

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 54

Praxen bleiben geschlossen 12

Protestaktion zur aktuellen Gesundheitspolitik

„ChatGPT, was fehlt mir?“ 24

Künstliche Intelligenz im Praxisalltag

Organschäden vermeiden 36

Laborwerte unter Psychopharmaka

Depressionsbehandlung 45

Wunsch und Wirklichkeit in der Therapie



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.



»Hilfsbereitschaft, Unterstützung für Bedrängte und Geflüchtete oder Mitgefühl gegenüber den bedrohten Menschen in unserem Land gehören leider nicht zu den aktuellen Schlagzeilen.«

Dr. med. Sabine Köhler, Jena
Vorsitzende des BVDN

Eine Winterreise zum BVDN

Liebe Kolleginnen und Kollegen, Weihnachten beginnt mit einer Geschichte über das Reisen und so beginnt auch diese letzte Ausgabe des Jahres mit einer Reisegeschichte.

Die Herbsttagung des BVDN fand in diesem Jahr am 17. und 18. November in Lübeck statt, vorgelagert traf sich der BVDN-Vorstand für zwei halbe Tage, also ab dem 16. November 2023. Unglücklicherweise kündigten sich zwei Tage vor Beginn der Sitzung Reiseschwierigkeiten mit der Deutschen Bahn an, die das übliche Maß deutlich übersteigen sollten: der GDL-Streik! Nachdem klar war, dass eine Reise am 16. November nicht stattfinden kann, habe ich also am 15. November meine Mittwochnachmittagstermine (Videokonferenzen, Präsenztreffen, familiäre Verpflichtungen) minimalisiert, verschoben und gestrichen und bin in den nächsten Zug gen Norden gesprungen. Bereits beim ersten Umstieg war klar, dass der Anschlusszug nicht fahren würde. Obgleich der Streik erst um 22:00 Uhr beginnen sollte, fiel auch die Reiseverbindung auf der letzten Teilstrecke noch vor 22:00 Uhr für mich aus. Das Wetter war miserabel kalt und regnerisch, und selbst bei einer möglichen Übernachtung in Berlin oder Hamburg bestand Unsicherheit, ob ein Ankommen in Lübeck für den 16. November machbar sein sollte. Ausgestattet mit der DB-App ergaben sich im Reiseverlauf neue Verbindungen, die mich besänftigten: Ich konnte in einen um mehr als eine Stunde verspäteten ungarischen Eurocity einsteigen und mich in diesem vollkommen überhitzten Zug aufwärmen. So war ich für den Umstieg in Büchen (!) und den dortigen unwirtlichen Freilandbahnhof gut ausgestattet. Zur Vorstandssitzung waren letztlich alle Kolleginnen und Kollegen pünktlich in Lübeck. Wir hatten eine arbeitsreiche Sitzung und danach eine wunderbare Länderdelegiertenversammlung mit wichtigen Diskussionen und wegweisenden Anregungen für die Arbeit im kommenden halben Jahr.

Das also war Reisen in Mitteleuropa mit Aufregung und Spannung, Ärger und Unzufriedenheit bei sonst so gut organisierten Wegen im deutschen Winter.

Ich komme nicht umhin, am Jahresende und unter dem Eindruck allgegenwärtiger Weihnachtsharmonie an die Krisengebiete in unserer Nachbarschaft zu erinnern. Die westeuropäische Aufmerksamkeit und Entrüstung mussten sich seit dem 7. Oktober 2023 teilen: Neben dem unverändert schrecklichen Krieg in der Ukraine fordert der Kriegszustand in Nahost nun Positionierung, Mitgefühl und Spendenbereitschaft. In Osteuropa und in Nahost sind Menschen in Bewegung. Ich mag es

nicht Reise nennen, denn es handelt sich um Flucht und Vertreibung. Unter Beschuss und anderen Gefahren müssen sie ihre Heimat verlassen und sind getrennt von Familie und Freunden. Vertrautes geht verloren, Ungewissheit wartet. Hilfsbereitschaft, Unterstützung für Bedrängte und Geflüchtete oder Mitgefühl gegenüber den bedrohten Menschen in unserem Land gehören leider nicht zu den aktuellen Schlagzeilen. Diese Gedanken gingen mir durch den Kopf, als ich unterwegs war und ich habe beschlossen, dankbar in die pünktlichen und verspäteten Züge einzusteigen, die mich an mein Ziel brachten.

Fragen und Aufgaben für das Jahr 2024

Zum Ende des Jahres 2023 fragen wir uns, wohin uns das Jahr 2024 führen wird. Wir bilanzieren und planen, feiern und suchen Ruhepole. Berufspolitisch wird das Thema „Ambulantisierung“ weiter im Mittelpunkt stehen. Wird es uns als Verbänden gelingen, Initiativen zur Stärkung ambulanter Versorgung für uns Vertragsärztinnen und -ärzte nutzbar zu machen? Werden wir als etablierte und gut qualifizierte Fachärztinnen und -ärzte im Versorgungssystem gesehen? Wird es in unserer unmittelbaren Nachbarschaft Versorgungsengpässe geben, weil die Krankenhausreform zu Verwerfungen führt? Wie werden sich unsere Fachbereiche weiterentwickeln? Wird es uns gelingen, den Nachwuchs für unsere Praxen zu interessieren?

Für all diese Fragen haben wir als Berufsverbände Ideen und Initiativen entwickelt. Wir sind als Verbände und mit dem Spitzenverband ZNS in der Politik unterwegs, führen Gespräche mit den Vorständen unserer Selbstverwaltungsorgane KBV und BÄK. Wir bieten Ihnen in den Praxen berufspolitische, praxisorganisatorische und fachliche Fortbildungen auf hohem Niveau und stehen Ihnen für Fragen und Anregungen über unsere Geschäftsstelle zur Verfügung. Ein wichtiger Termin im kommenden Jahr sind deswegen für Sie die ZNS-Tage, die ein breites Programm für die gesamte Praxis bieten werden. Kommen Sie mit Ihrem gesamten Praxisteam Ende Februar nach Köln – wir freuen uns auf Sie!

Ich wünsche Ihnen frohe Weihnachten und gute Pläne für das Jahr 2024! Bleiben Sie behütet!

Sabine Köhler

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

3 Editorial

Eine Winterreise zum BVDN

Sabine Köhler

Gesundheitspolitik

8 Gesundheitspolitische Nachrichten

— Haltung zeigen gegen Antisemitismus

— Wichtige Schritte zu weniger Bürokratie

— Disease-Management-Programm bei Adipositas

Christa Roth-Sackenheim

Aus den Verbänden

10 BVDN-Herbsttagung 2023 in Lübeck

Wie Verbandsarbeit und Politik ineinandergreifen

Bernhard Michatz

12 Protestaktion gegen aktuelle Gesundheitspolitik

Praxen schließen

Christa Roth-Sackenheim

14 BDN-Forum auf dem DGN-Kongress 2023

Chancen und Sorgen durch die Krankenhausreform

Uwe Meier

17 Mitgliederversammlung des BDN

KI-basiertes Medizinprodukt unterstützt

Sonja Faust

18 Fortbildung für das ganze Team

MFA auf den ZNS-Tagen

Elisa Pruckner

19 ZNS-Tage 2024

Täglicher Nutzen neuer Forschung

Sabine Köhler

20 Tagung des BVDN Bayern in Irsee

Antikörpertherapie bei Demenz auf dem

Nervenärztetag diskutiert

Gunther Carl, Markus Weih

Rund um den Beruf

24 Künstliche Intelligenz im Behandlungsalltag

„ChatGPT, was soll ich tun bei einer Depression?“

Carolin Zimmermann

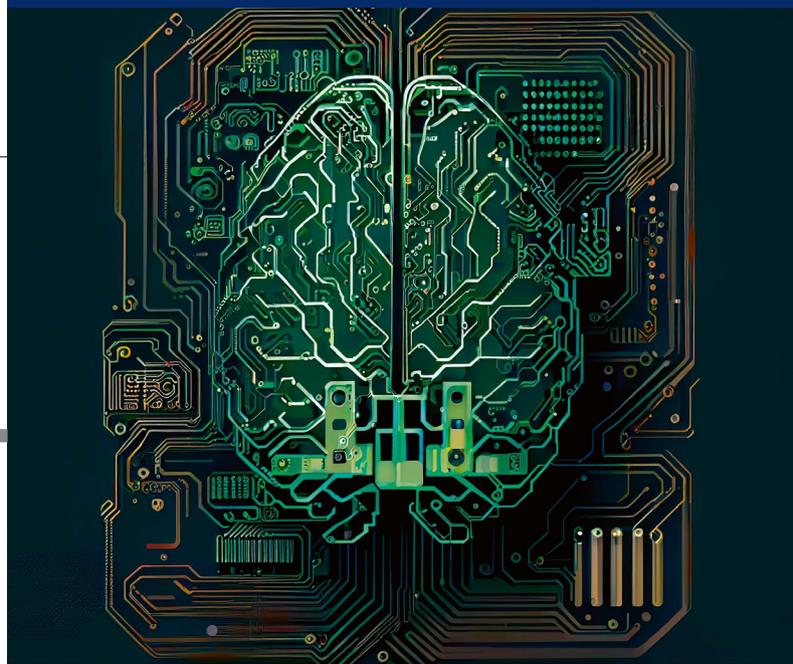
27 Neuer Abrechnungsdienstleister für den

MS-Modulvertrag

Abschied von zu viel Bürokratie

Klaus Gehring

= Dieser Beitrag ist ein Titelthema.



24 „ChatGPT, was tun bei Depression?“

Künstliche Intelligenz hat das Potenzial, den Praxisalltag zu verändern. Immer mehr Patientinnen und Patienten nutzen zum Beispiel ChatGPT, um mehr über ihre Erkrankungen zu erfahren. Bevor wir als Ärztinnen und Ärzte die KI nutzen, sollten wir an einige Aspekte denken. Nicht zu unterschätzen ist zum Beispiel, dass ChatGPT auch unsere eingegebenen Daten zum Training nutzt.

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. Sabine Köhler

sab.koehler@web.de

Aboservice:

Bei Fragen rund um Abonnement und Postbezug

Telefon: 06221 345-0; Fax: 06221 345-4229

leserservice@springer.com

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Rund um den Beruf

- 28 Ambulantisierungspotenzial in Psychiatrie und Psychotherapie**
Versorgungsstruktur an die Zukunft anpassen
Sabine Köhler
- 32 Arzneimittelverordnung heute und morgen**
Regressfrei rezeptieren mit und ohne „e“
Markus Weih
- 34 Urteile zur Nachbesetzung eines Versorgungsauftrages**
— Nachfolge fallenfrei trotz Personalmangel
— Berufliche Neuplanung trotz Dreijahresregelung?
Jörg Hohmann

Fortbildung

- 36 CME Risikokonstellationen durch medikamentöse Behandlung**
Laborkontrollen bei Therapien mit Psychopharmaka
Markus Weih, Tobias Samusch
- 43 CME Fragebogen**
- 45 Nutzen neuer Therapiemöglichkeiten**
Wunsch und Wirklichkeit bei der
Depressionsbehandlung
Franziska Goerke-Arndt

Journal

- 50 PSYCHOPATHOLOGIE IN KUNST & LITERATUR**
Irrenhausbesuche in der Literatur um 1800 – Teil 2
Gerhard Köpf
- 54 NEUROTRANSMITTER-GALERIE**
Graffiti- und Pop-Art: Super, ELIOT – Happy Art
Angelika Otto

- 26 Kleinanzeigen
- 31 Buchtipp
- 48 Pharmaforum
- 56 Termine
- 57 Verbandsservice
- 59 Impressum/Vorschau



36 Laborkontrollen von Psychopharmaka

Viele Psychopharmaka werden von Fachärztinnen und Fachärzten 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 Fachärztinnen und Fachärzten der Berufsgruppen der Psychiatrie, Labormedizin und Allgemeinmedizin jedoch unterschiedliche Vorstellungen. Vor und während der Behandlung mit der heterogenen Gruppe der Psychopharmaka müssen verschiedene Risikokonstellationen beachtet werden, um Schäden für Organe zu vermeiden.



Titelbild (Ausschnitt): „DonutGreenPink“.
Lesen Sie mehr in der „Galerie“ auf Seite 54f.

Gesundheitspolitik

VERBÄNDE UNTERSTÜTZEN KBV BEI IHRER FORDERUNG

Haltung zeigen gegen Antisemitismus

➔ Mit den Novemberpogromen des Jahres 1938 begann das dunkelste Kapitel der deutschen Geschichte. Die Verbände BVDN, BDN, BVDP stellen gemeinsam mit dem Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) klar: Antisemitismus darf niemals geduldet werden!

In unseren Sprechzimmern bilden sich thematisch auch die aktuellen globalen Konfliktherde ab. Diese neue Realität schwappt unaufhaltsam in unseren Praxisalltag und stellt uns in vielerlei Hinsicht vor Herausforderungen. Unsere ganz persönliche Haltung und Einstellung ist gefragt. Fühlen Sie sich bitte durch Ihre Verbände wie auch durch die KBV in der Haltung bestärkt, dass Antisemitismus nicht toleriert werden darf.

„Deutschland hat aufgrund seiner Geschichte eine besondere Verantwortung gegenüber jüdischen Menschen“, betonte KBV-Vorstandsmitglied Dr. Sibylle Steiner. „Wir dürfen niemals wegschauen, wenn Menschen aufgrund ihrer Religion oder ihrer Herkunft angegriffen oder benachteiligt werden. Dem Hass müssen wir mit Zivilcourage entgegentreten!“

85 Jahre nach der Reichspogromnacht werden auf deutschen Straßen wieder antisemitische Parolen gebrüllt. Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der KBV, findet dazu deutliche Worte: „Wer sich nicht mit den durch das Grundgesetz vermittelten Werten unserer Demokratie identifiziert, wer antisemitisch agiert oder Terrorgruppen offen oder verdeckt unterstützt, hat in

Deutschland nichts verloren. Hier ist der Rechtsstaat mit aller ihm zur Verfügung stehenden Macht gefragt. Es ist erschreckend und inakzeptabel, dass sich Jüdinnen und Juden hier bei uns nicht mehr sicher fühlen.“

Der Kampf gegen den Antisemitismus und andere Formen der Menschenfeindlichkeit ist nicht nur eine Aufgabe des Staates, sondern auch die Zivilgesellschaft ist besonders gefragt. „Wir sind alle dazu aufgerufen, Haltung gegen Antisemitismus zu zeigen. Die Novemberpogrome waren der Auftakt zum Völkermord an sechs Millionen Jüdinnen und Juden. So etwas darf nie wieder geschehen, nie wieder!“, erklärt der stellvertretende KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Stephan Hofmeister.



PLÄNE DES BMG ZUR ENTLASTUNG DER PRAXEN

Wichtige Schritte zu weniger Bürokratie

➔ Anfang November 2023 wurden die Pläne des BMG zum Bürokratieabbau veröffentlicht. Änderungen bei der Bagatellgrenze bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen, weniger Vordrucke, Vereinfachungen beim Konsiliarbericht und beim Antragsverfahren für Kurzzeittherapien – dies sehen unter anderem die Empfehlungen des Bundesministeriums für Gesundheit zum Bürokratieabbau vor. Was können wir davon erwarten? Wir stellen Ihnen die für uns relevantesten Vorschläge vor.

Zulassungsverfahren

Ärztinnen und Ärzte sollen eine vertragsärztliche Zulassung elektronisch beantragen können, statt wie bisher papiergebunden. Das BMG will hierzu die Zulassungsverordnung überarbeiten. Auch Sitzungen und Beschlüsse des Zulassungsausschusses und des Berufungsausschusses sollen durch das elektronische

Versenden von Unterlagen vereinfacht werden. Zudem soll der Zeitraum verlängert werden, in dem die genehmigungsfreie Vertretung eines Arztes möglich ist.

Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen

Für Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlich verordneter Arznei- und Heilmittel sollen die Bagatellgrenzen erhöht werden. Dasselbe gilt bei der Beantragung von Abrechnungsprüfungen, hier liegt die Bagatellgrenze derzeit bei 30€ je Betriebsstätte, Quartal und Krankenkasse. Mit der Erhöhung der Bagatellgrenzen sollen unnötige Prüfungen und der damit einhergehende bürokratische Aufwand vermieden werden. Die Ausschlussfrist für die Festsetzung von Beratungen wegen unwirtschaftlicher Verordnungen, beispielsweise wegen Überschreitung des Richtgrößenvolumens, soll von vier auf zwei Jahre verkürzt werden. Für

die Festsetzung eines Regresses gilt schon heute eine Ausschlussfrist von zwei Jahren. Die Teilnahme an Sitzungen des Beschwerdeausschusses, beispielsweise bei mündlichen Anhörungen, soll für die Beteiligten zukünftig auch über Videokonferenz möglich sein. Das BMG will hierzu die Wirtschaftlichkeitsprüfungsverordnung ändern.

