2]. Aus dem psychiatrischen Bereich sind Angst und Depression mit einer Häufigkeit von circa 20% besonders stark vertreten. Rasch nach Beginn der Pandemie zeigte sich, dass damalige COVID-19-Varianten sehr pathogen waren und zu weitaus häufigeren und schwereren neuropsychiatrischen Störungen geführt haben als andere virale Atemwegserkrankungen [3].

Bei Patientinnen und Patienten, die sich nach sechs Monaten noch nicht erholt hatten, bestand ein hohes Risiko für länger dauernde psychische Probleme. Als neurologische Symptome mussten gegebenenfalls Schlafstörungen, Kopfschmerzen und kognitive Störungen abgeklärt werden.

Fatigue

Schon im ersten Jahr nach Beginn der Pandemie wurden mehr als 50 verschiedene Symptome oder Erkrankungen nach COVID-19 beschrieben [4], wobei Fatigue mit circa 58% am häufigsten auftrat. Die wichtigsten Risikofaktoren für Fatigue waren weibliches Geschlecht, ein erhöhter BMI, mittleres Lebensalter und mehr als fünf Symptome in der akuten Krankheitsphase.

In **Abb. 1** und **Abb. 2** sind zwei der frei im Internet abrufbaren Selbstbeurteilungsskalen bei Fatigue abgebildet. Zum einen ist dies die Fatigue-Assessment Scale (FAS). Sie gibt eine erste Orientierung neben der Anamnese und Exploration, ob Fatiguesymptome vorliegen. Zudem kann sie zur Dokumentation der Diagnose genutzt werden.

Der zweite Fragebogen, die Fatigue Severity Scale (FSS), verhilft zur Dokumentation der Schwere einzelner Fatiguesymptome.

Beide Skalen sind aus unserer Sicht nicht zwingend notwendig zur Diagnosestellung, aber ein „nice-to-have“. Sie können bereits im Wartezimmer oder nach der Sprechstunde von Patientinnen und Patienten ausgefüllt werden. Bei Anfragen von Medizinischen Diensten, Rentenversicherungsträgern und Agenturen für Arbeit dienen sie auch der Validierung der Diagnose. Die Tests können mit der EBM-Ziffer 35600 (standardisierte Testverfahren) je vollendete fünf Minuten abgerechnet werden.

© Michielsen, De Vries, Van Heck

© Krupp, LaRocca, Muir-Nash, Steinberg

Therapie

Sicher ist COVID-19 die in der Menschheitsgeschichte am besten dokumentierte Pandemie. Seit den Jahren 2022 und 2023 wurde nun der Langzeitverlauf besser beschrieben. Zwar nimmt die Diagnosehäufigkeit ab, das Risiko für ein breites Spektrum an psychiatrischen Diagnosen ist aber auch noch zwei Jahre später erhöht [5]. Neuropsychiatrische Folgen können nach wie vor nur eingeschränkt diagnostiziert werden. Neben Bildgebung und EEG kommen übliche neuropsychologische Testverfahren sowie die Skalen FAS und FSS zum Einsatz.

Wichtig sind selbstverständlich allgemeine Ansätze wie die Atemtherapie bei Dyspnoe, Logopädie bei Schluck- und Sprechstörungen, Sporttherapie zur gestuften Steigerung der Belastbarkeit, Physiotherapie bei Einschränkungen der Beweglichkeit, Ergotherapie beziehungsweise neuropsychologische Therapie bei Fatigue oder kognitiver Störung sowie regelmäßige Kontrolluntersuchungen. Bei all diesen Therapien spielt „Pacing“ eine Rolle (siehe auch **Was ist Pacing?**). Außerdem kommt aus unserem Fachgebiet die Psychotherapie und psychopharmakologische Therapie infrage. Eine Rehabilitation ist ein weiterer Bestandteil der Behandlung. Viele schwer betroffene Patientinnen und Patienten haben aber vermutlich bereits eine Rehabilitation absolviert.

In der psychiatrischen Differenzialdiagnose behandeln wir Post- und Long-COVID-Erkrankte mit den bekannten Methoden. Bei Schlafstörungen muss ein Restless-Legs-Syndrom oder ein obstruktives Schlafapnoesyndrom abgegrenzt werden, da sich hieraus andere Therapien ergeben. Zeigen Erkrankte Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), sollte fachgerecht mit einer Psychotherapie und gegebenenfalls psychopharmakologischer Unterstützung begonnen werden. Affektive Störungen werden, wie sonst auch, leitliniengerecht behandelt. Vermieden werden sollten SSRI, wenn Patientinnen und Patienten eine COVID-19-assoziierte Hirnblutung hatten. Wie auch sonst üblich, sollten Trizyklika wie Opipramol oder Amitriptylin bei älteren oder kognitiv ohnehin eingeschränkten Patientinnen und Patienten vermieden

Tab. 1: Metaanalyse der häufigsten neuropsychiatrischen Probleme im Jahr 2022

Neuropsychiatrisches Problem	Häufigkeit	Ursachen
Fatigue	58 %	multifaktoriell, ähnlich zu anderen Viren, Multipler Sklerose oder Tumoren
Kopf- und Muskelschmerzen	44 %	typisch infektassoziiert, aktivierte Makrophagen, ZNS-Penetration
Kognitive Störungen, Aufmerksamkeit, Vaskuläre Probleme, Enzephalopathie	27 %	vor allem bei schweren Verläufen, Vorerkrankungen, „Zytokinsturm“
Geruchs- und Geschmacksstörungen	21 %	vermutlich Infektion des epithelialen Stützgewebes

Was ist Pacing?

Pacing bedeutet im Grunde, zwar einerseits aktiv zu bleiben, aber gleichzeitig dabei durch Überanstrengungen ausgelöste Rückfälle zu vermeiden. Die Patientin oder der Patient soll angeleitet werden, sich selbst das richtige Tempo vorzugeben.

Pacingstrategien zu vermitteln gehört zu den wichtigsten psychoedukativen Aufgaben für die Behandlung und langfristige Betreuung von Long-COVID-Erkrankten durch uns Psychiaterinnen und Psychiater sowie Neurologinnen und Neurologen.

Wir hören täglich von Patientinnen und Patienten: „Vorgestern ging es mir ganz gut und dann habe ich viel erledigt, denn wer weiß, wann mal wieder ein guter Tag ist. Seit gestern liege ich wieder nur im Bett.“ Wenn dieses Muster so belassen wird, entwickelt sich eine anhaltende negative Feedbackschleife. Die Vermittlung von Pacingstrategien gibt den Erkrankten wieder ein Instrument zur Selbstwirksamkeit.

werden. Genau diese Medikamente können allerdings zum Beispiel bei jüngeren Personen eingesetzt werden, beispielsweise bei der Kombination von Depressionen, Schlafstörung und Kopfschmerzen. Liegen nur Depressionen mit einer Schlafstörung vor, könnte sich Mirtazapin eignen.

SSRI sind die Mittel der Wahl bei Angststörungen oder Depressionen nach COVID-19. Liegen zusätzlich somatoforme Symptome oder muskuloskeletale Beschwerden vor, kann über Duloxetine oder als zweite Wahl Opipramol nachgedacht werden. Bei isolierten Ängsten mit Schlafstörungen kann gut aufgeklärten Patientinnen und Patienten vorübergehend ein Benzodiazepin empfohlen werden. Pregabalin bietet sich bei neuropathischen Schmerzen mit generalisierten Ängsten und Schlafstörungen an. Bupropion hat einen hohen Stellenwert bei Patientinnen und Patienten mit Depressionen und Fatigue, Antriebsminderung sowie gegebenenfalls einer Tabakabhängigkeit unter Beachtung von Kontraindikationen und Laborkontroll-

len. Digitale Gesundheitsanwendungen sind eine weitere Option.

Notwendig ist natürlich eine Kontrolle und Reduktion von kardiovaskulären Risikofaktoren.

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

Prof. Dr. med. Markus Weih, Nürnberg

Literatur

1. BGM-Initiative Long-COVID. www.bmg-longcovid.de/ (Zugriff am 20.9.2023)
2. Greenhalgh T, Sivan M, Delaney B, Evans R, Milne R. Long covid – an update for primary care. *BMJ*. 2022;378:e072117
3. Taquet M, Geddes JR, Husain M, Luciano S, Harrison PJ. 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236 379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records. *Lancet Psychiatry*. 2021;8(5):416-27
4. Lopez-Leon S, Wegman-Ostrosky T, Perelman C, Sepulveda R, Rebolledo PA, Cuapio A, Villapol S. More than 50 Long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *medRxiv [Preprint]*. 2021. Update in: *Sci Rep*. 2021;11(1):16144
5. Bowe B, Xie Y, Al-Aly Z. Postacute sequelae of COVID-19 at 2 years. *Nat Med*. 2023;29(9):2347-57

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Chronische Insomnie: Angriffspunkt Orexin-Rezeptoren

Die chronische Insomnie ist eine der häufigsten Schlafstörungen bei über 65-Jährigen. Die therapeutischen Optionen sind wegen möglicher Nebenwirkungen besonders bei Älteren limitiert. Ein neuer Behandlungsansatz zielt auf das wachheitsfördernde Orexin-System im zentralen Nervensystem ab.