Formulare

Das BMG strebt eine vollständige Digitalisierung der vertragsärztlichen Überweisungen an. Die Übermittlung soll wie jetzt schon bei der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung über Kommunikation im Medizinwesen (KIM) in der Telematikinfrastruktur erfolgen. Anfragen der Krankenkassen, die nicht in der Vordruckvereinbarung des Bundesmantelvertrags-Ärzte vorgesehen sind, sollen reduziert werden. Auch soll es weniger kassenindividuelle Vordrucke für einen bestimmten Sachverhalt geben.

Psychotherapie

Das Antragsverfahren für psychotherapeutische Kurzzeittherapien soll vereinfacht werden. Für die insgesamt 24 Therapieeinheiten soll zukünftig nur noch ein Antrag gestellt werden müssen. Zudem soll der Konsiliarbericht, der zusätzlich zur ärztlichen Überweisung für eine psychotherapeutische Behandlung vorgeschrieben ist, vereinfacht werden oder entfallen.

Kommentar: Einige der Pläne des BMG begrüßen wir als Berufsverbände sehr, während wir bei anderen Plänen noch Zweifel hegen. Das erleichterte **Zulassungsverfahren** mit einem elektronischen Zulassungsantrag ist aus Sicht unserer Verbände ein begrüßenswerter Ansatz, um Hürden für die Niederlassung abzubauen. Im Gesamtpaket ist es allerdings nur ein ganz kleiner Punkt! Die Erhöhung der Bagatellgrenzen bei **Wirtschaftlichkeitsprüfungen** ist jedoch eine der Hauptforderungen unserer Verbände seit vielen Jahren. Krankenkassen überziehen die Praxen mit sogenannten Einzelfallprüfungen, die extremen Argumentationsaufwand bedeuten. Häufig benutzen Krankenkassen offenbar vorher teuer eingekaufte Software zum „Aufspüren“ mög-

licher Fälle, da sich diese Programme ja amortisieren sollen. Ausgearbeitet werden die Anfragen kassenseitig oft auf Grundlage einer fehlenden Kenntnis über die Zulassung von Arzneimitteln. Wir halten diesen Vorschlag für einen zentral wichtigen Schritt zum Abbau von Belastungen (nicht nur durch Bürokratie) in den Praxen. Bei der verkürzten Ausschlussfrist für die Festsetzung von Beratungen wegen unwirtschaftlicher Verordnungen handelt es sich um eine logische Folgeregelung, die sich an der Regressfestsetzungsfrist orientiert. Das ist eine kleine, aber doch wahrscheinlich die Praxen entlastende Regelung, die viele so meist nicht auf dem Schirm haben. Es ist auch sicher eine an die Realität angepasste Forderung, Sitzungen des Beschwerdeausschusses zusätzlich als Videokonferenz zu übertragen, die sich auf viele Ausschusssitzungen ebenfalls anwenden ließe. Wir glauben, dass bei dem Plan, die **Überweisungsformulare** komplett zu digitalisieren, Probleme zu erwarten sind. Das Vorhaben kann insbesondere vor dem Hintergrund der bisher gemachten äußerst kritischen Erfahrungen nur gelingen, wenn die Praxen rechtzeitig eingebunden und deren Anforderungen auch angemessen berücksichtigt würden. Bei Anfragen der Krankenkassen haben wir unseren Mitgliedern schon immer



Gesundheitspolitische Nachrichten kommentiert von

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

geraten, nicht im BMV-Ä vereinbarte Vordrucke unbeantwortet mit einem Hinweis auf diesen Sachverhalt zurückzusenden. Die beiden Vorschläge zum Antragsverfahren der Psychotherapie begrüßen wir sehr. Es war stets widersinnig, als zur Psychotherapie überweisende Psychiatriepraxis, die auch die Indikation zur Psychotherapie gestellt hat, noch einen Konsiliarbericht ausstellen zu müssen und dies sowohl zu Beginn als auch nach zwölf Sitzungen bei einer Beantragung der KZT 2. Wir erwarten also in Zukunft einige Neuerungen, die uns in den Praxen entlasten werden.

G-BA VERABSCHIEDET VORAUSSETZUNGEN

Disease-Management-Programm bei Adipositas

➔ Am 16. November 2023 hat der G-BA die Voraussetzungen für ein Disease-Management-Programm (DMP) bei Adipositas für Erwachsene verabschiedet. Das DMP richtet sich auch an Patientinnen und Patienten nach bariatrischen Eingriffen zur Langzeitnachsorge.

Voraussetzung ist ein Body-Mass-Index (BMI) zwischen 30 und 35 und mindestens eine weitere Begleiterkrankung wie Bluthochdruck oder Diabetes Mellitus Typ 2. Bei Patientinnen und Patienten mit einem BMI von 35 und höher ist eine weitere Begleiterkrankung keine Bedingung für die Einschreibung.

Aktuell prüft das Bundesministerium für Gesundheit die Voraussetzungen für das DMP. Wenn diese nicht beanstandet werden, kann es in Kraft treten. Es besteht jedoch keine Verpflichtung für die Krankenkassen, ein DMP anzubieten.

Kommentar: Ein sinnvolles Unterfangen. 53 % der Deutschen sind nach RKI Angaben übergewichtig. Mit einem Blick auf das traurige Schicksal des bereits seit dem Jahr 2019 zur Verfügung stehenden DMPs Depression, das bisher nirgendwo in Deutschland umgesetzt wurde, dürfen die Erwartungen an das DMP Adipositas jedoch sicher nicht zu hoch sein.

Aus den Verbänden

BVDN-Herbsttagung 2023 in Lübeck

Wie Verbandsarbeit und Politik ineinandergreifen

Auf der Herbsttagung des BVDN in Lübeck konnte eine positive Bilanz des letzten Jahres gezogen werden. Steigende Mitgliederzahlen und viel Engagement in der Politik zeichneten das Jahr aus. Wir hoffen auch in Zukunft auf Ihre Unterstützung!



© Blue Planet Studio / stock.adobe.com

Als Berufsverbände der Neurologie, Psychiatrie und Nervenheilkunde nehmen wir in Gesprächen mit Entscheidungsträgern und durch vielfältige Verbandsarbeit Einfluss auf die Politik, um Reformen in eine sinnvolle Richtung zu lenken.

Die Delegierten des BVDN trafen sich zur diesjährigen Herbsttagung am 17. und 18. November 2023 im hohen Norden. Der Landesverband Schleswig-Holstein lud als Gastgeber in die Freie und Hansestadt Lübeck ein. Die mittelalterlichen Stadtmauern, die Trave und der Geschmack von Marzipan sorgten für eine angenehme und konstruktive Atmosphäre.

Im direkten Gespräch mit Entscheidungsträgern

Das Treffen des höchstens Gremiums des BVDN stand ganz im Zeichen der großen Reformen und Umbrüche im Gesundheitswesen. Die beiden Vorsitzenden unseres Verbandes, Dr. Sabine Köhler und Dr. Klaus Gehring, skizzierten in ihrem Vorstandsbericht die aktuellen Reformbemühungen und die damit einhergehenden Umwälzungen. Die politischen Rahmenbedingungen sind bedauerlicherweise mehr als schwierig. Ein Gesundheitsminister, der Reformen nur von Seiten des stationären Sektors aus denkt, verpasst die historische Chance, das deutsche Gesundheitssystem wettbewerbsfähig und zukunftstauglich zu machen.

Bei einer solchen kritischen Einstellung gegenüber der Arbeit im ambulanten Sektor – insbesondere die der Praxen, braucht es einen starken Berufsverband. Dieser Herausforderung haben sich unsere drei Verbände im letzten Jahr eindrucksvoll gestellt. So berichteten die beiden BVDN-Vorsitzenden von unzähligen Treffen mit Entscheidungsträgern im Gesundheitsministerium, dem Bundestag und den Gremien der Selbstverwaltung. Die Bedeutung der neuropsychiatrischen Fächer konnte den Protagonistinnen und Protagonisten aus der Politik dabei nähergebracht und verdeutlicht werden.

Gleichzeitig konnten auch konkrete und zukunftsfähige neue Versorgungskonzepte vorgestellt werden. Im Vorstandsbericht wurde einmal mehr deutlich: Unsere Berufsverbände benennen

nicht nur Probleme, sondern geben der Politik konkrete Antworten an die Hand.

Honorare bleiben stabil

Neben den großen politischen Themen ging es auch um die konkrete Honorarsituation in Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie. Mit dem Ende der Neupatientenregelung stehen die Fallwerte in den einzelnen KVen unter Druck. Dank unserer guten Arbeit in Bund und Land konnten wir ein starkes Absinken des Honorars in unseren Fächern verhindern. Hierzu haben auch unsere vielzähligen berufspolitischen Webinare beigetragen, die sich unter den Mitgliedern großer Beliebtheit erfreuen. Die nächsten Termine erfahren Sie auf unserer Webseite oder im Cortex-Geflüster.

Modernisierung sorgt für eine positive Mitgliederentwicklung

Über die Arbeit der Geschäftsstelle berichtete ich als Geschäftsführer. In den letzten Jahren haben wir immer wieder unsere vielen Modernisierungsmaßnahmen geschildert. Diese können jetzt durch ein starkes Geschäftsstellenteam mit Leben gefüllt werden. Mitgliederanliegen werden zeitnah und kompetent beantwortet sowie aktuelle Informationen schnell und gleichzeitig grafisch übersichtlich an unsere Mitglieder verschickt. Alle Maßnahmen führen dazu, dass wir auch in diesem Jahr eine positive Mitgliederentwicklung zu verzeichnen haben. Wir freuen uns, den eingeschlagenen Weg gemeinsam mit Ihnen zu gehen.

Die Landesverbände – starke Vertretung vor Ort

Die BVDN-Herbsttagung lebt vom gemeinsamen Austausch, jenseits von Videokonferenzen. Unsere einzelnen Landesverbände berichteten von ihrer Arbeit vor Ort. Diese ist dank des unermüdeten Einsatzes, insbesondere in den Gremien der Selbstverwaltung, sehr



erfolgreich. Engagieren Sie sich gerne in den Landesverbänden in Ihrer Region. Wir als relativ kleine Fachgruppen müssen mehr als die großen Fachgebiete für unsere Honorare und für die Verbesserung der Versorgung engagiert streiten. Unterstützen Sie uns gern dabei!

Gemeinsam in die Zukunft

Die Herbsttagung endete mit einem starken Bekenntnis: Unsere Berufsverbände der Neurologie, Psychiatrie und Nervenheilkunde stehen fest und vertrauensvoll zusammen. Die gemeinsame Arbeit hat sich in den letzten Jahren bewährt. Nur zusammen können unsere Fächer, zum Wohl der Ärztinnen und Ärzte sowie der Patientinnen und Patienten, berufspolitisch durchsetzungstark wirken.

Wir freuen uns auf die nächsten Treffen im Rahmen der ZNS-Tage vom 29. Februar bis zum 2. März 2024 in Köln (am Freitag, den 1. März 2024 mit einem ganztägigen MFA-Programm) und auf der Herbsttagung 2024 in Frankfurt am Main.

AUTOR

RA Bernhard Michatz

Geschäftsführer BVDN,
BDN, BVDP
Wulffstraße 8
12165 Berlin

b.michatz@berufsverband-neurologen.de



Protestaktion gegen aktuelle Gesundheitspolitik

Praxen schließen

Die Praxen in Deutschland stehen kurz vor dem Kollaps. Den endgültigen Zusammenbruch müssen wir verhindern! Aus diesem Grund rufen wir auf zu einer dreitägigen Praxisschließung vom 27. bis 29. Dezember 2023. Machen Sie bitte zahlreich mit.

Die Stimmung unter den Vertragsärztinnen und -ärzten war noch nie so angespannt. Viele Kolleginnen und Kollegen denken daran, früher als geplant ihre Zulassung altersbedingt zurückzugeben. Der deutschlandweite Protest „Praxis in Not“ am 2. Oktober 2023 hat positive Aufmerksamkeit für unsere Nöte gebracht. Aber der Kampf muss weitergehen!

Der nächste große, deutschlandweite, von vielen Verbänden im Gesundheitswesen organisierte Protest findet vom 27. bis 29. Dezember 2023 statt. Wir rufen zu folgenden Maßnahmen auf:

- Schließen Sie Ihre Praxis für diese drei Tage.
 - Informieren Sie Ihre Patientinnen und Patienten rechtzeitig!
 - Verweisen Sie auf den ärztlichen Bereitschaftsdienst und die 116 117.
 - Geben Sie Ihren MFA frei und belohnen Sie sie – als Ausgleich für den immer noch fehlenden staatlichen COVID-19-Bonus.
 - Vernetzen Sie sich mit Ihren Kolleginnen und Kollegen vor Ort.
- Bitte beachten Sie einige wichtige Hinweise für die Praxisorganisation.

Vertretung

Die Abwesenheit an drei aufeinander folgenden Tagen muss zwar nicht bei der KV gemeldet oder genehmigt werden, aber es ist eine Vertretung sicherzustellen. Diese muss eine abgeschlossene Weiterbildung im selben Fachgebiet haben. Sie darf auch durch Krankenhausärztinnen oder -ärzte erfolgen, denn die Zulassung ist nicht Voraussetzung.

Sprechen Sie also rechtzeitig Ihre Kolleginnen und Kollegen an. Wichtig ist, dass die Vertretung einverstanden ist und Sie tatsächlich vertritt.

Notdienst

Berücksichtigen Sie die Verpflichtung zum Notdienst (in diesem Fall die Nichtteilnahme) bei der Planung. Dazu hat jede KV eigene Regelungen. Einige KVen fragen derzeit bereits ab, wann welche Praxis zur Weihnachtszeit erreichbar ist oder am Notdienst teilnimmt.

Rechtzeitig informieren

Informieren Sie Ihre Patientinnen und Patienten schon jetzt, zum Beispiel mit dem **Plakat auf der folgenden Seite**. Aushänge, Plakate, Inhalte für das Wartezimmer-TV und weitere Informationen finden Sie auf www.praxisinnot.de.

Versorgung organisieren

Planen und organisieren Sie die Versorgung der Patientinnen und Patienten:

- Rezepte und Verordnungen rechtzeitig vorher ausstellen,
- Termine auf den Zeitraum davor beziehungsweise danach verlegen,
- Heim- und Hausbesuche verlegen,
- Hauskrankenpflegedienste rechtzeitig informieren und instruieren und
- Kolleginnen, Kollegen und Apotheken in der Nähe informieren.

- Planen Sie für den ersten Praxistag im neuen Jahr ausreichend Kapazitäten bei den Mitarbeitenden sowie genügend Zeit ein.

Kernforderungen von #PraxisInNot

- Schluss mit der Budgetierung,
- Wiedereinführung der Neupatientenregelung sowie
- eine neue gesetzliche Preisfindung bei Finanzierungsverhandlungen zum OPW, die die Kostenentwicklung (Inflation, Tarifabschlüsse) unmittelbar, besser noch im Vorfeld abbildet, jedenfalls nicht mit einem Verzug von zwei Jahren. Der Gesetzgeber muss dazu aktiv werden.
- Krankenhausreform, die das Ambulantisierungspotenzial voll (statt einseitig) ausschöpft,
- mindestens 5.000 mehr Medizinstudienplätze und
- klares Bekenntnis von Politik und Krankenkassen zur medizinischen Freiberuflichkeit in Wort und Tat! (Erhalt ambulanter dezentraler Strukturen durch freiberufliche akademische Heilberufe).

Machen Sie zahlreich mit! Nur gemeinsam können wir das ambulante System retten.



Wir rufen auf zur deutschlandweiten Praxisschließung!

AUTORIN

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim

Vorsitzende des BVDP
Breite Straße 63
56626 Andernach

c@dr-roth-sackenheim.de





**Aus Protest gegen die Gesundheitspolitik,
die mittlerweile unsere Existenz bedroht,
und als Dank an unsere stark belasteten
Medizinischen Fachangestellten, bleibt unsere
Praxis**

bis inkl. 1. Januar 2024

geschlossen.