Orexin-Rezeptoren sind ein spezifischer Angriffspunkt, betonte Prof. Dr. Kai Kahl, geschäftsführender Oberarzt an der psychiatrischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover. So dämpft der duale Orexin-Rezeptor-Antagonist Daridorexant (Quviviq™) überaktive Wachheitssignale, indem die Orexin-Wirkung gehemmt wird. Dies konnte in zwei doppelblinden Phase-III-Studien über drei Monate gezeigt wer-

den [Mignot E et al. Lancet Neurol. 2022;21(2):125-39]. Etwa 40% der Teilnehmenden waren mindestens 65 Jahre alt. In der Studie erhielten 930 Erwachsene mit Schlafstörungen randomisiert unter anderem die empfohlene Tagesdosis von 50 mg Daridorexant oder Placebo jeden Abend. Primäre Endpunkte waren die Veränderungen in der Wachheit nach dem ersten Einschlafen (wake time after sleep onset, WASO) sowie die Dauer bis zum Einsetzen eines anhaltenden Schlafes (latency to persistent sleep, LPS).

Im Ergebnis verbesserte Daridorexant gegenüber Studienbeginn die WASO signifikant. Dieser Parameter war bei 50 mg in Monat 3 unter dem Verum um 29,4 Minuten verringert, unter Placebo um durchschnitt-

lich 11,1 Minuten. In diesem Zeitraum wurde auch die LPS um 34,8 Minuten verkürzt, unter Placebo um 23,1 Minuten [Mignot E et al. Lancet Neurol. 2022;21(2):125-39]. Zudem verbesserte Daridorexant 50 mg gegenüber 25 mg signifikant die Tagesschlaftrigkeit. Weiterhin zeigte sich, dass die Wirksamkeit über mindestens zwölf Monate bestehen bleibt. Wie eine sekundäre Analyse ergab, war die Effektivität des Orexin-Rezeptorantagonisten bei über und unter 65-Jährigen vergleichbar [Fietze I et al. Drugs Aging. 2022;39(1):795-810]. **Dr. Ralph Hausmann**

Symposium „Die chronische Insomnie: Innovative Therapieoption Daridorexant – aus der Praxis für die Praxis“, 35. Jahrestagung der DGG, Frankfurt am Main, 15.9.2023. Veranstalter: Idorsia

MS-Überbrückungstherapie bei Kinderwunsch?

Hoch wirksame krankheitsmodifizierende MS-Therapien sollen bei Patientinnen mit Kinderwunsch aufgrund schwangerschaftsbezogener Risiken abgesetzt werden. Eine aktuelle Studie evaluierte den Ef-

fekt einer Überbrückungsbehandlung mit Glatirameroiden oder β -Interferonen. Die Gabe dieser beiden Wirkstoffe während der Schwangerschaft ist gut untersucht, und die Risiken für schwangerschaftsbezo-

gene Nebenwirkungen scheinen gering zu sein. Möglicherweise reduzieren die Substanzen auch das Progressionsrisiko, das nach Absetzen hoch wirksamer krankheitsmodifizierender MS-Therapien (Disease Modifying Therapies, DMT) erhöht ist [Alroughani R et al. Mult Scler Relat Disord. 2019;34:9-13].

Dr. Daniela Rau, Nervenärztliche Gemeinschaftspraxis in Ulm, wies auf eine nicht interventionelle Studie hin, die sich dieser Fragestellung widmete [Hellwig K et al. Neurodegener Dis Manag. 2023;13:223-34]. Forscherinnen der Universität Bochum hatten prospektiv erhobene Registerdaten zu insgesamt 104 Schwangerschaften bei 101 Patientinnen mit MS ausgewertet. Diese hatten eine Vortherapie mit Natalizumab, Fingolimod, Dimethylfumarat oder Teriflunomid abgesetzt. In 32 Fällen war danach eine Überbrückungstherapie eingeleitet worden, davon in 20 Fällen mit Copaxone® (Glatirameracetat, GA) und in 12 Fällen mit Interferon β (IFN). In 13 Fällen, bei denen die Frauen eine hohe Krankheitsaktivität aufwiesen, wurde die Überbrückungstherapie direkt nach dem Absetzen der Vortherapie begonnen, in 19 Fällen mit einer Verzögerung von im Median 152 Tagen. Die Schubrate in dieser Zeit wurde als Ausgangswert

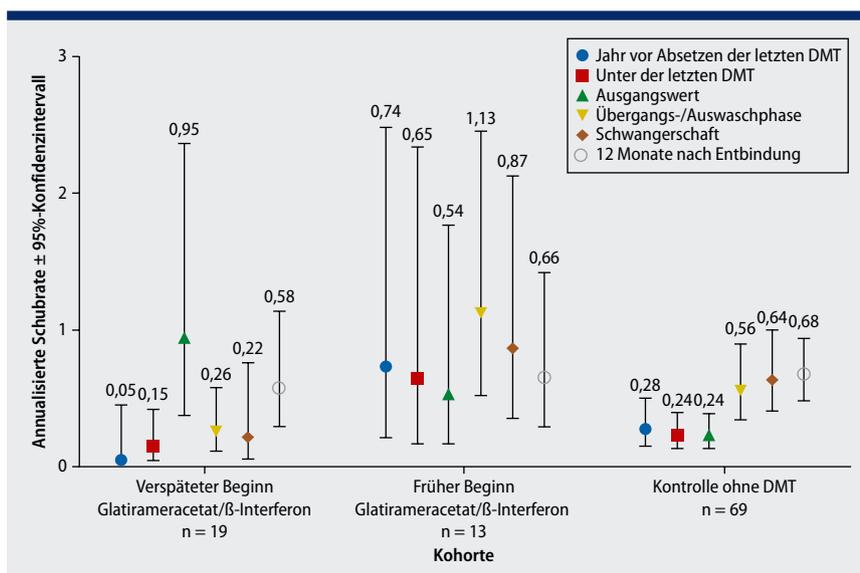


Abb. 1: Schubrate unter Überbrückungstherapie mit Glatirameracetat (GA) oder β -Interferon (IFN). „Übergangsphase“: Zeitraum von Beginn der GA/IFN-Therapie bis letzter Menstruation vor Schwangerschaft (mod. nach [Hellwig K et al. Neurodegener Dis Manag. 2023;13:223-34]).

betrachtet, in der Kontrollkohorte ohne GA/IFN wurde die Rate unter der letzten DMT verwendet.

Verglichen wurde der Wert mit der Schubrate in der Auswaschphase, die in der Kontrollkohorte ohne GA/IFN auf die Zeit zwischen dem Absetzen der Vortherapie und der letzten Menstruation vor der Schwangerschaft bezogen wurde. Die Studie zeigte in der Kohorte mit verzögertem Beginn der GA/IFN-Therapie während der Auswaschphase nach Absetzen der Vortherapie und während der Schwangerschaft einen Trend

zu einer niedrigeren Schubrate im Vergleich zur Kohorte ohne GA/IFN. In der Kohorte mit verzögertem Beginn der Überbrückung ging die Schubrate im Verlauf der GA/IFN-Therapie zurück. In der Kohorte, in der direkt von der Vortherapie auf GA/IFN umgestellt wurde, war danach zwar kein Rückgang zu verzeichnen, aber – anders als in der Kohorte ohne GA/IFN – eine Stabilisierung der Schubrate, wenn auch auf hohem Niveau (**Abb. 1**) [Hellwig K et al. Neurodegener Dis. Manag. 2023;13:223-34]. Rau betonte, dass die Aussagekraft dieser kleinen

Beobachtungsstudie begrenzt ist und es dringend weiterer Studien bedarf. Dennoch ließe sich aufgrund der Daten annehmen, dass Patientinnen, die eine DMT wegen eines Kinderwunsches absetzen und zuvor eine niedrige Krankheitsaktivität hatten, von einer Überbrückungstherapie mit Glatirameracetat oder Interferon beta profitieren. **Dr. Thomas Heim**

Virtuelles Pressegespräch „Copaxone® als wichtige Konstante in der MS-Therapielandschaft“, 13.9.2023. Veranstalter: Teva

Frühdiagnostik als Schlüssel zur Alzheimertherapie

Der Alzheimerfrühdiagnostik kommt künftig eine Schlüsselrolle zu: Gerade bei ersten kognitiven Einschränkungen wird es wichtig sein, nach einer Alzheimerpathologie zu fahnden.