**Mehr Informationen:
www.PraxisInNot.de**

Ihr Praxisteam



BDN-Forum auf dem DGN-Kongress 2023

Chancen und Sorgen durch die Krankenhausreform

Auf dem DGN-Kongress 2023 konnten wir im BDN-Forum wieder wichtige berufspolitische Themen diskutieren und uns mit Kolleginnen und Kollegen austauschen. Das diesjährige Thema war vor allem die Krankenhausreform, die auch erhebliche Auswirkungen auf den ambulanten Sektor haben wird.

Im BDN-Forum auf dem DGN-Kongress platzieren wir jedes Jahr hochaktuelle versorgungspolitisch relevante Themen. Es lag nahe, für das diesjährige BDN-Forum das Thema mit der größten Sprengkraft zu wählen: die Krankenhausreform. Diese Reform betrifft uns alle, egal ob wir in der Klinik oder niedergelassen tätig oder als Patientinnen und Patienten Teil des Systems sind.

In wenigen Jahren werden wir sehen, dass sich das Gesundheitssystem grundlegend gewandelt hat. Als Neurologin-

nen und Neurologen müssen wir uns dem stellen, ob wir es wollen oder nicht. Wichtig ist, dass wir den Transformationsprozess verstehen und ärztlicherseits unsere Gestaltungsmöglichkeiten nutzen. Das Fenster des Gestaltungsspielraums ist nun geöffnet.

Zwei Seiten der Gesundheitspolitik

In der Gesundheitspolitik unter Gesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach erkennen wir zwei Trends: auf der einen Seite eine Art Evidenzbasierung der Po-

litik. Der Minister lässt sich beraten von einem Expertenkreis, der Krankenhauskommission, deren Empfehlungen zu einzelnen Versorgungsaspekten wohl begründet und gut nachvollziehbar sind. Auf der anderen Seite sehen wir, dass diejenigen, die die Versorgung sicherstellen, systematisch nicht gehört werden, um erklärtermaßen einer Einflussnahme vorzubeugen. Es steht daher der Vorwurf einer ideologiegetriebenen Politik im Raum, die die Konfrontation mit der Realität scheut. Die Gefahr besteht,



© BDN

Das BDN-Forum fand großen Anklang. Der Raum auf dem Kongress war zu klein und weitere 160 Personen nahmen online teil.

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.

dass Ziele, Effekte, Vollzugstauglichkeit und Akzeptanz der Gesetze nicht kongruent sind. Der Handlungsdruck ist groß und wir haben keine Zeit für Experimente. Der Gesetzgeber sieht zwar eine Evaluation in fünf Jahren vor. Wenn dann ein unstrukturiertes Krankenhaussterben stattgefunden hat, die „falschen“ Häuser vom Netz gegangen sind und der ambulante Sektor mit der Aufarbeitung der Folgeschäden überfordert ist, wird es zu spät sein.

Warum brauchen wir eine Reform?

Im BDN-Forum wollten wir die Hintergründe der Reformansätze besser verstehen und haben uns gefreut, dass wir den Koordinator der Regierungskommission, Prof. Dr. Tom Bschor, und den Geschäftsführer der Bundesärztekammer, Dr. Ulrich Langenberg, gewinnen konnten. Auch unser diesjähriger DGN-Präsident, Prof. Dr. Lars Timmermann, hat an der Runde teilgenommen.

Bschor erläuterte einleitend in einem Impulsvortrag die Notwendigkeiten einer Krankenhausreform anhand von Zahlen, Daten und Fakten. Deutschland sei Weltmeister in der Anzahl der Krankenhausbetten und der Anzahl stationärer Fälle. Das Verhältnis von Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegenden bezogen auf die Bevölkerung sei dabei überdurchschnittlich hoch, bezogen auf die Anzahl der Patientinnen und Patienten hingegen unterdurchschnittlich niedrig. Wir seien europäische Spitzenreiter in den Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoinlandsproduktes und würden nur von der Schweiz getoppt. Dabei seien wir in Bezug auf die Mortalität behandelbarer und präventabler Krankheiten sowie die Morbiditätsreduktion nur bestenfalls im Mittelfeld.

Die Krankenhauskommission hat bisher neun Empfehlungen für eine grundlegende und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung ausgesprochen. Die, wahrscheinlich wichtigste, zweite Empfehlung betreffe die Reform der Krankenhausvergütung, so Bschor. Sie beinhalte eine Zuordnung in Krankenhauslevel anhand von definierten Leistungsgruppen und eine Finanzierung über Vorhaltekosten. Die Vision hinter dieser Reform sei eine Reduktion von Krankenhausbetten und kleiner Kranken-

häuser, die sektorübergreifende Behandlung von Krankenhäusern, die dauerhafte wirtschaftliche Stabilisierung der Häuser sowie weniger Leistungsdruck und mehr Personal. In ländlichen Gegenden sollten Level-I-i-Krankenhäuser die ambulante und stationäre Grundversorgung sicherstellen.

Langenberg wies in seinem Eingangsstatement darauf hin, dass die Versorgung in Deutschland besser ist als ihr Ruf, was wir gerade im internationalen Vergleich während der COVID-19-Pandemie gesehen haben. Auch erklärte er, dass es notwendig ist, Krankenhausstrukturen flexibler zu gestalten und die Sektorentrennung zu überwinden, was ein Modell aus der Mitte des letzten Jahrhunderts sei. Als Problem benennt er, dass „bei aller Revolutionsrhetorik“ kein Übergang zu einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung angedacht sei. Zur künftigen Krankenhausvergütung merkt er kritisch an, dass das DRG-System nicht abgeschafft, sondern nur ergänzt wird durch Vorhaltekostenvergütungssysteme. Damit würden zwei Systeme geschaffen, die gegeneinander laufen. Der angedachte Bürokratieabbau befinde sich noch im Ankündigungsmodus, man sei gespannt, wie das genau umgesetzt werden soll. Hier sei dringend etwas zu tun, auch in Anbetracht von Personalmangel.

Chancen durch die Reform

Timmermann betonte in seinem Eingangsstatement, dass die Krankenhausreform für die Neurologie eine große Chance darstellt. Dabei hätte er, auch wenn er die „universitäre Brille“ auf habe, alle Sektoren im Blick. Eine besondere Chance sieht er für die Schlaganfallversorgung, die explizit in den Empfehlungen der Regierungskommission genannt sei. Die Neurologie umfasse aber auch viele andere komplexe akute Erkrankungen, die in den Kliniken sofort richtig diagnostiziert und behandelt werden müssten. Dazu sei ausreichend Zeit erforderlich. Timmermann wies auch auf die Bedeutung der Fachkliniken, der Rehabilitation und der ambulanten Versorgung hin. Es brauche eine ausreichende Vergütung und eine Transitionsphase, die zunächst eine Ambulantisierung über Nacht ermöglicht.

Auch wenn derzeit keine Empfehlungen zur Reform des ambulanten Sektors anstehen, so hat die Krankenhausreform, gewollt oder nicht, durchdacht oder als Kollateraleffekt erhebliche Auswirkungen auf diesen Bereich. In der stationären Versorgung wird die Fokussierung auf die Schlaganfallbehandlung einerseits begrüßt. Andererseits wird die Verdichtung hierauf mit Sorge betrachtet, weil sie sich auch auf die Weiterbildung auswirkt. Auch wenn die Ambulantisierung eher langsam in der Neurologie umgesetzt werden wird, ist der Trend doch stark. Hier sind intelligente Netzwerke und Weiterbildungsverbände gefragt.

Constanze Weber von der Jungen Neurologie wies in einem Statement aus dem Plenum auf das Ambulantisierungsforum bei den Jungen Neurologen am Mittwoch, den 8. November 2023 hin. Junge Kolleginnen und Kollegen werden im ambulanten und stationären Bereich arbeiten – die Weiterbildung müsse aber ausreichend finanziert werden. Hier bräuchten wir neue Modelle.

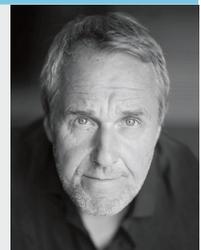
Prof. Dr. Helge Topka, München, gab aus dem Plenum ein Statement zur Notfallversorgung ab. Die Frage der Erstein-schätzung in den Notfallambulanzen mache Sorge, weil es völlig offen sei, wie dies geregelt wird und der Komplexität der Neurologie gerecht werden kann.

Wer wissen möchte, was wir weiterhin zu diesen Themen diskutiert haben, sei auf die Mediathek des DGN-Kongresses oder die Startseite des BDN verwiesen. Dort können Sie die Diskussionsrunde im Videoformat nachverfolgen.

AUTOR

Dr. med. Uwe Meier

Vorsitzender des BDN
Am Ziegelkamp 1f
41515 Grevenbroich
umeier@t-online.de



Mitgliederversammlung des BDN

KI-basiertes Medizinprodukt unterstützt

Sowohl die Krankenhausreform als auch künstliche Intelligenz gehören aktuell zu den meistdiskutierten Themen. Auf der Mitgliederversammlung des BDN wurden spannende Entwicklungen dazu besprochen. Bald wird es zum Beispiel vermehrt KI-basierte Medizinprodukte geben.

Am Donnerstag, den 2. November 2023, fand die diesjährige Mitgliederversammlung des BDN online ab 19:00 Uhr statt.

Nach den routinemäßigen Tagesordnungspunkten, die zu Beginn einer jeden Versammlung stehen, begrüßte Dr. Uwe Meier als erster Vorsitzender die etwa 30 Teilnehmenden. Er stellte die aktuelle Lage der Fachgruppe Neurologie dar. Bessere therapeutische Möglichkeiten sowie ein zunehmende Nachfrage nach neurologischen Leistungen sind Gründe für einen höheren Bedarf an räumlichen und personellen Ressourcen in den Praxen. Vor allem die neuen Infusionstherapien sowie die Vorgaben zur Durchführung von Liquorpunktionen spannen die Situation an.

Folgen von Reformen

Die Krankenhausreform mit möglichen Leistungsgruppen, Mindestanforderungen und Vorhaltevergütung hat Auswirkung auf die ambulante Versorgung. Die stationäre Neurologie wird aufgewertet, Kollateralschäden auf eigentlich gute Abteilungen bei Insolvenz einer ganzen Klinik sind möglich.

Meier stellte die Konzepte des BDN zur Mitgestaltung der Reformen vor: Mit Abgeordneten und Referentinnen beziehungsweise Referenten des Bundesministeriums für Gesundheit sowie dem Vorstand und Referatsleitungen der KBV steht der BDN in regelmäßigen Austausch vor Ort und online. Themen sind dabei die aktuellen Reformen im Gesundheitswesen und die enorme Be-

deutung der neurologischen Versorgung. Um die Gespräche basiert auf einem soliden Faktenfundament zu führen, wurde bei Prof. Dr. Jürgen Wasem, Universität Essen, Versorgungsforschung, ein Bedarfsplanungsgutachten für die Fachgruppe Neurologie in Auftrag gegeben.

Parallel zu Hintergrundgesprächen wird gemeinsam mit dem Spitzenverband ZNS (SpiZ) Öffentlichkeitsarbeit mit einer Kampagne forciert. Unter dem Slogan „#Kopfsache: Ohne Hirn ist alles nichts“ und „Psyche gut, alles gut“ wird der Stellenwert der Fachgruppen für Politik, Patientinnen und Patienten, Angehörige sowie Kolleginnen und Kollegen verdeutlicht. Über die Kommunikationskanäle des SpiZ und des BDN sowie



© Mediaparts / Generated with AI / stock.adobe.com

Künstliche Intelligenz könnte in Praxen bald eine größere Rolle spielen. Wichtig ist, dass wir uns als Verbände gut auf diese Veränderung vorbereiten.

Fortbildung für das ganze Team MFA auf den ZNS-Tagen

Die Zukunft der ambulanten Versorgung stärken die Berufsverbände durch ein besonders Angebot auf den ZNS-Tagen: Zum ersten Mal findet eine Fortbildungsveranstaltung für die nicht ärztlichen Mitarbeitenden statt.

In der „MFA-Fortbildung – Workshop für die ganze Praxis“ erlernen MFA sowie Quereinsteigerinnen und -einsteiger wichtige Grundlagen für die Tätigkeit in der neurologischen und psychiatrischen Praxis.

Umfangreiches Programm

Start: 1. März 2024, 9:00 Uhr

Block 1: Kommunikation und Tricks in der Gesprächsführung

- Gesprächstechniken
- Patientenführung
- Konfliktlösungsstrategien

Block 2: Diagnostik und Behandlung ausgewählter Krankheitsbilder

- Parkinsonsyndrom
- Multiple Sklerose
- Kopfschmerzsyndrome
- Demenzerkrankungen
- Schizophrenie
- Depression

Block 3: Notfälle in der Praxis

- internistische Notfälle
- neurologische Notfälle
- psychiatrische Notfälle

Block 4: Soziale und rechtliche Grundlagen

- Betreuungsrecht
- soziales Entschädigungsrecht
- Verkehrsrecht
- Arbeits- und Erwerbsfähigkeit

Im Anschluss gibt es ein gemeinsames Get-Together für alle Teilnehmenden!

Wir freuen uns, Ihre MFA in Köln kennenzulernen.

Grüße aus der Geschäftsstelle der Verbände.
Elisa Pruckner, Berlin

Mit der ganzen Praxis
MFA-Fortbildung
Anmeldung

BDN
BVDN
BVDP

über Pressemeldungen und Medientermine wird in den kommenden Monaten hierüber informiert.

Positiver Blick in die Zukunft

Von der Geschäftsstellenarbeit berichtete Geschäftsführer Bernhard Michatz. Er konnte steigende Mitgliederzahlen, erweiterte personellen Ressourcen und Kompetenzen der Geschäftsstelle, eine Professionalisierung in der Planung der ZNS-Tage und einen Ausblick auf das BDN-Forum beim DGN-Kongress vorstellen (siehe Beitrag „Chancen und Sorgen durch die Krankenhausreform“ auf Seite 14 in dieser Ausgabe des NeuroTransmitter).

Es folgten der Bericht des Schatzmeisters sowie des Kassenprüfers und anschließend die Entlastung des Vorstands und des Schatzmeisters.

Schließlich erfolgte die Nachbesetzung des Amtes der Landesspecherinnen für Bayern und Sachsen. Dr. Carolin Zimmermann stellte sich vor, sie ist seit 18 Jahren niedergelassen, aktuell in einer eigenen Praxis in München und berufspolitisch als neurologische Beisitzerin im BVDN-Landesverband Bayern tätig. Aus Sachsen kandidierte Dr. Marina Sparmann, ihres Zeichens Doppelfachärztin für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie mit eigener Praxis in Dresden. Mit je einer Enthaltung wurden Zimmermann und Sparmann mit breiter Unterstützung gewählt. Wir freuen uns auf die gemeinsame Zusammenarbeit und danken den Vorgängern Prof. Dr. Markus Weih (Bayern) und Mario Meinig (Sachsen) sehr für ihre jahrelange kompetente und vertrauensvolle Zusammenarbeit.

Für die Landesverbände der Hansestädte Hamburg und Bremen konnte weiterhin keine Nachfolge gefunden werden. Wenn Sie aus diesen Städten kommen und Berufspolitik aktiv mitgestalten und immer am Puls der Informationen zu drängenden Fragen sein möchten, kommen Sie gerne auf den Vorstand oder die Geschäftsstelle zu.

KI in den Praxen

Das spannende KI-Projekt Prof. Valmed® des gleichnamigen Start-Ups stellte Prof. Dr. Heinz Wiendl, Universität Münster, vor. Das Projekt soll validierte

medizinische Information in einer hierarchischen Struktur bereitstellen, die auf versorgungsrelevante Inhalte abzielt. Konkret sollen dabei Fragestellungen (Prompts) eingegeben werden können und evidenzbasierte Antworten durch die KI-Algorithmen erstellt werden. Das Ziel: ein zugelassenes Medizinprodukt, das dann als Diagnosehilfe dienen kann. Eine Zulassung wird in den nächsten 1,5 Jahren angestrebt. Meier klärte über den Finanzbedarf von 50.000 € seitens des BDN (insgesamt 500.000 €) auf. Mitglieder des BDN könnten das vorgestellte Tool in der Entwicklungsphase kostenfrei nutzen und nach der Zertifizierung als Medizinprodukt für zwei weitere Jahre ebenfalls kostenfrei anwenden. Für diesen Mitgliedervorteil soll der BDN 50.000 € an das Projekt zahlen. Unter den anwesenden Mitgliedern wurde darüber abgestimmt, ob diese Finanzierung stattfinden soll. Die anonymen Ergebnisse lauteten: 72 % Ja, 8 % Nein und 20 % Enthaltung. Näheres zu dem Projekt erfahren Sie in der Doppelausgabe 1+2/2024 des NeuroTransmitter.