Auch in Europa könnten demnächst krankheitsmodifizierende Therapien (Disease Modifying Therapies, DMT) gegen Alzheimer zugelassen werden, und diese scheinen Phase-III-Studien zufolge am besten zu wirken, wenn sie möglichst früh im Krankheitsverlauf verabreicht werden. Damit kommt einer frühen Alzheimerdiagnostik eine Schlüsselrolle zu. Vor allem die Liquordiagnostik auf β -Amyloid und Tau-Protein sei auch von niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten gut machbar und liefere zuverlässige Resultate, erläuterte PD Dr. Timo Grimmer von der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Technischen Universität München. Derzeit erhielten aber weniger als 0,2% der Patientinnen und Patienten mit milden kognitiven Einschränkungen (mild cognitive impairment, MCI) und weniger als 1% derjenigen mit Demenz eine Lumbalpunktion zur Abklärung der Krankheitsursache, so Grimmer weiter. Dieser Anteil dürfte deutlich zunehmen, wenn die neuen DMT auf den Markt kommen und als Voraussetzung für die Behandlung eine Alzheimerpathologie nachgewiesen werden muss.

Grimmer plädierte dafür, dann auch die Hausärztinnen und Hausärzte stärker in den Diagnoseprozess einzubeziehen: „Sie kennen schließlich ihre Patientinnen und Patienten, ihnen fällt als Erstes auf, wenn die kognitive Leistung nachlässt.“ Kognitive

Defizite könnten sie mit einem neuropsychologischen Kurztest bestätigen. Da mehr als jede zweite Person mit MCI keine Alzheimerpathologie aufweist, liegt auch die Abklärung alternativer Ursachen zunächst bei Hausärztin oder Hausarzt: einige Standardfragen zum Ausschluss einer Depression, eine Blutuntersuchung, um reversible Ursachen aufzuspüren, sowie die Überweisung zur strukturellen Bildgebung per CT oder MRT. Erst nach dieser Vorarbeit sei gegebenenfalls die weiterführende Diagnostik bei Fachärztin beziehungsweise Facharzt nötig, es werde also nicht jede Person mit ersten kognitiven Problemen gleich eine Liquoruntersuchung benötigen.

Nicht jeder mit Liquordiagnostik auf Amyloid- und Tau-Protein werde zudem eine Alzheimerpathologie zeigen. „Es kommen daher weit weniger Menschen für die neuen Therapien infrage, als viele annehmen.

Das relativiert auch die Ängste, dass diese nicht bezahlbar sein könnten“, sagte Prof. Dr. Oliver Peters, Oberarzt, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité Berlin.

Auf der anderen Seite ist es notwendig, die Erwartungen vieler Menschen zu dämpfen, da eben viele Alzheimerkranke nicht oder nicht mehr von DMT profitieren könnten. So sei eine Kostenerstattung primär bei Alzheimer im MCI-Stadium und leichter Demenz zu erwarten. Umso wichtiger sei es, Menschen mit einer Alzheimerpathologie bereits im Stadium der MCI zu erkennen: „Dann dürfte das Potenzial für einen nachhaltigen Erfolg größer sein als bei einer leichten Demenz“, erläuterte der Gerontopsychiater (**Abb. 1**). **Thomas Müller**

Kamingespräch „Versorgung der Alzheimer-Krankheit. Ist die Früherkennung der Schlüssel?“, 18.9.23, Bad Homburg. Veranstalter: Lilly

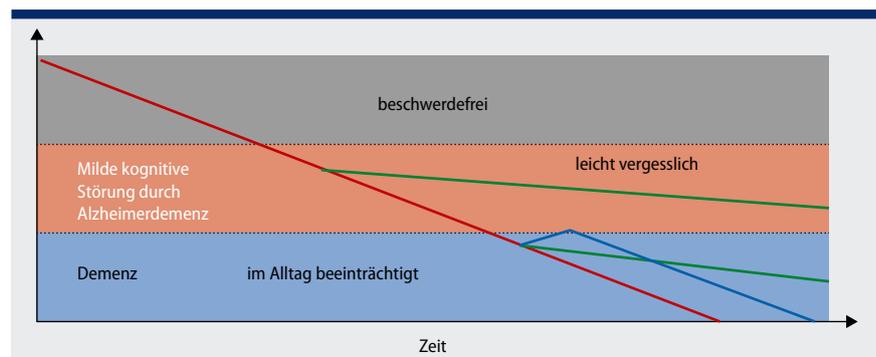


Abb. 1: Hirnleistung bei Alzheimerdemenz: grüne Linie = verlaufverzögernde Therapie, blaue Linie = Antidementiva, rote Linie = Spontanverlauf (mod. nach Vortrag von Prof. Dr. Timo Grimmer, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München)

Zulassungserweiterung für Risdiplam

Das small molecule Risdiplam (Evrysdi®) darf seit August 2023 bereits ab der Geburt verschrieben werden: Wie das Unternehmen Roche mitteilt, erhielt der Wirkstoff gegen die spinale Muskelatrophie diesen Sommer eine Zulassungserweiterung. Diese beruht auf den Ergebnissen einer Interimsanalyse der Studie RAINBOWFISH. Dabei erhielten sechs präsymptomatische Neugeborene mit zwei oder drei Kopien des SMN2-Gens die Substanz Risdiplam. Nach einem Jahr Behandlung seien alle Säuglinge in der Lage gewesen, zu sitzen; vier von ihnen sei es gelungen, zu stehen, drei ohne Hilfe zu gehen [Finkel RS et al. MDA Clinical & Scientific Conference. 2022; Day JW et al. BMC Pediatr. 2022;22(1):632].

Aktuell wird für Kinder unter zwei Monaten eine Dosierung von 0,15 mg/kg Risdiplam empfohlen – sie unterscheidet sich demnach von den bisher zugelassenen Dosierungen. Ein für diese Altersgruppe angepasstes Spritzenset ist seit dem 15. September 2023 verfügbar. **red**

Nach Informationen von Roche

MS-Medikamente als „unentbehrlich“ eingestuft

In die WHO-Liste der unentbehrlichen Arzneien sind erstmalig auch drei MS-Therapien aufgenommen worden. Glatirameracetat (Copaxone®) ist als Basistherapeutikum eines davon. **red**

Nach Informationen von Teva

Eculizumab auch für Kinder ab sechs Jahren mit Myasthenie

Die EU hat den Antikörper Eculizumab (Soliris®) für die Behandlung der refraktären generalisierten Myasthenia gravis bei Kindern und Jugendlichen ab sechs Jahren zugelassen, deren Anti-Acetylcholinrezeptor-Antikörper-Test positiv ist. Basis sind die Ergebnisse einer Phase-III-Studie. Darin wurde für Eculizumab eine signifikante Verbesserung des primären Endpunkts (Veränderung des Quantitative Myasthenia Gravis-Gesamtscores in Woche 26 gegenüber dem Ausgangswert [-5,8; 95%-KI -8,4 bis -3,13; p = 0,0004]) gezeigt [Brandsema JF, AAN 2023, S5.009]. **red**

Nach Informationen von Alexion

Antagonisierung bei intrazerebralen Blutungen

➔ Die Überlebensprognose einer spontanen intrazerebralen Blutung (ICB) ist seit den 1990er-Jahren mit einer 6-Monats-Letalität von bis zu 58% unverändert hoch geblieben. Direkte orale Antikoagulanzen (DOAK) seien zwar mit niedrigeren ICB-Raten assoziiert, doch Menschen mit ICB unter DOAK würden vergleichbare Mortalitätsraten aufweisen wie unter konventioneller Vitamin-K-Antagonisierung, betonte PD Dr. Wolf-Dirk Niesen, Universitätsklinikum Freiburg. Während sich die Primärblutung nicht mehr revidieren lässt, lasse sich das Risiko der prognoserelevanten Hämatomprogression durch die Vermeidung von Nachblutungen verringern, erklärte Niesen. Die Maßnahmen umfassen eine intensivierete Blutdruckkontrolle (< 140 mmHg) unter Berücksichtigung der Blutungslokalisierung, des Ausgangsblutdruckes (maximal systolische Blutdrucksenkung ≤ 90 mmHg) und dem Zeitpunkt der Therapieeinleitung (früh: < 2 Stunden). Hinzu kommt ein rascher spezifischer Gerinnungsausgleich. Für Personen mit ICB unter den Faktor-Xa(FXa)-Inhibitoren Apixaban und Rivaroxaban steht mit Andexanet alfa (Ondexxya®) ein zugelassenes spezifisches Antidot zur Verfügung, wenn aufgrund von lebensbedrohlichen oder nicht kontrollierbaren Blutungen eine Aufhebung der Antikoagulation angezeigt ist. In der einarmigen ANNEXA-4-Substudie konnten 79% der Patientinnen und Patienten mit spontaner ICB beziehungsweise 83% mit traumatischer ICB unter einer FXa-Inhibitortherapie zwölf Stunden nach der Gabe von Andexanet alfa eine gute oder exzellente Hämostase erreichen [Demchuk AM et al. Stroke. 2021;52:2096–105]. Für eine

potenzielle Überlegenheit von Andexanet alfa beim klinischen Outcome gegenüber dem unspezifischen 4-Faktor-Prothrombin-komplex (PPSB) [Huttner HG et al. Stroke. 2022;53:532–43] würden Ergebnisse einer prospektiven Datenbankanalyse (2019 bis 2022) sprechen, denen zufolge Andexanet-alfa-behandelte ICB-Betroffene seltener eine Hämatomexpansion entwickelten und eine niedrigere Mortalitätsrate aufwiesen als unter einer PPSB-Therapie, berichtete Niesen.

Im neurochirurgischen Notfallsetting werde jede intrakranielle Blutung als potenziell lebensbedrohlich eingestuft, betonte Prof. Dr. Christopher Beynon, Universitätsklinikum Heidelberg. Dabei müsse die Indikation zur Antagonisierung der Gerinnungshemmung bei Menschen mit einer Blutung unter DOAK-Therapie individuell und so rasch wie möglich gestellt werden, da im Bedarfsfall das Prinzip „Time is brain“ gelte. In Anbetracht der aktuell noch begrenzten Verfügbarkeit validierter, schneller Tests zur Einschätzung der DOAK-Spiegel oder Anti-Xa-Aktivität müsse und könne die Entscheidung auch ohne Messung klinisch erfolgen, erklärte PD Dr. Jürgen Koscielny, Charité Berlin. In der vital bedrohlichen Situation und bei Notoperationen empfehle es sich, die Wiederherstellung der Hämostase parallel zum Einnahmestopp der Antikoagulanzen, algorithmenbasiert und multimodal zu beginnen. **Dr. Yuri Sankawa**

Industriesymposium „Blutungsmanagement DOAK-assoziierter intrakranieller Blutungen – zielgerichtete Strategien in der Neurochirurgie“ 74. Jahrestagung der DGNC, 27.6.2023, Stuttgart. Veranstalter: AstraZeneca

Kontinuierliche Wirkspiegel mit subkutanem Levodopa bei Parkinson

➔ Für Patienten und Patientinnen mit fortgeschrittenem Morbus Parkinson steht eine neue subkutane 24-Stunden-Levodopa-Therapie kurz vor der Markteinführung. Bisher werden zu viele Patientinnen und Patienten mit Morbus Parkinson im fortgeschrittenen Krankheitsstadium auch dann noch mit einer oralen dopaminergen Medi-

kation behandelt, wenn sie für eine gute Symptomkontrolle nicht mehr ausreicht, erklärte Prof. Dr. Jan Kassubek, Leitender Oberarzt, Universitätsklinik für Neurologie, Ulm. Mehr als die Hälfte schöpfen das Potenzial nicht oraler Folgetherapien aus Angst vor einem operativen Eingriff nicht aus [Tessitore A et al. J Neurol. 2018;265:1124-

37]. Für sie bietet sich die subkutane Infusionslösung mit Foslevodopa/Foscarbidopa (Produodopa®) als Alternative an. Bei der Weiterentwicklung des Goldstandards Levodopa wurde die Löslichkeit von Levodopa und Carbidopa durch molekulare Modifizierung so stark erhöht, dass die hochkonzentrierte Infusionslösung aus den Prodrugs Foslevodopa und Foscarbidopa subkutan appliziert werden kann. In der 52-wöchigen Phase-III-Studie M15-741 hatte die subkutane Infusionstherapie bereits nach der ersten Woche einen klinisch bedeutsamen Anstieg der On-Zeit ohne beeinträchtigende Dyskinesien und eine Abnahme der Off-Zeit bewirkt. Im gesamten Studienzeitraum konnten die On-Zeiten ohne beeinträchtigende Dyskinesien signifikant um 3,8 Stunden im Vergleich zur Baseline ($p \leq 0,001$) verlängert und die Off-Zeiten um 3,5 Stunden im Vergleich zur Baseline ($p \leq 0,001$) reduziert werden [Aldred J et al. *Neurol Ther.* 2023].

Damit verbunden profitierten die Patientinnen und Patienten von einer besseren Schlafqualität mit guter motorischer Kontrolle in der Nacht, einem entspannteren morgendlichen Aufwachen ohne störende Dyskinesien und konnten bei besserer Beweglichkeit in den Tag starten. Das bedeutet, ihre Lebensqualität verbesserte sich laut Kassubek insgesamt. Auch wenn die Verträglichkeit gut war, riet der Experte dazu, nicht infektiösen Reaktionen an der Infusionsstelle durch ein gutes Hautmanagement vorzubeugen. In der Studie waren diese Nebenwirkungen eher leicht bis mittelschwer und klangen mehrheitlich spontan ab [Soileau MJ et al. *Lancet Neurol.* 2022;21:1099-109].

Ute Ayazpoor

Pressegespräch „Produodopa® – die subkutane Levodopa-Innovation bei fortgeschrittenem Morbus Parkinson“, Frankfurt am Main, 18.9.2023. Veranstalter: AbbVie

Prävention von Migräneattacken

➔ Mit Eptinezumab (Vyeptri®) steht ein intravenös zu verabreichender CGRP-Antikörper zur Prophylaxe von Migräneattacken zur Verfügung. Im Vergleich zur subkutanen Darreichungsform ist es bereits am Tag nach der Infusion wirksam. Infundiert wird Eptinezumab alle drei Monate. Wirksamkeit und Sicherheit wurden in den klinischen Phase-III-Studien PROMISE-1 und PROMISE-2 belegt [Ashina M et al. *Cephalalgia.* 2020;40:241-54; Lipton RB et al. *Neurology* 2020;94(13):e1365-77]. Dass der CGRP-Antikörper auch bei therapiefraktären Erkrankungen erfolgreich sein kann, wurde in der klinischen Phase-IIIb-Studie DELIVER [Ashina M et al. *Lancet Neurol.* 2022;21(7):597-607] gezeigt. Eingeschlossen in die placebokontrollierte Studie waren 890 Personen im Alter von 18 bis 75 Jahren, die in den vergangenen zehn Jahren erfolglos mit zwei bis vier Prophylaktika behandelt wurden. Nach Randomisierung erhielten die Teilnehmenden alle zwölf Wochen Eptinezumab in der Dosierung von 100 mg, 300 mg oder Placebo. In der Studie kam es unter beiden Dosierungen im Vergleich zu Placebo zu einem stärkeren Rückgang der Migränezfrequenz, der Schwere von Migräne und Kopfschmerz und dem Gebrauch von Schmerzmedika-

menten. Es verbesserte sich auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität deutlich. Zudem kam es zur Reduktion von Arbeitsfehltagen und einer geringeren Beeinträchtigungen der Arbeit aufgrund von Kopfschmerzen. Zugelassen ist der monoklonale Antikörper bei Erwachsenen mit mindestens vier Migränetag pro Monat. Laut PD Dr. Ruth Ruscheweyh, Neurologische Klinik und Poliklinik, LMU München, sprechen Prädiktoren wie eine höhere Attackenfrequenz, mehrere gescheiterte Prophylaxen, Medikamentenübergebrauch, längere Krankheitsdauer und psychische Komorbiditäten für eine hohe Rückfallwahrscheinlichkeit bei einem Absetzversuch eines CGRP-Antikörpers. Entsprechend wurde die aktuelle Leitlinie angepasst. Dort steht jetzt, „dass bei leichter erkrankten Patientinnen und Patienten nach zwölf Monaten ein Absetzversuch unternommen werden kann. Bei schwerer Erkrankten wird dieser nun nach 24 statt nach zwölf Monaten empfohlen“. **Dr. Claudia-Viktoria Schwörer**

Symposium „Personalisierte Therapie der Migräne – wo stehen wir heute?“ beim Kopfschmerzkongress der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e.V. am 1.7.2023 in Berlin. Veranstalter: Lundbeck

Erweiterte Funktionen bei Migräne-DiGA

Die digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) sinCephalea wurde um neue Funktionen ergänzt. Ziel der App auf Rezept ist eine ernährungsbasierte Migräneprophylaxe. Durch Informationen wie der Migränehäufigkeit und -intensität sowie der Medikation erstellt die DiGA einen Ernährungsplan für Betroffene, der Migräneattacken vorbeugen soll. Seit dem letzten Update können Nutzerinnen und Nutzer weitere Daten in ihren Migränekalender eintragen, zum Beispiel den Beginn ihrer Menstruation oder weitere Details zu einzelnen Migräneattacken. Zudem wird nun regelmäßig nach der Wirkung einzelner Medikamente gefragt. Diese Informationen sollen vor allem bei Arztgesprächen unterstützen und eine sowohl medikamentöse als auch nicht-medikamentöse Therapieanpassung erleichtern.