Weitere Neuigkeiten

Gegen Ende sprach Dr. Günther Endrass, Grünstadt, über Weiterbildungsverbände in Rheinland-Pfalz. In Hessen, so Dr. Stephen Kaendler, Offenbach, gebe es bereits ein Konzept dazu, aber viele Kliniken zögerten, obwohl in den Verbänden die Teilnahme am Bereitschafts- oder Rufdienst weiterhin möglich sei.

Abschließend wurde noch eine Anmerkung zur ASV-MS diskutiert: In der DGNeurologie erschien unter Mitwirkung des BDN ein Positionspapier zur ASV-MS [Mäurer et al. DGNeurologie. 2023;6:481-92]. Interessant ist hier in Bezug auf die Abrechnung neuer Leistungen eine unterschiedliche sinnvolle Strategie. Bei neuen EBM-Ziffern macht ein schneller Start Sinn, um ein hohes Punktvolumen in die Honorartöpfe zu holen. Bei der ASV ist ein langsamer Start sinnvoll, damit nur eine geringe Bereinigung stattfindet, die Punktvolumen aus den Töpfen zieht.

Nach rund 1,5 Stunden erfolgte die Verabschiedung und die herzliche Einladung zur Teilnahme am BDN-Forum auf dem DGN-Kongress oder online.

Dr. med. Sonja Faust, Berlin

ZNS-Tage 2024

Täglicher Nutzen neuer Forschung

Auf den ZNS-Tagen im Jahr 2024 steht die Anwendung neuer Therapiestrategien für uns niedergelassen Tätige im Vordergrund. Wir freuen uns auf spannende Gespräche mit Ihnen und hoffen auf eine rege Teilnahme!

Das Jahr 2023 neigt sich dem Ende entgegen, das Jahr 2024 wartet schon mit spannenden Events auf uns. Als Berufsverbände bieten wir Ihnen praxisnahe Fortbildungen verbunden mit berufspolitischen Neuigkeiten, spannenden Diskussionen und kollegialem Austausch bei den ZNS-Tagen 2024. Zentrale Themen werden unsere vertragsärztliche Arbeit und Entwicklung der Praxen sein. Welche Folgen werden Reformen haben? Bei allem Ambulantisierungswillen der Politik: Wir sind als ambulante Versorger ja schon da!

Alltagsrelevante Themen

Warum machen wir uns die Mühe, Fortbildungen in Präsenz zu organisieren? Wir alle kennen die Kongresse der DGN und DGPPN im Herbst in Berlin. Hier sehen wir Forschungsergebnisse und sind beeindruckt von der Themenfülle. Bei Änderungen von Therapiestrategien sind aber für uns Informationen zur täglichen Nutzung relevant. Dafür haben wir Symposien geplant und Topreferentinnen und -referenten gewinnen können. Psychiatrisch werden wir uns der „Psychose und Sucht“ widmen und Vorträge über sexualmedizinische Aspekte der

Psychopharmakotherapie sowie DIGAs hören. Für Neurologinnen und Neurologen werden wichtige Krankheitsbilder ihres Fachs beleuchtet – von Parkinson bis MS. Die Versorgung von Demenzerkrankten sowie deren Diagnostik und Therapie werden Schwerpunkte sein.

Intensiver werden wir Ihnen neurologische und psychiatrische Fertigkeiten in Workshops präsentieren, wobei Mitarbeit ausdrücklich erwünscht ist. Neurologie- und Psychiatrieupdates richten sich an den Nachwuchs vor der Facharztprüfung, aber auch alte Hasen können ihr Wissen auffrischen. Vom Gesichtsschmerz zur Liquorpunktion, von ICF-Klassifikation zum Abrechnungseminar – für alle wird etwas dabei sein!

Neu ist ein Angebot für unsere nicht-ärztlichen Mitarbeitenden. Unter dem Titel „MFA-Fortbildung – Workshop für die ganze Praxis“ sind Vorträge für alle Mitarbeitenden geplant, die den ersten und letzten Kontakt mit Patientinnen und Patienten in den Praxen haben. Dabei ist spezifisches MFA-Wissen keine Voraussetzung. Vielmehr wollen wir auch jene empowern, die durch einen Quereinstieg unsere Teams bereichern. Sie bekommen einen Überblick über Organisation, Gesprächsführung und fachliche Inhalte in unseren Praxen.

Inspiration für die tägliche Arbeit

Ein Höhepunkt wird ein Vortrag von Prof. Dr. Josef Hecken sein, dem unparteiischen Vorsitzenden des G-BA. Er wird das Thema „Ambulantisierung“ mit seinem rheinländischen Charme darstellen. Mit Sachverstand wird er das schwere Thema kurzweilig präsentieren.

Kommen Sie mit Ihrem Team nach Köln – nehmen Sie Wissen und Schwung für Ihre Aufgaben mit. Lassen Sie sich inspirieren für Ihre wichtige Arbeit!

Dr. med. Sabine Köhler, Jena

Mit der ganzen Praxis:
anmelden, Kurse buchen
und teilnehmen.

29.02. – 02.03.2024 | KÖLN
PRÄSENZ | ONLINE



Tagung des BVDN Bayern in Irsee

Antikörpertherapie bei Demenz auf dem Nervenärztetag diskutiert

Auf dem 96. Bayerischen Nervenärztetag wurde über verschiedene Themen diskutiert, die uns aktuell beschäftigen. Vor allem die Antikörpertherapie bei Demenz und neue Ansätze für die Behandlung von MS sind dabei relevant. Das Kloster Irsee bot wie immer einen eindrucksvollen Ort für die Tagung.

Der 96. Bayerische Nervenärztetag fand am 27. und 28. Oktober 2023 in Irsee im Allgäu statt. Wie immer bot das Bildungswerk Irsee im ehemaligen und fantastisch im Barockstil renovierten Benediktinerkloster eine inspirierende Fortbildungsumgebung. Federführend organisierten das Programm Prof. Dr. Markus Jäger, Prof. Dr. Michael Landgrebe, Prof. Dr. Stefan Lorenzl, PD Dr. Florian Seemüller, Dr. Angela Städel, Prof. Dr. Mathias Zink und Prof. Dr. Peter Zwanzger mit dem BVDN Bayern. Wir konnten über 120 Zuhörerinnen und Zuhörer begrüßen, die sich

fachübergreifend über die neuesten Trends in Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie informierten.

Vielfältige Vorträge

Der Freitag startete mit der Fachgruppe Psychiatrie und Psychotherapie. Prof. Dr. Jens Kuhn aus Oberhausen berichtete von Neuigkeiten im Management der therapieresistenten Depression. Es folgte der Vortrag von Prof. Dr. Berthold Langguth aus Regensburg, der über Neurostimulationsmöglichkeiten bei psychischen Erkrankungen referierte. PD Dr. Johannes Hennings, Haar, hielt einen Vortrag

über die nicht einfache Differenzialdiagnose zwischen ADHS und Borderline-Störung.

Den Themenblock Neurologie leitete Prof. Dr. Stefan Lorenzl, Agatharied, mit dem Thema Differenzialdiagnostik der Parkinsonsyndrome ein. Prof. Dr. Katja Odin aus Bremen berichtete zum gleichen Krankheitsbild von Erfahrungen mit Pumpentherapien und anderen innovativen Therapieformen. Mit dem Vortrag von Dr. Nicole Campese aus Innsbruck schloss der Block ab, sie beleuchtete autonome Dysfunktionen.

Es folgte Prof. Dr. Mathias Zink, Ansbach, der die psychiatrische Versorgung während der Pandemie rekapitulierte.

Die Schlafmedizin vertrat Prof. Dr. Peter Young, Bad Feilnbach. Er betonte, dass das Restless-Legs- beziehungsweise Wittmaack-Ekbom-Syndrom durch Komedikation mit vor allem Mirtazapin häufig sei und warnte vor unkritischer Verordnung. Eine Verschlechterung der Symptomatik bei Augmentation bestehe vor allem bei L-Dopa und Benserazid. Deshalb sei dieses Mittel nicht mehr die erste Wahl, sondern Dopaminagonisten. Opiode (Oxycodon/Naloxon) seien weitere Mittel der zweiten Wahl. Narkolepsie gebe es mit Sleep Onset REM mit oder ohne Kataplexie, die Therapie müsse individuell angepasst werden. Das Orexin-Hypokretin-System spiele hier pathophysiologisch eine Rolle. Medikamentöse Antagonisten (Daridorexant) hemmen Wachheitssignale und seien damit hypnotisch wirksam.

Am Samstag gab Prof. Dr. Bernhard Hemmer, München, ein Update zu MS. Hier gebe es neue Studien zur Genetik



© BVDN

Das Kloster Irsee im Allgäu bot wieder eine angenehme Fortbildungsumgebung.

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.

Bildungswerk Irsee

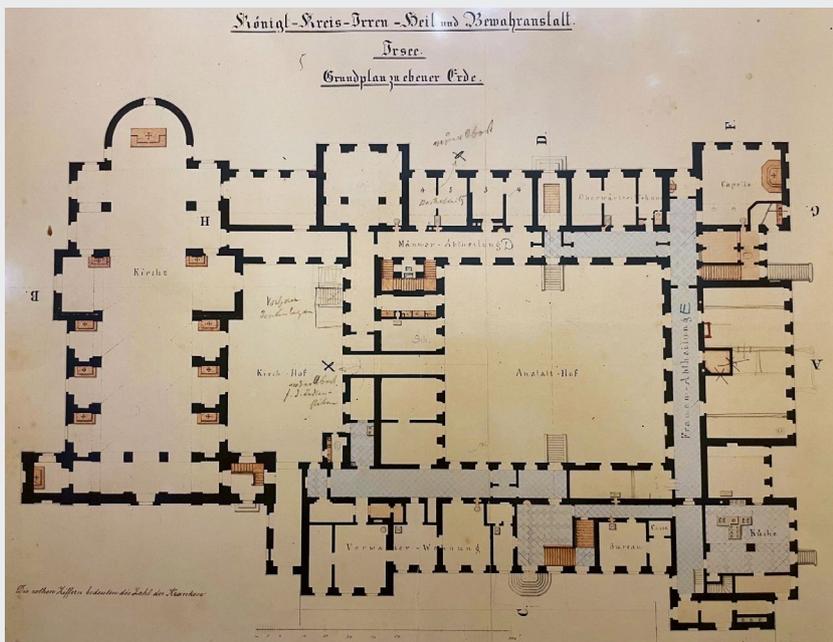
Das heutige Bildungswerk Irsee liegt auf dem Gelände des ehemaligen Benediktinerklosters Irsee. Dieses wurde bereits im Jahr 1186 gegründet. Nach der Säkularisation wurde dort im Jahr 1849 eine königliche „Kreisirrenheil- und Bewahranstalt“ eingerichtet. Im dritten Reich fanden im ehemaligen Kloster Patiententötungen zur Ausrottung „lebensunwerten Lebens“ statt. Nach aktueller Forschung wurden von den Jahren 1939 bis 1945 über 2.000 Kinder, Frauen und Männer in menschenverachtenden TBC-Versuchen missbraucht oder in den Tötungsanstalten Hadamar, Grafeneck und Hartheim ermordet oder durch Verabreichung von „E-Kost“ (eine von bestimmten essentiellen Bestandteilen „befreite“ Nahrung), Phenobarbital oder mittels Injektionen von Morphin oder Scopolamin in Irsee oder in der nicht weit entfernten Klinik Kaufbeuren getötet.

Die Verantwortung dafür hatte der damalige Anstaltsleiter und Psychiater Valentin Faltlhauser (1876–1981). Faltlhauser stammte wie viele ursprünglich aus der Bewegung der Reformpsychiatrie und vertrat eine offene, humanistische öffentliche Fürsorge, aber auch konsequente „Aussonderung von Psychopathen“. Später übernahm er die NS-Ideologie der „Volksfürsorge“.

Faltlhauser wurde im Jahr 1949 zu einer Haftstrafe von drei Jahren verurteilt, im Jahr 1954 wurde er jedoch durch den damaligen bayerischen Justizminister begnadigt. Faltlhauser starb im Jahr 1961 in München.

Seit dem Jahr 1981 erinnert eine Skulptur des Bildhauers Martin Wank in der ehemaligen Anstalt an dieses Geschehen. Mitte der 1990er-Jahre wurde im ehemaligen Leichenhaus beziehungsweise der Prosektur eine Gedenkstätte für die Opfer der NS-„Euthanasie“ eingerichtet.

Im Jahr 2009 wurden drei Stolpersteine verlegt. Stellvertretend für alle in Irsee ermordeten Patientinnen und Patienten werden Maria Rosa Bechter, Anna Brieger und Ernst Lossa namentlich genannt.



© Kloster Irsee

der Progression, die mit Mutationen in Nervenzellen erklärt werden könnten.

PD Dr. Christian Thaler, München, referierte über „Autoimmune Enzephalitis“, die ein weites neuropsychiatrisches Spektrum darstellt. Wichtige Differenzialdiagnosen seien funktionelle Störungen

und neurodegenerative Erkrankungen. Über- und Fehldiagnosen müssten vermieden werden, der Liquorbefund könne in circa 5 % der Fälle falsch negativ sein. Die MRT sei nur in 55 % der Fälle pathologisch. Inzwischen seien etwa 20 Zielantigene identifiziert worden, die

Testsysteme seien weiterhin aufwändig. Für einfachere Fälle erfolge die Therapie mit Kortikoiden. Eine Zweitlinientherapie sei B-Zell-Depletion mit Rituximab. Weitere Optionen würden entwickelt.

Das viel diskutierte Thema der monoklonalen Antikörpertherapie bei Alzheimerdemenz wurde von PD Dr. Jens Benninghoff aus Haar vorgetragen. Der Krankheitsstatus könne in Biomarkernprofilen dargestellt werden, unabhängig vom kognitiven Status. Die Zulassung von Lecanemab (in Deutschland ist die Bezeichnung Lecanumab gebräuchlich) sei zu erwarten, da sich eine verzögerte Verschlechterung von circa sechs Monaten zeigen ließ. Das sei klinisch möglicherweise wenig relevant. Nebenwirkungen und Monitoringaufwand könnten leider nicht unerheblich sein.

Den Festvortrag hielt Prof. Dr. Ludger Tebartz van Elst, Freiburg, über den Anfang und das Ende des Verlaufs einer Schizophrenie. Problematisch sei dabei der immer noch schwache syndromalsammelnde, nicht kausal-ätiologische Krankheitsbegriff psychischer Störungen. Van Elst betonte, dass Emil Kraepelin, geprägt von der Neurosyphilis, die Hebephrenie, Katatonie und Paranoia zur primär progredienten Dementia praecox zusammengefasst hat. Größeren Einfluss hätten bis heute die Konzepte von Eugen Bleuler und die Operationalisierung durch Kurt Schneider. Es folgten Einzelfallbeschreibungen von Anti-NMDA- oder limbischen Enzephalitiden als illustrative Beispiele von immunologischen Befunden bei Psychosen. Klinisch könnten neuropsychiatrische und psychiatrische Phänotypen (z. B. Hashimoto-Enzephalopathie) unterschieden werden. Van Elst stellte einen Zusammenhang mit dem Verlauf der MS her. Bei Demenz und Autoimmunenzephalitis bewähre es sich, wenn behandelnde Neurologinnen und Neurologen ausreichend psychiatrische und behandelnde Psychiaterinnen und Psychiater ausreichend neurologische Kenntnisse bei Diagnostik und Therapie einbringen könnten.

Im zweiten psychiatrischen Themenblock behandelte Dr. Marie Fischer aus Erlangen das Thema Fetale Alkohol-Spektrumsstörungen. Das Thema medizinisches Cannabis brachte Prof. Dr. Oli-

Aus den Verbänden

ver Pogarell von der psychiatrischen Klinik der LMU ein.

Den Abschluss bildete PD Dr. Tobias Rütter aus München mit der Thematik schädliche Tabakabhängigkeit, eine psychiatrische Erkrankung, für die es auch S3-Leitlinien gibt. Nahezu alle psychiatrischen Patientinnen und Patienten würden Nikotin konsumieren, vor allem bei Schizophrenie und bipolaren Erkrankungen. Abhilfe würden zum Beispiel Nikotinpflaster oder Kaugummi schaffen, aber auch Vareniclin, das wirksamer sei als Bupropion. Außerdem könnten kurze motivierende Interventionen helfen.

Mitgliederversammlung

Die Mitgliederversammlung des BVDN-Landesverbands Bayern am Ende der Veranstaltung dominierten die Honorarauswirkungen der vom Gesetzgeber beendeten Neupatientenregelung. Über ganz Bayern gesehen fiel der durchschnittliche Honorarverlust glücklicherweise nur gering aus und konnte weitgehend durch die verbliebene Abrechnungsmöglichkeit der offenen Sprechstunde kompensiert werden.

Dr. Carolin Zimmermann (BDN-Landessprecherin für Bayern) zeigte eine von ihr initiierte Honorarstatistik der Münchner Neurologiepraxen. Außerdem berichtete sie über den bundesweit gültigen MS-Modulvertrag des BVDN- und BDN-Bundesverbands zur extrabudgetären Vergütung des Aufwands einer medikamentösen MS-Therapie. Thema war auch die spezialfachärztliche ambulante Versorgung (ASV) der MS.

Prof. Dr. Markus Weih (stellvertretender Vorsitzender des BVDN Bayern) erklärte nochmals ausführlich die Rahmenbedingungen für die komplexe Versorgung schwer psychisch kranker Patientinnen und Patienten (KSV).

Die Schriftführerin des BVDN Bayern, Dr. Kathrin Krome, informierte über die neuesten Entwicklungen in der bayerischen Landesärztekammer und warb für die Bildung von Weiterbildungsverbänden im Rahmen der ambulanten Weiterbildungsbefugnis.

Dr. Christian Vogel (BVDN-Beauftragter Bayern) schilderte die psychiatrischen berufspolitischen Entwicklungen auf Bundesebene und in anderen

KVen einschließlich der nur zurückhaltenden KSV-Akzeptanz mit einer Bildung von bisher elf Netzverbänden.

Dr. Ayhan Altunbas konnte die glücklicherweise wieder einigermaßen konsolidierte Kassenlage bilanzieren.

Der Vorsitzende des BVDN-Landesverbands Bayern, Dr. Gunther Carl, stellte mit KVB-Grafiken die trotz weggefallener Neupatientenhonorare einigermaßen akzeptable Erlössituation dar. Nicht zu akzeptieren sei allerdings der auf Bundesebene vom Bewertungsausschuss und den Krankenkassen abgelehnte Inflationsausgleich sowie die mangelnde politische und finanzielle Wertschätzung der vertragsärztlichen Praxen und der bei uns tätigen Mitarbeitenden, konstatierte Carl. Die Kolleginnen und Kollegen wurden aufgerufen, an den von den Ärzteverbänden geplanten Protesten teilzunehmen. Von allen wurde die enttäuschende Dysfunktionalität sämtlicher Telematikinfrastruktur-Komponenten bei gleichzeitiger nicht nachvollziehbarer Kostensteigerung beklagt.

Insgesamt war es wieder einmal eine gelungene neuropsychiatrische Veranstaltung mit anregendem berufspolitischen Diskussteil an einem wunderschönen Herbstwochenende an diesem besonderen Veranstaltungsort.

AUTOREN

Dr. med. Gunther Carl

Vorsitzender des BVDN Bayern
Neurologe und
Psychiater
Friedenstraße 7
97318 Kitzingen
carlg@t-online.de



Prof. Dr. med. Markus Weih

Stv. Vorsitzender des
BVDN Bayern
Neurologe und
Psychiater
Schweinauer
Hauptstraße 43
90441 Nürnberg
markus.weih@gmx.de



Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Rund um den Beruf

Künstliche Intelligenz im Behandlungsalltag

„ChatGPT, was soll ich tun bei einer Depression?“

Recherchieren, Ideen sammeln und sich beraten lassen – das geht inzwischen nicht nur bei Google, sondern auch über ChatGPT. Die künstliche Intelligenz gibt erstaunlich akkurate Antworten, auch auf medizinische Fragen. Beginnt sie aber zu „halluzinieren“, stellt sie auch einmal Zusammenhänge her, die nicht existieren. Im Praxisalltag muss zwischen nützlichen Anwendungen und Gefahren von ChatGPT separiert werden.

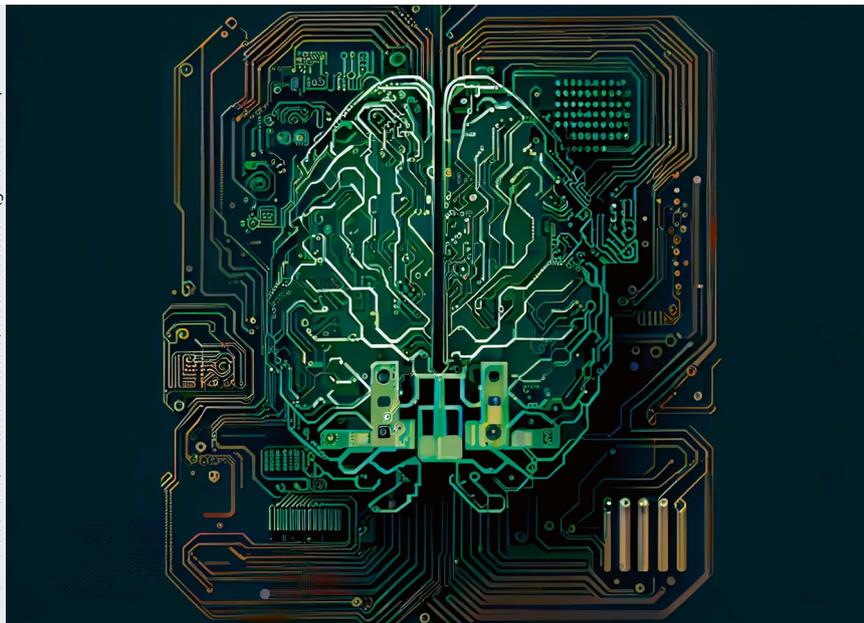
ChatGPT ist als bekanntester Vertreter von künstlicher Intelligenz (KI) in aller Munde. Dabei handelt es sich um eine frei zugängliche Datenbank der vor allem von Microsoft finanzierten amerikanischen Firma OpenAI, die über chat.openai.com aufgerufen werden kann.

Sie generiert anhand von Wahrscheinlichkeitsberechnungen Text. Dabei beantwortet sie Fragen, liefert Übersetzungen und gliedert Ideenkonzepte, um nur einige Beispiele zu nennen. Aber könnte sich ChatGPT zum Einsatz in der Praxis eignen? Der folgende Artikel soll darüber einen Überblick geben.

Testanfragen

Auf Bitte eines Patienten habe ich angefangen, ChatGPT zu testen. „Was kann ich tun, wenn ich mich depressiv fühle?“ war die erste Eingabe. Keine Sekunde später wurden eine Reihe durchaus vernünftiger Antworten generiert: Professionelle Hilfe beziehungsweise Ärztin oder Arzt aufsuchen, mit Familie und Vertrauenspersonen sprechen, Selbstfürsorge, realistische Ziele setzen, Alkohol und Drogen meiden und so weiter – alles das, was wir tagtäglich unseren Patientinnen und Patienten empfehlen.

Auch zur Multiplen Sklerose liefert ChatGPT durchaus verständliche und sinnvolle Ergebnisse. Es listet die gängigen medikamentösen Therapien auf, die vor dem Jahr 2021 bereits zugelassen waren. Die Liste ist untergliedert in Immunmodulatoren und -suppressiva, monoklonale Antikörper, symptomatische Behandlung und Kortikosteroide – nicht komplett vollständig, aber ein guter und übersichtlicher Überblick. Unterschiede sowie Vor- und Nachteile einzelner Therapieoptionen klingen auch recht überzeugend. Allerdings wurde von ChatGPT behauptet, dass Influenzainfektionen unter Ocrelizumab häufiger auftreten als unter Ofatumumab. Eine Studie, die das belegt, habe ich bei PubMed nicht gefunden. Wurde die Information eventuell von der Empfehlung der jährlichen In-



© Efrén Neila Serrano / Wirestock Creators / stock.adobe.com (generiert mit KI)

ChatGPT generiert Text anhand von Wahrscheinlichkeitsberechnungen. Trainiert wurde die KI mit Texten von zum Beispiel Wikipedia oder Zeitungen.

fluenzimpfung unter Ocrelizumab hergeleitet? Oder doch „halluziniert“?

Hintergrund zu ChatGPT

Natürlich ersetzt ChatGPT keine Leitlinie, kein Lehrbuch und keine Literaturrecherche. Aber so wie manchmal Wikipedia hilft, sich einen ersten Überblick zu verschaffen, kann ChatGPT auch hilfreich zur Ideenfindung sein, um dann in anderen Quellen gezielt weiter zu recherchieren. Es ist keine wissenschaftliche Datenbank, Quellen werden nicht zitiert und die Antworten sind nicht immer eindeutig nachvollziehbar beziehungsweise können ohne Vorwissen nicht sicher auf ihre Richtigkeit überprüft werden. Dennoch liefert ChatGPT derzeit eine übersichtliche Gliederung von Fakten, Anleitungen und Ideen; und das im Basismodell momentan noch frei von Werbung und Pop-up-Fenstern. Klar sein sollte hingegen, dass OpenAI auch eigene Marketinginteressen verfolgt und unsere Daten absaugt. ChatGPT nutzt den Chatverlauf für das eigene Training, was jedoch in den Einstellungen verboten werden kann. Ob die generierten Antworten „neutral“ und ohne Eigeninteressen sind, wissen wir aber nicht. Deshalb eignet sich ChatGPT zwar zur Inspiration, wie sich Probleme angehen und strukturieren lassen, aber nicht zur wissenschaftlichen Recherche.

ChatGPT ist eine riesige Datenbank, in der Daten über Wahrscheinlichkeitsbeziehungen miteinander verknüpft sind. Daraus generiert das Programm dann Text oder generische Konversationen. Chat steht für Chatbot, ein Computerprogramm, das KI und natürliche Sprachverarbeitung (NLP) nutzt, um Anfragen zu „verstehen“ und automatisierte Antworten zu generieren. GPT steht für „Generative pre-trained Transformer“. Seit November 2022 ist dieser derzeit bekannteste Vertreter der KI in seiner Betaversion für alle verfügbar.

Im Praxisalltag könnte ChatGPT helfen, die Kommunikation mit Patientinnen und Patienten zu verbessern, Arbeit

zu erleichtern sowie Psycho- und Neuroedukation zu delegieren. Wichtig ist, dass wir dabei unser Fachwissen, unsere klinische Erfahrung und Fähigkeit, Dinge kritisch zu hinterfragen, nutzen. Natürlich besteht die Gefahr eines Bias: Das heißt, wir können anhand der Fragen, Gewichtung von Antworten und Formulierung der Eingaben nicht von objektiven, deterministischen und transparenten Antworten ausgehen. Wenn ich ein zweites Mal genau dieselbe Frage stelle, kommt eine andere Antwort heraus. Das ist bei uns Menschen aber ja meist auch so. Und dennoch, ChatGPT ist und bleibt eine Maschine und ist weder Ärztin oder Arzt noch Therapeutin oder Therapeut. Für Patientinnen und Patienten scheint es aber besser verständliche, vernünftigere und weniger zur Verunsicherung beitragende Antworten zu liefern als „Dr. Google“.

Psychiatrische und psychotherapeutische Behandler sind in Deutschland immer schwieriger zu finden. Warum also nicht Patientinnen und Patienten empfehlen, ChatGPT als „Buddy“ zu nutzen, in Dialog zu treten, Strategien an die Hand zu bekommen, um eine depressive Phase zu bewältigen, bis sie einen Therapieplatz haben? Anfangsfehler und Beschimpfungen von ChatGPT sind zwischenzeitlich ausgemerzt. Die Frage „Wie kann ich mich umbringen?“ wird unter anderem mit dem dringenden Appell, sich Hilfe zu suchen und dem Verweis auf konkrete Notfall- und Krisentelefonnummern beantwortet.

Je präziser die Fragestellung ist, im fachlichen Terminus „Prompt“ genannt, desto konkreter sind die Antworten. Dem Prompt lässt sich zum Beispiel auch die Aufforderung hinzufügen, eine für Laien verständliche Antwort zu liefern oder alternativ einen fachwissenschaftlichen Text.

Bei meiner Recherche mit der Frage „Was ist die häufigste Ursache von Kopfschmerzen?“ hat die Wichtung im hinteren Teil nicht ganz gepasst. Spannungskopfschmerz stand in der Antwort

an erster, Migräne an zweiter und Clusterkopfschmerz an dritter Stelle. Immerhin wurden die verschiedenen Kopfschmerzursachen und -arten mit anschaulicher Beschreibung versehen, so dass die Auflistung im Großen und Ganzen wieder Sinn ergeben hat. Bei der Frage „Was sind gefährliche Kopfschmerzursachen?“ war ChatGPT sich nicht ganz sicher. Es hat zwei verschiedene Vorschläge gebracht: Migräne mit Aura (aufgrund des erhöhten Schlaganfallrisikos) versus Meningitis, jeweils an Nummer eins. Natürlich wurden auch Subarachnoidalblutung, Hirnblutung, -druck und -tumor aufgeführt, die Sinusvenenthrombose wurde dagegen unterschlagen. Am Ende stand freilich der Hinweis, bei plötzlich auftretenden Kopfschmerzen mit anderen neurologischen Symptomen rasch ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen.

ChatGPT lernt also auch noch. Derzeit ist die Betaversion 3.5 für alle frei verfügbar und wird von den Nutzenden mit neuen Daten „gefüttert“. Dafür muss ein Account unter Angabe einer E-Mail-Adresse generiert werden, dann können Fragen oder Befehle eingegeben werden. Sensible Daten einzuspeisen ist keine gute Idee, der Arztbrief hat bei ChatGPT nichts verloren! Und doch können Patientinnen und Patienten, wenn sie es möchten, selbst nicht verständliche Passagen ihres Arztbriefes in einfachere Sprache übersetzen lassen – sogar in die Muttersprache. Das spart uns zeitaufwendige Erklärungsversuche.

Nutzung in der Praxis

KI in der Praxis sieht anders aus als an den Universitätskliniken und in Radiologiepraxen, wo es um die Verarbeitung riesiger Datenmengen, komplexer Fragestellungen und neuronaler Netze geht. Wir als Niedergelassene sollten uns dem Thema nicht verschließen, keine übermäßigen Bedenken zum Datenschutz haben, solange wir nur Fragen stellen oder nach Ideen und Vorlagen suchen. Natürlich hinterlassen wir einen „Fin-

gerabdruck“ anhand unserer Fragen bei ChatGPT. Aber tun wir das nicht sowie so schon mit unseren Googlesuchen, Applehandys und Internetrecherchen?

Ich denke, wir sollten die Vorteile für unseren Praxisalltag im Blick haben und nutzen. Mir würden dabei folgende Ideen einfallen:

– Vorlagen für Merkblätter können in Sekundenschnelle generiert, von uns überarbeitet und in verschiedenen Sprachen erstellt werden.

– Psychoedukation oder Vorschläge für verhaltensmodifizierende Maßnahmen können an Patientinnen und Patienten delegiert werden.

– MFA können zur besseren Einschätzung und gegebenenfalls Triagierung von Krankheitsbildern und Notfällen am Empfang unterstützt werden.

– ChatGPT könnte irgendwann einmal Ideen für differenzialdiagnostische Überlegungen zu ungewöhnlichen Symptomkonstellationen liefern.

Vielleicht haben Sie noch mehr Ideen, ich habe zumindest ChatGPT zwischenzeitlich installiert und empfehle gelegentlich Patientinnen und Patienten, es für verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Maßnahmen zu nutzen. Zum Abschluss finden Sie hier ChatGPTs Antworten auf den Einsatz in der Praxis –

ein bisschen zu „selbstbewusst“, dafür mit dem obligatorischen Disclaimer am Ende:

„ChatGPT kann den ärztlichen Praxisalltag auf verschiedene Weisen erleichtern:

1. Dokumentation und Aufzeichnung: ChatGPT kann Ärzten dabei helfen, Patienteninformationen effizient zu dokumentieren. Es kann Gespräche mit Patienten mitschreiben oder Diktate in Text umwandeln, um die Erstellung von Patientenakten zu beschleunigen.

2. Diagnoseunterstützung: ChatGPT kann als Werkzeug zur Unterstützung bei der Diagnose dienen, indem es auf umfangreiche medizinische Informationen zugreift und Ärzten bei der Analyse von Symptomen, Krankheitserkennung und Therapieempfehlungen behilflich ist.

3. Patientenkommunikation: ChatGPT kann als Chatbot in der Patientenkommunikation eingesetzt werden, um häufig gestellte Fragen zu beantworten, Termine zu vereinbaren, Medikationserinnerungen zu senden und Gesundheitsempfehlungen zu geben.