red

Nach Informationen von Perfood

Nusinersen auch nach Gentherapie nutzbringend

Die laufende, einarmige, offene, multizentrische Phase-IV-Studie RESPOND untersucht die Wirksamkeit und Sicherheit einer Therapie mit Nusinersen (Spinraza®) im Anschluss an eine Gentherapie mit Onasemnogen-Abepravoec bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern mit spinaler Muskelatrophie. Eingeschlossen wurden 60 Kinder im Alter von bis zu drei Jahren. Beim Kongress Cure SMA in Orlando, Florida, vom Unternehmen Biogen vorgestellte Zwischenergebnisse nach sechs Monaten belegen eine Verbesserung der motorischen Funktion bei einem Großteil der Patientinnen und Patienten, bestimmt anhand einer Erhöhung des mittleren HINE-2-Gesamtscores gegenüber Baseline. Nach einer medianen Teilnahmedauer von 230,5 Tagen wurden bei 13 von 38 (34%) schwerwiegende unerwünschte Ereignisse beschrieben, kein Ereignis wurde jedoch als mit Nusinersen in Zusammenhang stehend eingestuft oder führte zum Studienausstieg. Es wurden keine Sicherheitsbedenken für die Teilnehmenden festgestellt, die mit Nusinersen nach der Gentherapie behandelt wurden.

red

Nach Informationen von Biogen

Journal



Mitleid, Schauer und Moraldidaktik

Irrenhausbesuche in der Literatur um 1800 – Teil 1

Wir blicken auf eine Epoche, in der Zuchthäuser zugleich Waisen-, Armen- und Irrenhäuser waren. Die Internierung der „Geisteskranken“ war eine „Polizeimaßnahme“ (Blasius), der Akzent lag nicht auf Heilung, sondern auf Erziehung und Bestrafung. Erst die Aufklärung zielte darauf ab, die „Irren“ aus diesem Konzept herauszulösen und die „schimpfliche Beymischung von Verbrechern aller Art“ zu vermeiden. Um das Jahr 1845 ist dann in einem Brief an den preußischen König Friedrich Wilhelm IV. zu erkennen, dass die Irrenhäuser als „Anstalten zur Heilung von Seelenkranken“ verstanden wurden. Jedoch war lange vorher bereits eine gesellschaftliche „Wahnsinns-Debatte“ entbrannt, verbunden mit einem gesteigerten Interesse an den Irren.

Die Fachdisziplin „Psychiatrie“ nannte erstmals im Jahr 1808 der Hallenser Mediziner *Johann Christian Reil* (1759–1813) in einem Aufsatz „Über den Begriff der Medizin und ihre Verzweigungen, besonders in Beziehung auf die Berichtigung der Topik in der Psychiatrie“. Reil unterschied die chemische von der physisch-mechanischen und der psychischen Heilmethode, der er den Vorrang gab. Seine Schrift „Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrütungen“ setzte sich mit dem weiten Spektrum der Psychiatrie auseinander. Im Zentrum stand der Begriff der „Geisteszerrüttung“, der auf der Grundlage von Abweichungen vom „gesunden Menschenverstand“ definiert wurde. Reil forderte die Einrichtung von Heilanstalten und gründete mit dem Naturphilosophen *Adalbert Bartholomäus Kayssler* (1769–1821) das „Magazin für die psychische Heilkunde“ (1805–1806). Es war das erste deutschsprachige psychiatrische Periodikum.

Auf den Zeitgeist großen Einfluss hatte die Auffassung von *Immanuel Kant* (1724–1804) in seiner „Anthropologie in pragmatischer Sicht“ (1798), welche die seelischen Störungen in den Kompetenzbereich der Philosophie delegierte. In seinem im Jahr 1818 veröffentlichten

„Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens“ noch führte *Johann Christian August Heinroth* (1773–1843), ein in Philosophie promovierter Lehrstuhlinhaber für „Psychische Medizin“, Wahnsinn, Verrücktheit, Tollheit, Melancholie, Blödsinn, Verwirrtheit und Ängstlichkeit auf ausschweifende Leidenschaften und moralische Verfehlungen zurück. Daraus leitet sich entsprechend das Verständnis von „Wahnsinn“ ab.

Zustand des Un-Sinns

„Bis zum frühen 17. Jahrhundert hatte der Wahnsinnige innerhalb der Literatur unangefochten einen gewissen, manchmal sogar herausragenden Platz eingenommen“, schreibt *Georg Reuchlein* und dachte dabei an *Miguel de Cervantes* oder *Wilhelm Shakespeare*. Er sah im Aufkommen des Rationalismus einen entscheidenden Umbruch: „In dem Maße, in dem der Wahnsinn als Zustand des Un-Sinns und der Verblendung verstanden wurde, verlor er zusehends seine literarische Daseinsberechtigung. Die Gestalt des Wahnsinnigen wurde für nahezu das gesamte Spektrum der Literatur tabu und aus ihr ausgeschlossen.“ Der Wahnsinn wurde in die Satire verschoben. Der Wahnsinnige wurde zum Narren, verlacht und verspottet als „Produkt einer unordentlichen Phantasie“ (*Johann*

Christoph Gottsched), wo er doch ursprünglich jene Figur war, die einst zum Lachen anregte. Doch diese Haltung kippte rasch. Die Kategorie der Rührung spielte dabei eine trendsetzende Rolle. Das literarische Wahnsinnsmotiv erhielt eine tragisch-rührende Funktion.

Irrenhaus-Tourismus

In dieser Zeit der Umbrüche um das Jahr 1800 trat in der deutschsprachigen Literatur ein seltsames Phänomen auf, das in der Literaturwissenschaft durchaus auf Interesse stieß, mit freilich auch medizingeschichtlicher Relevanz: der „Irrenhaus-Tourismus“ (Reuchlein). Zweck der (Bildungs-)Reise war es, nicht nur Sitten und Gebräuche fremder Länder kennenzulernen, es galt die „Grenzen des Humanums auszuschreiten“, wozu eben auch und besonders der Besuch von Irrenhäusern zählte. Während sich reisende und Journal schreibende Ärzte weniger als mitfühlende Personen, als vielmehr objektive Berichterstatter verstanden, hatten Literaten eine andere, nicht zuletzt durch das Menschenbild der Empfindsamkeit geprägte Motivation. Meist wählten die Ärzte in ihren Reiseberichten einen unpersönlicheren Ton. Sie waren für allgemeine Informationen offen, kaum aber für Einzelfälle, zeigten „Interesse für alle Fragen des Wahnsinns

und speziell für das Irrenhauswesen“, weswegen *Anke Bennholdt-Thomsen/Alfredo Guzzoni*, deren grundlegende Arbeit hier dankbar referiert wird, zu dem Eindruck gelangten, ihre Anteilnahme habe eher den Institutionen als den Kranken und gesellschaftspolitischen Kontexten gegolten. Exemplarisch seien dazu „Medizinische Bemerkungen auf einer literarischen Reise durch Deutschland“ von *Jakob Friedrich Ludwig Lentin* (1776–1803) genannt, wonach es im Süden Deutschlands verhältnismäßig mehr Irre gebe als im Norden. Dabei überlegt Lentin, ob das am Katholizismus liege und mutmaßt am Beispiel eines wahnsinnigen Mönches, dass dieser im Mittelalter möglicherweise „als Heiliger verehrt worden wäre“.

Die Anfänge der Physiognomik

Die Literatur interessierte sich um das Jahr 1800 zunehmend auch für die Unterbringung in den Irrenhäusern. Die Vorläufer dieses Topos kamen aus der englischen Literatur des 17. Jahrhunderts. Man denke nur an *Jonathan Swift*

»In dem Maße, wie die Physiognomik populär wurde, artete sie ähnlich der Psychologie in eine kuriose Sucht nach dem absonderlichen Menschenleben, in hemmungslose Kopffjagd aus.«

Wolfgang Promies

(1676–1745), der das berühmte Londoner „Tollhaus zu Bedlam“ eingeführt hat. Zentrale Charakteristika sind Ironisierung, Befriedigung der Schau- und Verlachlust des Publikums sowie eine sich aus beiden Elementen speisende Fokussierung auf die Symptome des Wahns, allerdings meist auf Kosten der Darstellung von Ursachen und Therapiemöglichkeiten. „Diese Dichtungen reflektieren (...) die Funktionen der realen Besuchspraxis, wobei die dramatischen Irrenhausszenen mehr der Belustigung und Unterhaltung, die Satiren dagegen der moralischen Belehrung dienen. Zugleich stimmen sie in der Haltung und in den Perzeptionsrastern gegenüber dem Wahnsinnigen ganz mit der gesellschaftlichen Praxis der Irren(haus)besichtigung überein“ (Reuchlein). Neben der Belustigung über den Wahnsinn und

der Verspottung des Irren diene das Stilmittel der Übertreibung ins Monströse zur denunziatorischen Kennzeichnung der zumeist äußeren Merkmale des Wahnsinns sowie einem moraldidaktischen und abschreckenden Zweck im Sinne von *Faszinosum* und *Tremendum*.

Anfang des 19. Jahrhunderts verliere sich, so *Bennholdt-Thomsen/Guzzoni*, das Interesse an Bildungsreisen, weswegen stärker fachwissenschaftliche Reiseberichte vorherrschten und eine „Dissoziierung von medizinischem und nicht medizinischem Dokument“ eintrete.