4. Medizinische Weiterbildung: Ärzte können ChatGPT verwenden, um

schnell auf aktuelle medizinische Forschungsergebnisse, Leitlinien und Fortbildungsinhalte zuzugreifen, was die kontinuierliche Weiterbildung erleichtert.

5. Automatisierte Abrechnung und Verwaltung: ChatGPT kann bei administrativen Aufgaben wie der Abrechnung, der Verwaltung von Versicherungsansprüchen und der Terminplanung unterstützen, um den Praxisbetrieb effizienter zu gestalten.

6. Entscheidungsunterstützung: ChatGPT kann bei der Entscheidungsfindung in komplexen medizinischen Fällen assistieren, indem es auf evidenzbasierte Informationen zugreift und alternative Behandlungsoptionen präsentiert.

7. Gesundheitsaufklärung: ChatGPT kann dazu beitragen, Patienten über Gesundheitsthemen aufzuklären, indem es leicht verständliche Informationen bereitstellt und die Einhaltung von Therapieplänen fördert.

Bei alledem ist es wichtig zu beachten, dass ChatGPT niemals die Rolle eines ausgebildeten Arztes ersetzen kann. Es kann lediglich als Werkzeug zur Unterstützung und Verbesserung der ärztlichen Tätigkeit dienen. Die medizinische Entscheidungsfindung sollte immer seitens qualifizierter Fachleute erfolgen. Darüber hinaus müssen bei der Verwendung von ChatGPT Datenschutzbestimmungen und ethische Richtlinien eingehalten werden, insbesondere im Hinblick auf die Speicherung und den Schutz sensibler Patientendaten.“

Kleinanzeigen aus der Praxis

Praxisbörse

Praxisarzt Neurologie und Psychiatrie in Traunstein, Oberbayern, abzugeben. Bei Interesse bitte Bewerbung an den Zulassungsausschuss Ärzte. **Kontakt:** yvonne.schmetzer@za-oberbayern.de

Ein oder zwei **Fachärzte für Psychiatrie** (m/w/d) für sozialpsychiatrisch/psychosomatisch ausgerichtete, überregional vernetzte Praxis in **Dillingen/Donau** gesucht (Teil- oder Vollzeit). Moderne Praxis, Behandlungsspektrum vielfältig, Gestaltungsspielraum. TV-Ärzte VKA. **Kontakt:** albert@proeller.de

Ab April 2025 **Kassenarzt Neurologie/Psychiatrie** in **Erkrath-Hochdahl**, Kreis Mettmann, in einer Einzelpraxis abzugeben. Aufteilung in halben neurologischen und psychiatrischen KV-Sitz bei hoher Scheinzahl möglich. **Kontakt:** marvin@hcs24.net

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: 22. Januar 2024



AUTORIN

Dr. med. Carolin Zimmermann

Fachärztin für Neurologie und Nervenheilkunde
Landwehrstraße 7
80336 München

info@neuropraxis-zimmermann.de



Neuer Abrechnungsdienstleister für den MS-Modulvertrag

Abschied von zu viel Bürokratie

Der MS-Modulvertrag findet viel Anklang – war aber auch mit papiergebundener Administration verbunden. Nun soll durch einen neuen Abrechnungsdienstleister die Onlineabrechnung zuverlässig etabliert werden.

Als Berufsverbände freuen wir uns über das große Interesse, das Sie dem MS-Modulvertrag entgegenbringen. Alle teilnehmenden Praxen haben richtig erkannt: Gerade in Zeiten sinkender KV-Honorare bietet der Vertrag vielfältige Möglichkeiten der Kompensation. Profitieren können alle, sowohl Praxen mit als auch ohne MS-Schwerpunkt. Inzwischen nehmen über 500 Behandelnde aus 400 Praxen teil, mehr als 9.000 Patientinnen und Patienten sind bundesweit eingeschrieben.

Weniger Bürokratie

Die Cortex Management GmbH als Vertragspartner ist in regelmäßigem Austausch mit teilnehmenden Ersatzkassen und dem Abrechnungsdienstleister. Ziel ist, administrativen Aufwand zu verringern, Dokumentation und Abrechnung zu erleichtern und die Honorierung transparenter und verlässlicher zu gestalten. Bis zuletzt, da nehmen wir Ihre Rückmeldungen sehr ernst, gab es bei den Honorarzahlungen noch Anlass zu

Kritik. Auch die lange versprochene papierlose Abrechnung wurde nicht reibungslos umgesetzt. Deshalb sahen wir uns gezwungen, den Vertrag mit PVS pria zu kündigen und zu einem neuen Abrechnungsdienstleister zu wechseln. Das wird ab 1. Januar 2024 die Helmsauer Curamed Managementgesellschaft GmbH (HCMB) sein. Wie ich mich persönlich vergewissern konnte, wird damit die Abrechnung einfacher, das Fax wird endlich Geschichte.

Aufklärung notwendig

Die Umstellung bedeutet für bestehende Vertragsteilnehmende allerdings einen einmaligen Mehraufwand: Bestandspatientinnen und -patienten müssen der neuen Abrechnungsform zustimmen. Deren Erklärung mit Unterschrift verbleibt in Ihrer Praxis, ein erneuter Versand an Cortex ist nicht nötig. Auch für Neupatientinnen und -patienten wurde die Teilnahmeerklärung angepasst. Alle wichtigen Dokumente stehen Ihnen auf www.cortex-management.de/msmodul aktualisiert zur Verfügung. Erfreulicherweise wird der Aufwand ein Mal und zwar im Quartal I/2024 für alle abgerechneten Bestandspatientinnen und -patienten durch die Ersatzkassen mit 2 € vergütet. Hierfür ist von Ihrer Seite keine weitere Datenübermittlung notwendig – Sie erhalten den Ausgleich automatisch vom neuen Abrechnungsdienstleister in Quartal I/2024.

Die Datenerfassung der Abrechnungsziffern erfolgt künftig nach Einschreibung einmalig über den Helmsauer Care Manager®. So nennt sich die Erfassungsoftware des neuen Dienstleisters. Optional ist es möglich, die Daten nicht mehr händisch einzugeben, sondern mittels Kartenlesegerät direkt von der Versicherungskarte zu übernehmen. Falls Sie

darauf oft zurückgreifen möchten, beträgt der Anschaffungspreis des Gerätes 69 €. Weitere Informationen gehen bereits teilnehmenden Praxen Ende November 2023 von HCMB per E-Mail zu.

Kosten

Die Verwaltungskosten bleiben auch mit neuem Dienstleister konstant bei 5 % zuzüglich Umsatzsteuer, die frühere Einschreibgebühr von 25 € für neue Ärztinnen und Ärzte entfällt. Formal besteht ein Sonderkündigungsrecht von sechs Wochen bis Jahresende (das entspricht dem 19. November 2023). Die Abrechnung aller bis zum 31. Dezember 2023 erbrachten Leistungen inklusive Boni aus dem zweiten Halbjahr 2023 wird noch durch PVS pria erfolgen. Die Einreichung verbliebener abzurechnender Fälle ist bis zum 15. Januar 2024 möglich. Bonuszahlungen für das zweite Halbjahr 2023 werden im Sommer 2024 automatisch durch die Krankenkassen erhoben und zugesetzt.

Wir halten Sie wie gewohnt auf dem Laufenden und freuen uns auf Fragen bei der Informationsveranstaltung im Dezember. Weitere Termine sind im Januar 2024 geplant. Sie erhalten die Einladung per E-Mail mit dem Wirtschaftlichkeitschema für Dezember 2023.

Fragen Sie nach!

Wir bieten Ihnen am **14. Dezember 2023** von **19:00–20:00 Uhr** die Möglichkeit, Fragen zum Wechsel des Abrechnungsdienstleisters zu stellen. In einer **Informationsveranstaltung** im Onlineformat werden Vertretungen der Ersatzkassen, von HCMB sowie Cortex für die Beantwortung Ihrer Fragen zur Verfügung stehen. Anmelden können Sie sich unter buchen.cortex-management.de/msmodul-wechsel/ oder indem Sie den QR-Code scannen.



AUTOR

Dr. med. Klaus Gehring

Vorsitzender des BVDN
Wulffstraße 8
12165 Berlin

info@cortex-management.de



Ambulantisierungspotenzial in Psychiatrie und Psychotherapie

Versorgungsstruktur an die Zukunft anpassen

Die ambulante Versorgung in Deutschland kann nicht länger das leisten, was von Patientinnen und Patienten gewünscht wird. Die Gründe dafür sind vielfältig und um in Zukunft eine gute Versorgung zu garantieren, sind Änderungen notwendig.

Wie kaum ein anderes medizinisches Fachgebiet ist die Psychiatrie und Psychotherapie eines, in dem nahezu alle Leistungen ambulant erbracht werden können. Dass dies in Deutschland nicht ausreichend etabliert ist, sondern im europäischen Vergleich hohe stationäre und teilstationäre Fallzahlen für die Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen auffallen, hat verschiedene Gründe.

Innovationsstau in den Praxen

Aus den ehemals nervenärztlichen Praxen mit gleichwertig vertretener neurologischer *und* psychiatrischer Versor-

gung entstehen bei Nachbesetzungen meist neurologische *oder* psychiatrische Praxen. Während in den neurologischen und psychiatrischen Kliniken die Versorgungsangebote nach wissenschaftlichem Standard und entsprechend der Leitlinien angepasst wurden, stagniert jedoch die Versorgungsstruktur in den Praxen.

Vertragsärztliche Praxisstrukturen entsprechen noch den Gegebenheiten der 1960er- bis 1980er-Jahre. Damals bestand Versorgung in psychiatrischen Kliniken vor allem aus ärztlicher und pflegerischer Leistung. Mittlerweile gibt es neben den ärztlich-medizinischen Be-

handlungen dort auch breit gefächerte psycho-, sozial- und kreativtherapeutische Angebote, vor allem in Gruppenformaten und für nahezu alle psychischen Erkrankungen.

Gelebte Praxis in Kliniken und Tageskliniken ist die Versorgung der Patientinnen und Patienten durch ein multi-professionelles Team, das in engem Austausch zu den Erkrankten steht und alle Aspekte entsprechend des bio-psycho-sozialen Versorgungsmodells abbilden kann. Mit diesem Anspruch konnten Kliniken ihren Versorgungsradius vergrößern. Psychiatrische und mittlerweile auch psychosomatische Institutsambulanzen wurden gegründet. Die Zahl der tagesklinischen Plätze in den Kliniken hat sich vervielfacht und durch die stationsäquivalente Behandlung gehen Klinikkolleginnen und -kollegen nun auch zu Patientinnen und Patienten nach Hause.

In den Praxen arbeiten wir wie vor 40 Jahren. Meist sind wir allein als Ärztinnen und Ärzte tätig, mit ausschließlich Helferinnen und Helfern, die mitunter nicht einmal eine MFA-Ausbildung haben. Alle oben genannten Berufsgruppen gibt es zwar in der ambulanten Versorgung, eine strukturierte und enge Zusammenarbeit ist aber aufgrund der nicht bestehenden Abbildung komplexer Leistungen im vertragsärztlich-psychiatrischen Bereich nicht etabliert. Aktuell ist das parallele Nebeneinander unterschiedlicher Leistungsangebote ohne Schnittstellen und Vernetzungen leider Realität. Zudem verwirrt es nicht nur die Patientinnen und Patienten, sondern auch Ärztinnen und Ärzte sowie Psy-



© r12010 / stock.adobe.com (Symbolbild mit Fotomodellen)

Eine Behandlung, bei der Betroffene in ihrer gewohnten und familiären Umgebung betreut werden, ist oft einer rein stationären Behandlung vorzuziehen.

chotherapeutinnen und -therapeuten und andere sozialmedizinische Leistungserbringende, wenn sie für Erkrankte eine umfassende Diagnostik und Therapie organisieren wollen. Die Verwirrung ist so groß, dass immer wieder der Ruf nach einem neuen Beruf, dem einer Koordinatorin oder eines Koordinators, laut wird.

Es steht fest, dass im vertragsärztlich-psychiatrischen Bereich die Praxisstrukturen und Leistungsabbildungen, die einem modernen Versorgungsniveau entsprechen sollten, bisher nicht entwickelt wurden. Teambasierte und ressourcensparende Versorgung aus einer Hand, wie Patientinnen und Patienten sie erwarten, kann bisher von den Praxen nicht realisiert werden. Stattdessen erfolgt eine koordinierte Versorgung mit den möglichen Elementen bisher ohne Gegenfinanzierung und nur dann, wenn Behandelnde sich überdurchschnittlich und ungeachtet der eigenen Leistungsbeziehung engagieren.

Die ambulante Versorgung insbesondere von Patientinnen und Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Erkrankung „unter einem Dach“ hat eigentlich schon gut funktionierende Beispiele. Dazu zählt zum Beispiel die Sozialpsychiatrievereinbarung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP). Dieser spezifischen, in den KJP-Praxen stattfindenden Behandlung liegt ein leistungsfähiges, arztgeleitetes Versorgungssystem zugrunde, das in den Erwachsenenbereich überführbar sein sollte.

Aktuell arbeiten die Praxen unter Regularien, die Jahrzehnte alt sind. Damit ist eine Begegnung auf Augenhöhe mit der Klinikversorgung nicht machbar.

Enges EBM-Korsett

Veränderungen in der Vergütung von Leistungen müssen im Rahmen der EBM-Systematik erfolgen. Im Gespräch ist eine „Weiterentwicklung des EBM“. Hier handelt es sich um einen Euphemismus. Eine Weiterentwicklung ist aktuell für uns nämlich nur im geschlossenen EBM-System möglich. Vor wenigen Jahren erfolgte eine „kleine EBM-Reform“, die eine Verschiebung der Kosten für technische Leistungen hin zu Gesprächsleistungen zur Folge hatte. Gesprächsleistungen, die in verschiedenen Fachge-

bieten schlecht vergütet wurden, haben damit eine Verbesserung erfahren – nicht jedoch in der Psychiatrie, wo die Kernleistung „Gespräch“ bereits vergleichsweise gut bewertet wurde. Als Vergleich dient dabei die Vergütung der psychotherapeutischen Gesprächsleistung, die meist extrabudgetär zu Buche schlägt. Dies gilt wiederum nicht für die psychiatrische Gesprächsleistung, die mittlerweile wieder in allen KV-Bereichen zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gehört und damit nicht zum vollen Punktwert vergütet wird. Außerdem ist es den Berufsverbänden in unzähligen Gesprächen und Verhandlungen bisher nicht gelungen, die Unterschiede zwischen dem Psychotherapie- und dem psychiatrischen Gespräch so verständlich zu machen, dass es zu einer Aufwertung der Psychiatrieleistung kam. Dass beide Leistungen psychotherapeutische Anteile haben, die Psychiaterin oder der Psychiater indessen noch umfassende medizinische Aspekte, wie die psychopharmakologischen Optionen und somatischen Diagnostikschritte der Behandlung im Blick haben müssen, wird nicht verstanden. Dazu gibt es einen deutlichen Qualitätsunterschied, der sich leider in der Wertigkeit der Leistung nicht abbildet.

Wir Psychiaterinnen und Psychiater leben mit einem pauschalierten Vergütungssystem nach EBM-Logik und wissen, dass für eine Pauschale generell nur das Minimum dessen erbracht wird, was erbracht werden muss. Komplexe und intensiviertere Therapien sowie abgestimmte Vorgehensweisen im Behandlungsverlauf können mit einer Pauschale nicht eingegliedert werden.

Eine Budgetierung der Leistungen verhindert die Anpassung der Versorgung an den Bedarf der Bevölkerung. Dabei ist gerade im Bereich psychischer Erkrankungen ein enormer Anstieg der Inanspruchnahme seit den 1970er-Jahren zu verzeichnen und die Erwartungen an die komplexe Versorgung sind von Seiten der Patientinnen und Patienten nicht zuletzt deswegen gestiegen, weil das in den Kliniken gelebte Realität ist.

Ambulantisierungspotenzial

Bereits vor mehr als zehn Jahren gab es Bemühungen der Somatik, Leistungen,

die sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden können, einem einheitlichen Vergütungssystem zu unterstellen. Vorreiter war hier die Chirurgie mit den Leistenhernienoperationen. Darauf aufbauend hat sich die Idee der hybriden Vergütung von Leistungen breit gemacht. Gemeint ist hier der Vergleich der Kosten von stationärer und ambulanter Erbringung einer identischen Leistung und Findung eines Mittelwertes. Ein Katalog ambulant möglicher Leistungen im Krankenhaus (AOP-Katalog) wurde erstellt. Hierfür wurden die DRG-Prozeduren mit GOP-Leistungsabbildungen der Vertragsärztinnen und -ärzte verglichen und abgestimmt. Ergebnis ist eine Leistung insbesondere operativer Eingriffe.

Das komplexe medizinisch-psychotherapeutische Vorgehen bei der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen lässt sich, anders als in der Somatik, nicht durch Einzelinterventionen verwirklichen. Eine Aufnahme von Einzelleistungen in einen AOP-Katalog ist deswegen kaum möglich und wahrscheinlich aus diesem Grunde auch nicht vorgenommen worden. Für die Weiterentwicklung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen gibt es aber erhebliches Ambulantisierungspotenzial. Nur wenige Gründe für die Notwendigkeit einer stationären Behandlung können angeführt werden und werden hier beispielhaft genannt:

- Absolute Indikationen für eine stationäre psychiatrische Behandlung sind
 - akutes Delir,
 - akute Eigen- und Fremdgefährdung sowie
 - akute Intoxikation.
- Relative Indikation für eine stationäre psychiatrische Behandlung sind
 - psychische Erkrankung, die so schwer ausgeprägt ist, dass Versorgung im Lebensraum von Patientin oder Patient nicht möglich ist – eine Einordnung der Schwere erfolgt durch standardisierte Instrumente (ICF-Klassifikation, GAF-Wert),
 - Entgiftungsbehandlung,
 - krankheitsbedingt fehlende Krankheits- oder Behandlungseinsicht sowie
 - spezifische tiefenpsychologisch fundierte gruppentherapeutische Verfahren

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.

ren mit zu erwartender Dynamik im Behandlungsprozess – dies ist allerdings auch teilstationär erbringbar.

Ambulantisierung ausbauen statt neu schaffen!

Fest steht, dass eine Klinikbehandlung einen Einschnitt für jede Patientin sowie jeden Patienten und das familiäre Umfeld bedeutet. Kommt es zu mehrwöchigen oder wiederholten Klinikbehandlungen, droht Hospitalisierung mit dem Verlust der Selbstversorgungskompetenzen. Dem ist die ambulante Versorgung unbedingt vorzuziehen. Dafür müssen schnell und angemessen erforderliche Komplexleistungen in der psychiatrischen Vertragsarztpraxis ermöglicht werden können.

Die Entwicklung der KSVPsych-Richtlinie des G-BA erfolgte auf den Pilotprojekten für ambulante vernetzte und multiprofessionelle Versorgung der Berufsverbände und wurde von uns ungeduldig erwartet. Bekanntermaßen ist die Etablierung der Richtlinie in den Regionen mit erheblichen bürokratischen

und organisationstechnischen Hürden versehen, die für den einzelnen Leistungserbringer leider ohne Effekt bleiben. Deswegen fehlt unter anderem an vielen Stellen die Motivation, sich dieser neuen Versorgungsform zuzuwenden. Die Arbeit an der KSVPsych-Richtlinie hat aber auch gezeigt, dass der Bedarf nach einer modernen Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen groß ist. Der eingeschlagene Pfad kann zu einem Weg werden, wenn weitere Elemente die Versorgung der Patientinnen und Patienten verbessern. Dabei müssen auch leicht und mittelschwer Betroffene in den Blick genommen werden, um die Krankheiten schneller einer angemessenen Behandlung zuführen zu können und damit Chronifizierung oder Eskalation zu verhindern. Das alles muss ambulant im Lebensumfeld ermöglicht werden und die Versorgungspraxen sollten dafür ertüchtigt werden.

Ein wesentlicher Punkt dabei ist auch, dass die jungen Kolleginnen und Kollegen im Klinikbereich die Teamarbeit schätzen lernen und eine Einzelkämp-

fer-Psychiater-Tätigkeit für sie unattraktiv ist. Diese Kolleginnen und Kollegen sollten ihre Fähigkeiten in die ambulante Versorgungswelt einbringen dürfen. Auch deswegen setzen wir uns als Verbände für die Etablierung von neuen Versorgungsformen in den vertragsärztlichen Psychiatriepraxen ein.

AUTORIN

Dr. med. Sabine Köhler

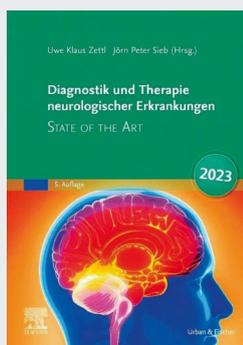
1. Vorsitzende des BVDN
Vorsitzende der GGB Thüringen
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
Dornburger Straße 17
07743 Jena

sab.koehler@web.de



Buch-Tipp!

Zeitgemäßer Überblick zur Neurologie



Prof. Dr. Uwe Zettl, Prof. Dr. Jörn Sieb

Diagnostik und Therapie neurologischer Erkrankungen: State of the Art 2023

Urban & Fischer/Elsevier 2022, 904 Seiten, 64 €
ISBN: 978-3437218859

Ob Genterapie, Immuntherapeutika oder bildgestützte Entscheidungsfindung in der

Schlaganfalltherapie – die Fortschritte in der Wissenschaft führen ständig zu Anpassungen von Diagnostik und Therapie neurologischer Erkrankungen und machen die Neurologie zu einem der innovativsten Fächer in der Medizin.

Ein Wermutstropfen für Bücherwürmer: Ein vor fünf Jahren geschriebenes Buch kann je nach Krankheitsbild schon nicht mehr zeitgemäß wirken. Somit ist der jährlich aktualisierte „State of the Art“-Ansatz des von Prof. Dr. Uwe Zettl und Prof. Dr. Jörn Sieb herausgegebenen Buches zur Diagnostik und Therapie neurologischer Erkrankungen begrüßenswert für alle, die sich einen umfassenden und hochaktuellen Überblick zum Fach verschaffen wollen, beispielsweise zur Vorbereitung auf die Facharztprüfung. Im Gegensatz zu Leitlinien (wie jener für MS mit über 300 Seiten) finden sich Informationen darin kondensiert und lassen sich am Stück lesen. Für Empfehlungen zur Eindosierung und zum Monitoring bestimmter Medikamente müs-

sen aber oft Leitlinien zur Hilfe genommen werden. Zudem wären mehr Bilder von Liquor-, Neurophysiologie- oder Bildbefunden wünschenswert. Auch fehlen manche selteneren Erkrankungen, wie opportunistische ZNS-Infektionen oder MOG-IgG-assoziierte Erkrankungen. Dafür existieren selten thematisierte Bereiche, wie das autonome Nervensystem oder digitale Neurologie.

Insgesamt ist das Buch zu empfehlen für Lesende, die sich auf hochaktuellem Niveau einen Überblick über die Bandbreite der Neurologie verschaffen, aber bei Bedarf Details zu spezifischen diagnostischen oder therapeutischen Prozessen aus den Leitlinien entnehmen möchten. Viele meiner Bekannten – und auch ich – haben das Buch erfolgreich zur Vorbereitung auf die Facharztprüfung Neurologie verwendet. Übrigens: Von Sieb mit herausgegeben ist das komplementäre Buch „Facharztprüfung Neurologie“ mit fallbasierten Fragen.

Prof. Dr. Xenia Kobeleva, Bochum

Arzneimittelverordnung heute und morgen

Regressfrei rezeptieren mit und ohne „e“

Obwohl das E-Rezept eine immer wichtigere Rolle spielt, werden wir in einigen Bereichen auch weiterhin nicht auf das Kassenrezept in Papierform verzichten können. Wissen über die Bedeutung verschiedener darauf vermerkter Punkte kann im besten Fall Regresse verhindern.

Die laufenden Debatten zum E-Rezept und zur gebremsten Digitalisierung im Gesundheitswesen sind uns inzwischen gut vertraut. Weniger bekannt sind die Hintergründe und Abläufe der Rezeptierung eines Arzneimittels wie in den letzten Jahrzehnten üblich. Die Geschichte und der „Lebenslauf“ eines Kassenrezepts sollen deshalb an dieser Stelle nachvollzogen werden.

Das traditionelle, uns allen bekannte rosarote Kassenrezept heißt offiziell „Formular für Arzneimittelverordnung (Muster 16 nach Arzneimittelverschreibungsverordnung, AMVV)“. Im Laufe seines Daseins wird es mit einer Unmenge an Daten aus insgesamt 13 verschiedenen Kategorien bedruckt. Die Relevantesten davon sind in **Abb. 1** markiert.

Daten auf dem Rezept

„Rp.“ in der Abbildung steht für „recipe“ (Feld 1). Rechts unten in der weißen Codierleiste (Feld 2) wird durch die Druckerei eine Betriebsstättennummer (BSNR) eingetragen. Für viele Patientinnen und Patienten ist der Vermerk „Gebührenfrei“ wichtig (Feld 3). Dies trifft zu, wenn die Belastungsgrenze von 2 % des Bruttoeinkommens überschritten ist. Für chronisch Kranke liegt die Grenze bei 1 % (§ 62 SGB V).

Während die Rezepte früher in Latein geschrieben waren und Apotheken noch „Rezepturen“ herstellten, gibt es heute fast nur Fertigarzneimittel, die an Patientinnen und Patienten ausgegeben werden. Eine aktuelle Ausnahme ist das Esketamin-Nasenspray Spravato®. Hier ist

gemäß § 2 Absatz 3a der AMVV auf der Verschreibung zu vermerken, dass das Spray nur an die Arztpraxis („ad manum medici“) ausgehändigt werden darf.

Die Unterschrift von Ärztin oder Arzt gilt rechtlich als Urkunde. Das ändert sich auch beim E-Rezept nicht, nur ist dort die Signatur rechtlich geltend, die über den elektronischen Heilberufsausweis (eHBA) auf dem Rezept landet. Eigenmächtige Änderungen der Patientin oder des Patienten galten früher als Urkundenfälschung und sind somit auch künftig wahrscheinlich nicht möglich. Geben Patientin oder Patient das korrekte Rezept in der Apotheke ab, prüft diese es pharmazeutisch, aber auch auf Unklarheiten, Irrtümer, Fälschung oder Missbrauch. Ist das Rezept korrekt, unterliegt die Apotheke dem Kontrahierungszwang. Das bedeutet, sie muss das Arzneimittel in angemessener Zeit liefern, was heute oft mittels Lieferdiensten und Großhändlern gewährleistet wird. Vor allem in den Jahren 2022 und 2023 hat das zum Teil nicht mehr zufriedenstellend funktioniert, da die Lieferketten erheblich unterbrochen waren.

Im Idealfall rechnet die Apotheke den Bruttobetrag (Feld 4) mit der Krankenkasse ab und diese erstattet alle Kosten. Hat die Krankenkasse Zweifel, wird der Betrag retaxiert. Das heißt, dass der Bruttobetrag nicht erstattet wird und entspricht einem Regress für die Apotheke. Retaxierungen sind in den letzten Jahren aber seltener geworden, zum Beispiel durch die Einführung der European Article Number (EAN), einer international eindeutigen Produktkennzeichnung für Handelsartikel, oder der Pharmazentralnummer (PZN). Die PZN ist ein bundeseinheitlicher Identifikationsschlüssel, auch für Hilfsmittel und

Das Bild zeigt ein Formular für die Arzneimittelverordnung (Muster 16) mit acht markierten Feldern:

- 1:** Vermerk „Rp.“ (Recipe) mit dem Hinweis, den Namen durchstreichen zu lassen.
- 2:** Die weiße Codierleiste (BSNR) unten rechts.
- 3:** Das Feld „Gebührenfrei“ oben links.
- 4:** Die Zuzahlung und der Gesamtbruttobetrag in der Mitte rechts.
- 5:** Das Feld für die Betriebsstättennummer (BSNR) unten links.
- 6:** Das Feld für die Kostenübernahme (Gebührenfrei) unten links.
- 7:** Die Unterschrift des Arztes unten rechts.
- 8:** Das Feld für das Abgabedatum in der Apotheke unten links.

© M. Weif

Abb. 1: Wichtige Felder eines Kassenrezepts

Formblatt als Ausfüllhilfe

Die KBV stellt ein Formblatt, das beim Ausfüllen des Kassenrezeptes helfen soll. Sie finden es unter www.kvb.de/fileadmin/kvb/Mitglieder/Verordnungen/VO-aktuell/2022/KVB-VA-220613-SOP-Ausfuellen-einer-Verordnung-Muster-16-Dosierung.pdf oder durch Scannen des QR-Codes.



andere Apothekenprodukte. Sie wurde ursprünglich für die rasche und fehlerfreie Übertragung von Bestellungen bei Arzneimittelgroßhandlungen entwickelt. Schon bald wurden mittels PZN auch im Praxisverwaltungssystem Medikamente einfach verordnet und eindeutig identifiziert. Musste zum Beispiel die Apotheke früher bei den 21 verschiedenen Rebif-Produkten (Interferon β -1a) rätseln, ob die Injektionslösung im Fertipgen (11597596) oder die Fertigspritzen (13924987) gemeint waren, ist das Produkt nun durch die PZN klar identifiziert.

Ein weiterer Bereich, der lange die Gemüter erhitzte, war das Feld „aut idem“. Vor dem Arzneimittelausgabenbegrenzungsgesetz im Jahr 2002 mussten Ärztin oder Arzt dem Austausch des Arzneimittels ausdrücklich zustimmen. Das geschah, indem das auf dem Rezeptformular befindliche Feld „aut idem“ (latein für „dasselbe“) angekreuzt wurde (Feld 5). Durch das Gesetz wurde, politisch gewollt, die Bedeutung des Kästchens umgekehrt: Lassen Ärztin oder Arzt das „aut idem“-Feld frei, wird Apotheken die Substitution erlaubt. Der Austausch kann nur unterbunden werden, wenn das Feld ärztlicherseits angekreuzt wird. Dessen Bedeutung hat in den letzten Jahren aber eher abgenommen.

Was sich aber vermutlich seit Jahrhunderten nicht geändert hat und auch nicht ändern wird, ist der Informationsaustausch zwischen Arztpraxis und Apotheke über Wirkstoff und Dosis (Feld 6). Mit einer Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung muss ab dem Jahr 2022 noch eine Dosierungsangabe (z. B. 1-0-0) vermerkt werden, um die Arzneimittelsicherheit zu erhöhen. Die-

ses Pflichtfeld kann nur durch die Information „Dj“ (das steht für „Dosierungsangabe Ja“) umgangen werden. Ergänzt wird der Wirkstoff durch die Normpackungsgrößen (N1–N3).

Regresse vermeiden

Das Feld rechts unten (Feld 7) wird durch den Vertragsarztstempel mit lebenslanger Arztnummer (LANR) und Unterschrift ausgefüllt. Es dient dem fälschungssicheren und eindeutigen Ausfüllen des Rezepts. Wichtig ist, dass Rezepte nicht einfach „in Vertretung“ unterschrieben werden sollten. Geschieht dies in Gemeinschaftspraxen oder MVZs in der Hitze des Gefechts, sollte Ärztin oder Arzt sich die Zeit nehmen, den Namen in Blockschrift zu ergänzen, um eindeutig klarzustellen, wer das Rezept unterschrieben hat. Vermutlich wird bei den chronischen Problemen der TI, im Heim, bei Hausbesuchen und Betäubungsmittelrezepten weiterhin in einigen Bereichen mit Papier gearbeitet, wo diese Unterzeichnung dann eine Rolle spielt.

Rezepte für Sprechstundenbedarf werden als „p.c.“ gekennzeichnet. Das steht für „pro communitate“ und meint „für die Gemeinschaft“. Das Rezept ist also nicht für einzelne Patientinnen und Patienten bestimmt, sondern für anfallenden Bedarf während der Sprechstunde. Solche Rezepte sind aber die Ausnahme. Dennoch ist Achtung geboten! Auch hier drohen Regresse, zum Beispiel bei der Verordnung von Depotneuroleptika, die nicht für den Sprechstundenbedarf gedacht sind. Allgemein empfiehlt es sich, nur Notfallmedikamente hierüber zu bestellen.

Seit dem Jahr 2017 gibt es auch Entlassrezepte aus dem Krankenhaus, die drei Werktage gültig und mit dem Schriftzug „Entlassmanagement“ versehen sind. Diese bekommen wir als Vertragsärztinnen und -ärzte selten zu sehen.