Bei der Betrachtung der Physiognomien der Irren wirken bei allen Autoren *Johann Caspar Lavater* (1741–1801) Vorstellungen aus „*Physiognomische Fragmente, zur Beförderung der Menschenkenntnis und Menschenliebe*“ (vier Bände, 1775–78) nach. Sie dienten als Anleitung, verschiedene Charaktere anhand der Gesichtszüge und Körperformen zu erkennen. Lavater empfahl dem Anfänger in der Physiognomik ausdrücklich den Besuch der Irrenhäuser und das Studium der Insassen. „Eine der

wichtigsten Regeln sei also: ‚Fange bei den außerordentlichen Charakteren an! Studiere und erforsche vor allen Dingen die extremsten Charaktere, die äußersten Enden entgegengesetzter Charaktere (...) jetzt den geborenen Toren, dann den geborenen Weisen. Besuche in dieser Absicht Torenhospitaler und zeichne dir erst von den allergeistlosesten Gesichtern die Grundform, die auffallendsten Züge, erst die, welche allen gemein sind, sodann das, was jeder besonders hat‘, wie es in dem Aufsatz „Über das Studium der Physiognomik“ heißt.

Besuch im St. Hiob

In *Matthias Claudius'* Text „Der Besuch im St. Hiob zu ***“ aus dem „*Wandsbeker Boten*“ (1783) schildert Claudius, wie er mit einer Reisegruppe von etwa fünf Leuten ein Stift besucht, das er

„Herberge“ nennt. Neben einem Naturalienkabinett mit Konchylien finden sich dort die Kranken. Man unterscheidet Wahnsinnige, Unsinnige und Bösartige. Die Wahnsinnigen bewohnen jeder ein Stübchen für sich. Darin schienen einem „die Wahnsinnigen, oder die zwischen Sinn und Unsinn schweben, unglücklicher zu sein als die Unsinnigen“ und „nicht so grässlich, aber grauerlicher anzusehen“. Der Aufseher verweist darauf, dass „der Wahnsinn bei Weibsleuten sich immer auf Liebe und Religion beziehe, (...) denn die Weibsleute sprachen alle wie Verliebte, oder predigten und prophezeiten“. Bei den Männern treffen die Besucher auf einen, der sich für einen Mohr hält und sich ständig wäscht, ein anderer steht mit „verstörten Haaren“ und zeigt immer mit dem Finger nach einem Stundenglas. Vier Brüder, Söhne eines Musikanten, der ebenfalls mit seiner Frau in St. Hiob gestorben ist, sitzen in einem Zimmer beisammen und singen, sobald ein Patient verstorben ist, einen Vers aus einem Totenlied, weswegen sie „die Totenhähne“ genannt werden. Die „Unsinnigen“ leben in Kojen, die rundum in einem Zirkel gebaut sind. Sie sind gekennzeichnet durch zerrissene Kleider, partielle Nacktheit. Die Besucher erfahren von einem, der neun Jahre als Sklave in Algerien gewesen sei. Er bat flehentlich um ein kleines Stückchen Zucker. Schließlich werden die Besucher in die „große Krankenstube“ mit drei Reihen Betten geführt. Am Ende des Zimmers ist gerade eine Patientin verschieden. Auf die Frage an den Wärter, wie er dieses Elend täglich mit ansehen könne, antwortet dieser: „Ist es darum weniger, wenn ich es nicht sehe? Und sieht man es denn allein hier?“ Hieraus ist ein deutlicher Hinweis auf das soziale, bei Claudius zweifellos religiös motivierte Mitgefühl zu erkennen. Offenkundig wird, dass sich Claudius nicht über die Wahnsinnigen lustig macht oder über sie lacht. Dämonisierungen finden ebenfalls nicht statt. Es fällt aber zugleich auf, wie Claudius den Fokus auf das äußere Erscheinungsbild und das Verhalten der Wahnsinnigen richtet. Reuchlein erkennt darin eine „rationalistische Manier“.

In der Forschung wird angenommen, Claudius' Schilderung der vier wahnsinnigen Brüder sei eine Quelle für die Er-

zählung von *Heinrich von Kleist* (1777–1811) „Die heilige Cäcilie oder die Gewalt der Musik“ sowie *Justinus Kerners* Gedicht „Die vier wahnsinnigen Brüder“. Interessant ist, dass Kerner, Mitglied der Schwäbischen Dichterschule um *Ludwig Uhland* und *Gustav Schwab*, Arzt war (im Jahr 1817 erste klinische Beschreibung der bakteriellen Lebensmittelvergiftung Botulismus) und in der Autenriethschen Klinik unter anderem *Friedrich Hölderlin* psychiatrisch behandelte.

Für Bennholdt-Thomsen/Guzzoni ist es ausdrücklich nicht die Absicht von Claudius in seinem dezidiert literarisch ambitionierten Bericht „sachliche Informationen oder auch Fallgeschichten zu bieten, sondern den Lesern eine Art Stimmungsbild dessen zu vermitteln, was ein Irrenhausbesuch bedeuten kann. Deshalb erscheinen die einzelnen topischen Elemente bei aller Kürze hier gleichsam nur um ihrer selbst willen“.

Besuch im Würzburger Julius Hospital

In einem Brief an seine frühere Verlobte *Wilhelmine Zenge* (1780–1852) berichtet Kleist aus Würzburg am 13. September 1800 vom dortigen Julius Hospital. Zum biografischen Hintergrund: Nachdem Kleist seinen Militärdienst quittiert hatte und an der Frankfurter Viadrina studierte, verkehrte er im Zengeschen Hause und bot Wilhelmine Hilfe bei der Beseitigung ihrer Rechtschreibschwäche an. Wenig später gestand er ihr seine Liebe und hielt um ihre Hand an. Nach anfänglichem Zögern willigte Wilhelmine ein, und es kam im Frühsommer 1800 zur „inoffiziellen Verlobung“ mit der Bedingung, Kleist habe sich vor der Heirat um ein Amt zu bemühen, damit er eine Familie ernähren könne. Es dauerte jedoch nicht lange, und Wilhelmine heiratete den Professor für Philosophie und Theologie *Wilhelm Traugott Klug*.

Kleist bezeichnet das Julius-Hospital als eine der vortrefflichsten Anstalten, die je ein Mönch hervorbrachte. Das Haupthaus sei wie ein Schloss, ein Brunnen im Innenhof sowie Gärten, Badehäuser, ein anatomisches Theater und ein medizinisch-chirurgisches Auditorium ergänzen das Bild: „Das Ganze ist ein Produkt der wärmsten Menschenliebe. Jedes Gebrechen gibt, wenn es ganz

arm ist, ein Recht auf unbedingte kostfreie Aufnahme in diesem Hause. Die Wiederhergestellten und Geheilten müssen es wieder verlassen, die Unheilbaren und das graue Alter finden Nahrung, Kleidung und Obdach bis ans Ende des Lebens. Den nur auf gänzliche Hilflosigkeit ist diese Anstalt berechnet (...). Dabei ist es besonders lobenswert, dass die religiöse Toleranz, die nirgends in diesem ganzen Hochstift anzutreffen ist, grade hier in diesem Spital, wo es nötig war, Platz gefunden hat, und dass jeder Unglückliche seine Zuflucht findet in dieser katholischen Anstalt, wäre es auch ein Protestant oder ein Jude.“ Bemerkenswert ist, dass Kleist nicht von Wahnsinnigen oder Irren spricht, sondern von „Unglücklichen“ oder „Kranken“.

Auch das Innere des Spitals findet Kleists Lob: Jedes Gebäude beherberge eine eigene Art von Kranken, „entweder die medizinische oder chirurgische, und jeder Flügel wieder ein eigenes Geschlecht, die männlichen oder die weiblichen. Es gibt ein Haus für Unheilbare, eines für das schwache Alter, eines für die Epileptischen, eines für die Verrückten etc. Der Garten steht jedem Gesitteten offen. Es wird in großen Sälen gespeist. Eine recht geschmackvolle Kirche versammelt täglich die Frommen. Sogar die Verrückten haben da ihren vergitterten Platz“. Bei aller Aufmerksamkeit für „manches Ekelhafte und Lächerliche, viel Unterrichtendes und Bemitleidenswertes“ hat Kleist auch einen ökonomischen Blick über all die „Rührung und Ehrfurcht“ hinaus: „Die bloße Erhaltung der ganzen Anstalt beträgt jährlich 60.000 fl. Damit ist zugleich eine Art chirurgischer Pepiniere verknüpft, so dass bei dem Hospital selbst die künftigen Ärzte desselben gebildet werden“. Ergänzend zu Lob und Bewunderung äußert Kleist einige kritisch-konstruktive Reformschläge, die er seiner Verlobten mitteilt und die weit über die Details hinausgehen: Er wünscht sich, „dass das ganze Haus lieber gar nicht da sein möchte. Weit inniger greift man in das Interesse des hilflosen Kranken ein, wenn man ihn in seinem Hause, mit Heilung, Kleidung, Nahrung, oder statt der beiden letzten Dinge mit Geld unterstützt. Ihn erfreut doch der stolze Palast und der königliche Garten nicht, der ihn

immer an seine demütigende Lage, an die Wohltat, die er nie abtragen kann erinnert; aller dieser Anschein von Pracht wird schwerlich mehr, als den Kranken und sein Gefühl durch den bitteren Kontrast mit seinem Elende noch mehr drücken. Es liegt eine Art von Spott darin, erst ganz hilflos werden zu müssen, um königlich zu wohnen (...). Ich bin gewiss, dass gute, stilleidende Menschen weit lieber im Stillen Wohltaten annehmen, als sie hier mit prahlerischer Publizität zu empfangen“. Kleist ist der Auffassung, insbesondere die Kranken könn(t)en „in ihrer eignen Gesellschaft nie zu gesundem Verstande kommen. Dagegen würde dies gewiss bei vielen möglich sein, wenn mehrere vernünftige Leute, etwa die eigene Familie, unter der Leitung eines Arztes, sich bemühte, den Unglücklichen zur Vernunft zurückzuführen“. Gegen die dabei mutmaßlich entstehenden Mehrkosten führt Kleist argumentativ jene enormen Kosten an, die allein der Unterhalt solcher Anstalten verschlinge. Bedauernd schließt er seinen Brief mit dem Fazit: „Dass doch immer auch Schatten sich zeigt, wo Licht ist!“ In Lentins „Medicinische Bemerkungen auf einer literarischen Reise durch Deutschland“ dagegen heißt es: „Im Ganzen scheint man (im Julushospital, G.K.) mehr die physische Erhaltung der Wahnsinnigen hier zu erreichen, als es gelingt, sie zu brauchbaren Mitgliedern des Staats zu machen“. Das liege an der Form der Bewahrung, die den Armen enge „Logen“ und Gemeinschaftsunterkünfte, den Reichen dagegen Einzelzimmer zubillige.

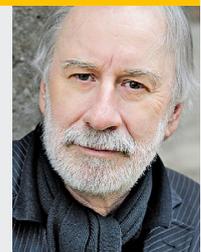
Teil 2 „Irrenhausbesuche um 1800“ lesen Sie im nächsten **NeuroTransmitter**.

Literatur beim Verfasser

AUTOR

**Prof. Dr. phil.
Gerhard Köpf**

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



Sipho Mabona – Teil 2

Der Kreis im Viereck

Das Kunsthandwerk des Origami, des Faltens von Elefant bis Libelle und Drucker bis Schuh, beherrschte Sipho Mabona bereits als junger Mann. Darüber schreiben wir in Teil I dieser kleinen Serie in der NeuroTransmitter-Ausgabe 10. Bald begann der Künstler sich allerdings weniger für die äußere Form als vielmehr für die geometrischen Basics der Konstruktionspläne des Origami zu interessieren. Darauf lassen sich viele seiner Werke zurückführen, die in der letzten Dekade entstanden.



Aus der Serie „Hermit on Trees of Rivers and Circles“

Schon früh war Sipho Mabona aufgefallen, dass sich Faltmuster über Kreise ergeben, da diese eine perfekte Symmetrie ermöglichen. Für jeden Teil eines Origamikunstwerkes, ob Libelle oder Schuh, ist auf dem Faltmuster ein Kreis einsetzbar. Wie Mabona erklärt, ist diese geometrische Form auch in japanischen Zen-Gärten oft in Sand- oder Steinanordnungen anzutreffen. Die kreisrunde Gartenarchitektur verschafft dem Auge Ruhe und den darin Flanierenden Entspannung sowie die Konzentration auf das Wesentliche.

Als großer Japanverehrer kann sich Mabona nicht nur für die Origamikunst begeistern, auch die Zen-Gärten und die häufig damit verbundene Meditation, die Wahrnehmung des Lebens, haben es ihm angetan. Bis heute experimentiert er mit auf Kreisen basierenden Faltmustern. Er arbeitet zum Beispiel mit Musternegativen oder mit den Knickkanten von Faltvorlagen, die er als Achsen auf Leinwänden benutzt. Wie auf diesen Seiten in einem Beispiel zu sehen ist, fasst er die Knickkanten mit Ringen aus Acrylfarbe ein und schafft so ganz neue organische Formen.

Stoffalterei

Skulpturen aus Sand, Gips, Bronze oder Zucker ergänzen inzwischen Mabonas Werk. Mit Papier hantiert er nur noch selten, da mit Wachs behandelte Stoffe eine deutlich bessere Faltbarkeit und Stabilität aufweisen und sich auch leichter färben lassen. Zwar meint der Künstler lächelnd, dass die verbreitete Regel, Papier wäre nur siebenmal faltbar, eine urbane Legende ist, richtiger sei jedoch,



© S. Mabona

„Gardens of River and Circles“, Formpaste und Acryl auf gefalteter Leinwand, 2017



© S. Mabona

„The Unicorn's Lower Jaw and Left Front Leg“, Indigo auf Baumwolle, Papier, 2021



© S. Mabona

„The Rat's Head and Left Front Leg (HFC)“, Kuhfell, Flachs, Krapp auf Baumwolle, Papier, Nylonfaden, 2022

das im Handel größere Papierblätter schwer zu bekommen und dann sehr teuer sind.

Für die strahlenden Farben seiner Kunstwerke verwendet Mabona nur natürliche Farben, für das herrlich leuchtende Indigokunstwerk (oben) zum Beispiel Indigopflanzen. Er findet es faszinierend, dass Kreise die Grundform für alle Wesen (zumindest im Origami-Verses) sind, die sowohl für einen Kranich als auch in Teilen für ein Ahornblatt verwendet werden kann. Kreise fungieren wie Bausteine des Lebens. Indem Mabona Origamis dekonstruiert, schafft er Neues.

Topografien neuer Welten

Sipho Mabonas Origami inspirieren, aber nicht weniger fordern diese abstrakt transzendierenden Kunstwerke auch die Wahrnehmung der Betrachtenden heraus. Sie scheinen in ihrer dreidimensionalen Farbigkeit förmlich pulsierend zu ganz neuem Leben zu erwachen. Aus Faltmustern werden Topografien neuer Landschaften und Welten, der Fantasie sind keine Grenzen gesetzt.

Seit 13. September 2023 sind Mabonas Werkstücke in einer Jubiläumsausstellung im Sandstein-Pavillon des Gletschergartens in Luzern, Schweiz, zu besichtigen.

Mehr Informationen:

www.gletschergarten.ch

Instagram: [siphomabona](https://www.instagram.com/siphomabona)

AUTORIN

Dr. Angelika Otto

Freie Journalistin
München

angelika.s.otto@gmail.com

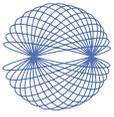


Veranstaltungen BVDN/BDN/BVDP-Landesverbände 2023/2024

Datum Ort Zeit	Landesverband Titel Themen	Anmeldung
22.11.2023 online 15:00–17:00 Uhr	EBM-Abrechnungsseminar Seminar für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie	buchen.cortex-management.de/
25.11.2023 online 9:15–12:30 Uhr 13.12.2023 online 17:15–20:30 Uhr CME-Punkte beantragt	NeuroWorkshops Von MS über Parkinson bis hin zu den Cannabinoi- den wird ein kompakter Überblick über Neuerungen gegeben, immer mit Blick auf die tägliche Praxis. Zu- dem gibt es Updates der Peripheren Neurologie.	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 www.diaplan.de/bvdp
29.11.2023 13:30–15:00 Uhr City Cube Berlin, DGPPN-Kongress	Vernetzte psychiatrische Strukturen im Praxistest Ein Jahr KSVPsych-Richtlinie: Wie sind unsere Erfahrungen? Topic: Wissenschaftliches Programm, Session S-018	www.dgppnkongress.de/
1.12.2023 12:30–15:00 Uhr City Cube Berlin, DGPPN-Kongress	BVDP-Forum Tipps zur wirtschaftlichen Praxisführung (offen auch für Nicht-Mitglieder). Topic: Weitere Veranstaltung, Session WV-05	www.dgppnkongress.de/ oder buchen.cortex-management.de/
1.12.2023 16:15 Uhr City Cube Berlin, DGPPN-Kongress	Lass Dich nieder – die erfüllende psychiatrische Arbeit in einer Vertragsarztpraxis Nachwuchsprogramm	www.dgppnkongress.de/
2.12.2023 8:30–12:30 Uhr City Cube Berlin, DGPPN-Kongress	Karriereplanung für Psychiaterinnen und Psychiater Gemeinsam thematisieren wir in diesem Workshop Karrierewege und sprechen über Bedenken. Topic: Fort- und Weiterbildungen, Session WS-181	www.dgppnkongress.de/
9.12.2023 online 9:00–13:45 Uhr CME-Punkte beantragt	NeuroForum Betrachtung von Schnittstellen und seltenen Erkrankungen, die im Praxisalltag bedeutend sind	diaplan, siehe oben
29.2.–2.3.2024 Köln CME-Punkte beantragt	ZNS-Tage 2024 Aktuelle Fragestellungen der Neurologie und Psychiatrie, Berufspolitik und kollegialer Austausch	www.zns-tage.de
4.5.2024 Nürnberg, Arvena-Hotel CME-Punkte beantragt	BVDN-Landesverband Bayern Frühjahrstagung Fortbildung und Berufspolitik	Athene-Akademie k.braungardt@athene-qm.de

Fortbildungsveranstaltungen 2023/2024

24.–25.11.2023 online	AWMF-Seminar Leitlinien Seminar zur Entwicklung von Leitlinien, Einblicke in Methodik und Regelwerk der Leitlinienerstellung	bucher@awmf.org und h.steinmetz@em.uni-frankfurt. de
29.11.–2.12.2023 City Cube Berlin	DGPPN-Kongress 2023 Motto: „Ökologische Psychiatrie und Psychotherapie“	www.dgppnkongress.de/
7.–9.12.2023 Estrel Congress Center Sonnenallee 225, Berlin	31. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Schlaforschung und Schlafmedizin	dgsm-kongress.de/registrierung-abstract/anmeldung
11.–12.12.2023 online	Neurokompakt – Facharztwissen Wichtigste Themen der Facharztprüfung, Fokus auf diagnostische Verfahren	feo.gmbh/events/nk23/
12.–13.1.2024 Vivantes Klinikum Am Urban Diefenbachstraße 1, Berlin	Kognitive Verhaltenstherapie für Menschen mit psychotischen Erkrankungen Fortbildungsreihe zur Durchführung einer leitliniengerechten Behandlung, Fokus auf Erst- und Akutbehandlung	fortbildung@ddpp.eu



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 Kumppe

Niedersachsen:

Norbert Mayer-Amberg

Nordrhein: Gereon Nelles,

Doris Augustin-Reuß

Rheinland-Pfalz: Klaus Sackenheim

Saarland: Nikolaus Rauber,

Richard Rohrer

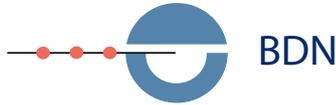
Sachsen: Ulrike Bennemann

Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe

Schleswig-Holstein: Klaus Gehring

Thüringen: Sabine Köhler

Westfalen: Zia Pufke-Yusafzai



BDN

Berufsverband Deutscher Neurologen

■ www.berufsverband-neurologen.de

Vorstand des BDN

1. Vorsitzender: Uwe Meier,
Grevenbroich

2. Vorsitzender: Martin Südmeyer,
Potsdam

Schriftführer: Wolfgang Freund,
Biberach

Kassenwart: Martin Delf, Hoppegarten

Beisitzer: Klaus Gehring, Itzehoe;

Christoph Kosinski, Würselen;

Thomas Duning, Bremen;

Heinz Wiendl, Münster

Beirat: Hanna Josephin Eisenberg

(Junge Neurologie); 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: Carolin Zimmermann

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: Marina Sparmann

Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe

Schleswig-Holstein: Matthias Nitschke

Thüringen: Oliver Tiedge

Westfalen: Martin Bauersachs



BVDP

Berufsverband Deutscher Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie

■ www.berufsverband-psihiater.de

Vorstand des BVDP

1. Vorsitzende: Christa Roth-Sackenheim, Andernach

2. Vorsitzende: Sabine Köhler, Jena

Schriftführer: Norbert Mayer-Amberg, Hannover

Schatzmeisterin: Sabine Köhler, Jena

Beisitzer: Christel Werner, Mutterstadt; Michael Krebs, Berlin

BVDP-Landessprecher

Bayern: 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: Norbert Mayer-Amberg

Nordrhein: N. N.

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 948783-10 | Fax: 0322 268091-22

info@bvdn.de

info@berufsverband-neurologen.de

info@berufsverband-psihiater.de

www.bvdn.de

www.berufsverband-neurologen.de

www.berufsverband-psihiater.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
 mitglied@bvdn.de | Fax: 0322 268091-22 | 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 Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie 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
- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> niedergelassen | <input type="checkbox"/> in der Klinik tätig | <input type="checkbox"/> Chefarzt/ärztin | <input type="checkbox"/> Facharzt/in |
| <input type="checkbox"/> Weiterbildungsassistent/in | <input type="checkbox"/> Neurologe/in | <input type="checkbox"/> Nervenarzt/ärztin | <input type="checkbox"/> Psychiater/in |
| <input type="checkbox"/> 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 Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie e.V. (BVDP)

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 948783-10, Fax: 0322 268091-22, info@bvdn.de

Schriftleitung:

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim (RoSa) (v.i.S.d.P.), Breite Straße 63, 56626 Andernach, c@dr-roth-sackenheim.de

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

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

Leitung Redaktion Facharztmagazine: Markus Seidl (es)

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

Verlagsredaktion: Dr. rer. nat. Gunter Freese (Leitung), Tel.: 089 203043-1435, Fax: -203043-31435, gunter.freese@springer.com, Dr. rer. nat. Thomas Riedel (tr, -1327), Monika Hartkopf (Chefin vom Dienst, -1409), 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 Mediadaten Nr. 29 vom 1.10.2023.

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

Erstellungsort: München

Druck: Druckerei Kliemo Hütte 53, 4700 Eupen, Belgien

Abonnement: Die Zeitschrift erscheint 10-mal jährlich. Bestellungen nimmt der Verlag unter Tel.: 06221 345-0, per Fax: 06221 345-4229 sowie

auch über das Internet unter www.springermedizin.de/neurotransmitter und jede Buchhandlung entgegen. Die Mindestlaufzeit des Abonnements beträgt ein Jahr. Danach verlängert es sich automatisch auf unbestimmte Zeit, ist aber ab dann jederzeit mit einer Frist von einem Monat kündbar. Die Kündigung muss in Textform an den Leserservice erfolgen.

Bezugspreis: Einzelheft 33 €, Jahresabonnement 259 € (für Studierende/AIW: 155,40 €), jeweils inkl. gesetzl. MwSt., zzgl. Versandkosten Inland 36 €, Ausland 63 €. Für Mitglieder des BVDN, BDN und BVDP ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten. Sonderpreis für DGPPN-Mitglieder: Jahresabonnement 69 €, inkl. gesetzl. MwSt., zzgl. Versandkosten (s. o.).

Copyright und allgemeine Hinweise: Zur Veröffentlichung kommen nur Beiträge, die an anderer Stelle weder angeboten noch erschienen sind. Die Autorinnen und Autoren sind verpflichtet zu prüfen, ob die Urheberschaft Dritter berührt wird. Eine redaktionelle Bearbeitung bleibt vorbehalten. Mit der Einwilligung zur Publikation im „NeuroTransmitter“ übertragen Autorinnen und Autoren dem Verlag auch das Recht, den Beitrag geändert oder unverändert in anderen Publikationen der Fachverlagsgruppe, in den zugehörigen Online-Diensten, in Online-Datenbanken Dritter und in Sonderdrucken zu nutzen. Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Verbreitung, Übersetzung und jeglicher Wiedergabe auch von Teilen dieser Zeitschrift durch Nachdruck, Fotokopie, Mikrofilm, EDV-Einspeicherung, Funk- oder Fernsehaufzeichnung vor.

Die Wiedergabe von Gebrauchs-/Handelsnamen, Warenbezeichnungen etc. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher beliebig benutzt werden dürfen. Für Angaben über Dosierungsanweisungen, Anwendungsgebiete und Applikationsformen von Medikamenten sowie für Abrechnungshinweise kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

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

© Springer Medizin Verlag GmbH

Papierausgabe: ISSN 1436-123X

Elektronische Ausgabe: ISSN 2196-6397



©StudioLaMagica / stock.adobe.com



Vorschau

Ausgabe 12/2023

Dezember

erscheint am 12. Dezember 2023

Psychopharmaka & Laborkontrollen

Viele Psychopharmaka werden von Fachärztinnen und -ärzten für Allgemeinmedizin verschrieben. Gemäß Fachinformationen und Leitlinien soll diese medikamentöse Therapie zu Beginn und im Verlauf von Laborwertkontrollen begleitet werden. Über deren Umfang und Zeitpunkte gibt es unter den beteiligten Berufsgruppen der Psychiatrie, Labor- und Allgemeinmedizin jedoch unterschiedliche Vorstellungen. Sowohl was pathologische Laborwerte als auch Nebenwirkungen betrifft sind Erkrankte mit Multimorbidität, chronischen Erkrankungen, Multimedikation sowie unter Dauer- und/oder Hochdosisbehandlung besonders vulnerabel.

Therapiert von ChatGPT?

„Was kann ich tun, wenn ich mich depressiv fühle?“ – Auf diese Frage gibt ChatGPT eine erstaunlich akkurate Antwort. Obwohl die KI in der Zukunft kaum Ärztinnen und Ärzte ersetzen wird, existieren spannende Anwendungsgebiete in der Praxis.

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.