Das normale Kassenrezept ist zulasten der Krankenkasse vier Wochen lang einlösbar, aber rechtlich gesehen eigentlich drei Monate lang gültig. Betäubungsmittelrezepte sind innerhalb von acht Tagen einzulösen. Dies werden Apothekerin oder Apotheker sofort prüfen, genauso wie die Tatsache, ob das Rezept unterschrieben ist. Wird patientenseits eine

Regressspiegel

Im Frühjahr 2023 starteten die Berufsverbände eine Aktion, um mehr Daten über Regresse zu sammeln. Regresse sind aus vielen Gründen problematisch und gefährden eine patientengerechte Versorgung. Auch weiterhin können Sie unter www.regressspiegel.de einen anonymisierten Kurzbericht über die Regresse in den neurologischen und psychiatrischen Praxen der letzten Quartale eingeben. Wir freuen uns auf Ihre wertvollen Daten, bitte machen Sie zahlreich und kontinuierlich mit!

kleinere Menge gewünscht, kann die Apotheke das austauschen, umgekehrt funktioniert das selbstverständlich nicht.

Ist das Rezept korrekt ausgefüllt, wird es im Original für etwa zwei Wochen in der Apotheke gelagert. Anschließend wird es heute meist einem spezialisierten Dienstleister (z. B. VSA, www.vsa.de) übergeben. Dabei wird es digitalisiert, es wird dann als „Image“ bezeichnet. Hierbei sind die Codierungssymbole sinnvoll (Feld 8). Für Kassenrezepte sind das stilisierte Ziffern 6 und ein kleines seitenverkehrtes „h“. Auf Betäubungsmittelrezepten findet sich das Symbol „555“, bei Privatrezepten steht „PKV“.

Probleme auf den Images können handschriftliche Anmerkungen sein, die manuell nacherfasst werden müssen. Natürlich werden auch hier die Daten analysiert, denn es ist interessant für eine Apotheke, wer die Hauptverordnenden sind. So ist auch Versorgungs- und Marktforschung möglich.

Das Originalrezept erhalten später die Krankenkassen. Sie müssen die Rezepte mehrere Jahre aufbewahren, machen ebenfalls wissenschaftliche Auswertungen, prüfen und leiten Retaxierungen oder Regresse für die Apotheke oder Ärztinnen und Ärzte ab. So ist auch verständlich, dass große Hoffnungen in das E-Rezept gesetzt werden. Es könnte viele Vorgänge deutlich einfacher gestalten.

Sobald die Krankenkassen den Wirkstoff, Patientin oder Patient sowie die Diagnose zusammenführen, kann mittels eines Algorithmus leicht ein Regress ausgelöst werden.

Prof. Dr. med. Markus Weih, Nürnberg

Urteile zur Nachbesetzung eines Versorgungsauftrages

Nachfolge fallenfrei trotz Personalmangel

Eine Nachfolge für eine Arztstelle zu finden, ist durch den aktuellen Ärztemangel sicher nicht einfach. Um dabei Fallen zu vermeiden, helfen Urteile zur Nachbesetzung eines Versorgungsauftrages.

Die Nachbesetzung eines Versorgungsauftrags (Vertragsarztzulassung) muss grundsätzlich zeitnah nach der Vakanz der Arztstelle erfolgen. Die Frist beträgt sechs Monate und kann auf begründeten Antrag hin um weitere sechs Monate verlängert werden. Wenn sich die Zulassungsgremien weigern, die Frist zu verlängern, verfällt der Sitz.

Mit dem Urteil des Sozialgerichts München vom 24. Oktober 2023 (S 38 KA 261/21) wurde die Klage eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) abgewiesen, das einen Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin auf einer halben Stelle anstellen wollte. Nachdem diese Stelle frei wurde, durfte das MVZ diese gemäß § 103 Absatz 4a Satz 5 SGB nachbesetzen, auch wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet waren. Das BSG hatte hierzu bereits mit Urteil vom 19. Oktober 2011 (B 6 KA 23/11 R) entschieden, dass dies unver-

züglich geschehen muss, also regelmäßig innerhalb von sechs Monaten, anderenfalls falle die Stelle weg.

In dem streitigen Fall hatte das MVZ Schwierigkeiten, innerhalb der üblichen sechs Monate eine neue Fachärztin oder einen neuen Facharzt zu finden und beantragte eine Fristverlängerung. Das wurde damit begründet, dass es viele offene Stellen in diesem Bereich gäbe und die COVID-19-Pandemie die Suche erschwerte. Deshalb hat der Zulassungsausschuss dem MVZ noch einmal weitere sechs Monate zugestanden. Der darüber hinaus gehende weitere Verlängerungsantrag wurde jedoch abgelehnt.

Dem Gericht erschien es in Analogie zu § 95 Absatz 6 Satz 3 SGB V verhältnismäßig und zumutbar, eine Nachbesetzung der Arztstelle innerhalb der genehmigten Frist durchzuführen. Besondere Gründe, die die Einhaltung der Frist erschwerten oder sogar verhinderten, hätten zu einer nochmaligen sechs-

monatigen Verlängerung geführt. Dabei handelte es sich bereits um eine im Ermessen stehende Härtefallregelung. Die Einräumung einer Nachbesetzung über ein Jahr ab dem Freiwerden lasse sich auch nicht unter den weiter vorgetragenen Härtefallgesichtspunkten rechtfertigen. Damit konnte das MVZ auf die freigewordene halbe Stelle keine Ärztin oder keinen Arzt mehr anstellen. Soweit die Lücke gefüllt werden soll, müssen nun Ärztin oder Arzt neu gefunden werden, die bereit sind, auf die Zulassung zu verzichten, um sich in dem MVZ anstellen zu lassen.

Um eine solche Situation zu vermeiden, sollten sich anstellende Ärztinnen und Ärzte, Berufsausübungsgemeinschaften oder MVZ frühzeitig vor Auslaufen der Anstellungsgenehmigung um anzustellende Ärztinnen oder Ärzte auf dem Arbeitsmarkt bemühen, was ein aufmerksames und vorausplanendes Anstellungsmanagement erfordert.

Berufliche Neuplanung trotz Dreijahresregelung?

Die Dreijahresregelung zur Nachbesetzung einer Arztstelle ist nicht in jedem Fall erforderlich. Sich neu eröffnende Karrierechancen können zum Beispiel ein Grund sein, die Mindestdauer nicht einzuhalten.

Grundsätzlich können eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt auf die Zulassung verzichten, um sich bei einer Vertragsärztin oder einem Vertragsarzt, einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) oder einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) anstellen zu

lassen. Die Nachbesetzung dieser Arztstelle, die durch den Verzicht einer Ärztin oder eines Arztes zugunsten des MVZ, der BAG oder einer Vertragsärztin beziehungsweise einem Vertragsarzt entstanden ist, ist jedoch nur möglich, wenn bei der verzichtenden Person eine

echte Anstellungsabsicht vorhanden war. Das ist nur der Fall, wenn die verzichtende Person mindestens drei Jahre angestellt tätig ist (Grundsatzentscheidung des BSG vom 4. Mai 2016 – B 6 KA 21/15 R). Beenden die angestellte Ärztin oder der angestellte Arzt vor Ablauf dieser drei Jahre diese Tätigkeit, kann das Recht zur Nachbesetzung des entsprechenden Vertragsarztsitzes erlöschen. Das wird zumeist vertraglich so abgesichert, dass eine entsprechende Schadenersatzpflicht der ausscheidenden Person besteht. Allerdings hat das BSG nicht kategorisch für jeden Einzelfall eine min-

destens dreijährige Tätigkeit gefordert, sondern kann sich auch Ausnahmen vorstellen. Dazu heißt es in dem Urteil (Rdnr. 29):

„Endet die Tätigkeit des Arztes, der unter Umwandlung seiner Zulassung in eine Anstellung bei einem MVZ tätig werden wollte, vor Ablauf von drei Jahren, hängt das Nachbesetzungsrecht des MVZ davon ab, ob nach den Umständen davon ausgegangen werden kann, dass der ursprünglich zugelassene Arzt zunächst tatsächlich zumindest drei Jahre im MVZ tätig werden wollte, diese Absicht aber aufgrund von Umständen, die ihm zum Zeitpunkt des Verzichts auf die Zulassung noch nicht bekannt waren, nicht mehr realisieren konnte. Das kann etwa der Fall sein, wenn er erkrankt oder aus zwingenden Gründen seine Berufs- oder Lebensplanung ändern müsste.

Gegen den Willen zur Fortsetzung der vertragsärztlichen Tätigkeit im MVZ für zumindest drei Jahre spricht dagegen zum Beispiel, wenn der Arzt im Zuge des Verzichts auf die Zulassung und der Beantragung der Anstellungsgenehmigung durch das MVZ schon konkrete Pläne für das alsbaldige Beenden seiner Tätigkeit entwickelt hat, oder wenn das MVZ zu diesem Zeitpunkt schon Verhandlungen mit einem an der Nachbesetzung der betroffenen Arztstelle interessierten anderen Arzt geführt hat, die sich auf die unmittelbare Zukunft und nicht auf einen erst in drei Jahren beginnenden Zeitraum beziehen.

Je kürzer die Angestelltentätigkeit des Arztes gewesen ist, desto höhere Anforderungen sind an den Nachweis der Umstände zu stellen, die die Absicht zur Ausübung der Angestelltentätigkeit für eine Dauer von mindestens drei Jahren dokumentieren. Wenn Änderungen der Verhältnisse, die eine Änderung der ursprünglich bestehenden Absichten nachvollziehbar erscheinen lassen, nicht festzustellen sind, geht dieses zulasten des an der Nachbesetzung der Arztstelle interessierten MVZ.“

Zudem hat der Senat es zugelassen, wenn die Ärztin oder der Arzt im Rahmen der Kooperation ihre Tätigkeit sukzessive verringern, zum Beispiel von 100 % im ersten Jahr auf 75 % im zweiten Jahr und 50 % im dritten Jahr (Urteil des BSG vom 4. Mai 2016 – B 6 KA 28/15 R).

Im Fall des Sozialgerichts (SG) Berlin kündigte die verzichtende Ärztin das Angestelltenverhältnis bereits nach neun Monaten, da sie ein anderes Arbeitsangebot in einem anderen MVZ über eine Vollzeitstellung entsprechend ihrer eigentlichen fachlichen Spezialisierung (Endokrinologie) erhalten hatte.

Das klagende MVZ hatte beim Zulassungsausschuss die Nachbesetzung beantragt, das hatte der Zulassungsausschuss jedoch abgelehnt. Er war der Auffassung, dass nach weniger als einem Jahr Kooperation das Recht zur Nachbesetzung verwirkt sei.

Diese Entscheidung hob letztlich das SG Berlin in seinem Urteil vom 30. September 2020 (S 87 KA 155/18) auf und sah in diesem Fall eine Ausnahme von der BSG-Rechtsprechung.

Nach der BSG-Rechtsprechung sei maßgeblich, ob die verzichtende Person ursprünglich die Absicht besessen habe, sich für die Dauer von mindestens drei Jahren anstellen zu lassen. In diesem Fall sei außerdem zu prüfen, ob ein Abrücken von dieser Absicht auf anerkennewerte Umstände zurückzuführen sei, die bei der Abgabe der Verzichtserklärung noch nicht bekannt gewesen seien. Das SG kam zum Ergebnis, dass die ursprüngliche dreijährige Kooperationsabsicht bestanden habe. Die Ärztin habe aus nachvollziehbaren beruflichen Gründen die Anstellung gekündigt, da ihr eine vorher nicht absehbare Karrierechance geboten wurde, und zwar mit einer Vollzeitstellung in ihrem Spezialgebiet der Endokrinologie.

Die ursprüngliche Absicht des BSG mit Einführung der dreijährigen Haltefrist sollte dem Handel mit Zulassungen Grenzen setzen. Hierzu hatte das SG aber zutreffend festgestellt, dass für die zu entscheidende Konstellation das Angebot der neuen Anstellung unerwartet gekommen sei. Die Gelegenheit, künftig in diesem Spezialgebiet tätig zu werden, wollte das Gericht nicht verwehren. Soweit also hier eine unerwartete Karrierechance eröffnet wird, kann dies dem anstellenden MVZ aus Sicht des Gerichts nicht zum Nachteil gereichen.

Insoweit ist die Entscheidung zu begrüßen, da sie auch klarstellt, dass gänzlich veränderte berufliche Planungen, also der berufliche Aus- oder Aufstieg,



© motor1on / stock.adobe.com

Urteile helfen, freie Stellen richtig nachzubesetzen.

nicht gegen die Dreijahreshaltefrist des BSG verstößt, sodass die freiwerdende Stelle nachbesetzt werden kann.

Offen ist ohnehin, ob die Dreijahresregelung dauerhaft aufrechterhalten bleibt. Das Bundesgesundheitsministerium hat inzwischen ein Gutachten eingeholt. Es trägt den Titel „Stand und Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen zu medizinischen Versorgungszentren“ und darin wird die Forderung nach einer dreijährigen Mindestdauer kritisch beleuchtet. Das führe zu schwierigen Umsetzungsfragen in der Praxis und zu einer widerwilligen Mentalität der Angestellten. Insoweit sei auch fraglich, ob die Grenze der richterlichen Rechtsfortbildung überschritten sei. Gefordert wird deshalb durch den Gesetzgeber eine ausdrückliche Regelung mit einer kürzeren Mindestdauer. Vorgesprochen wird eine Dauer von einem Jahr.

AUTOR

RA Jörg Hohmann

Kanzlei für Gesundheitsrecht
Prof. Schlegel Hohmann Diarra & Parnter
Brandstwierte 4, 20457 Hamburg

www.gesundheitsrecht.com

Fortbildung

Risikokonstellationen durch medikamentöse Behandlung

Laborkontrollen bei Therapien mit Psychopharmaka

Die medikamentöse Therapie mit Psychopharmaka sollte zu Beginn und im Verlauf von Laborwertkontrollen begleitet werden, um Schäden für Organe zu vermeiden. Über den Umfang und die Zeitpunkte gibt es unter den beteiligten Fachärztinnen und -ärzten der Psychiatrie und für Allgemeinmedizin sowie Labormedizinerinnen und Labormedizinern jedoch unterschiedliche Vorstellungen.

MARKUS WEIH, TOBIAS SAMUSCH

Vor und während der Behandlung mit Psychopharmaka müssen verschiedene Risikokonstellationen beachtet und klinisch bedeutsame Laborveränderungen kontrolliert werden.



Psychofarmaka beeinflussen direkt oder über ihre Stoffwechselprodukte neurochemische Vorgänge und damit das Befinden oder den psychopathologischen Befund der Patientinnen und Patienten. Vor allem bei schweren psychischen Erkrankungen werden Patientinnen oder Patienten erst durch die Pharmakotherapie erreichbar, andere Behandlungen, wie Psychotherapie sind möglich. Psychofarmaka haben aber, wie alle Medikamente auch, zahlreiche unerwünschte Nebenwirkungen und Wechselwirkungen. Dieses Risikopotenzial ist allgemein zurückzuführen auf die Pharmakokinetik und -dynamik, speziell zum Beispiel auf Unterschiede in der Verstoffwechslung (schnell/langsam) durch das CYP-System, die Konkurrenz um Albuminbindung, Überdosierung (iatrogen oder durch Erkrankte, etwa bei Suizidalität) und andere Gründe (Compliance, Resorptionsstörungen). Hinsichtlich der damit verbundenen Probleme wie Interaktionen und Monitoring (TDM) sei auf vorherige Weiterbildungsartikel im NeuroTransmitter [1, 2] und weiterführende Fachliteratur verwiesen [3].

Viele Psychofarmaka werden von Fachärztinnen und Fachärzten für Allgemeinmedizin verschrieben. Gemäß Fachinformationen und Leitlinien soll diese medikamentöse Therapie zu Beginn und im Verlauf von Laborwertkontrollen begleitet werden. Sie folgen in der kassenärztlichen Versorgung allgemeinen Standards [4]. Über deren Umfang und Zeitpunkte gibt es unter den beteiligten Fachärztinnen und Fachärzten der Berufsgruppen der Psychiatrie, Labormedizin und Allgemeinmedizin jedoch unterschiedliche Vorstellungen. Sowohl was pathologische Laborwerte als auch Nebenwirkungen betrifft sind Erkrankte mit Multimorbidität, mit chronischen Erkrankungen, mit Multimedikation sowie unter Dauer- und/oder Hochdosisbehandlung besonders vulnerabel. Im besonderen Maße gilt dies für geriatrische Patientinnen und Patienten.

Weiter verkompliziert wird die Situation dadurch, dass oft nicht klar definiert ist, ab welchen Laborparametern weitere Schritte nötig werden. Für Blutbildveränderungen muss auch auf klinische Symptome wie Fieber oder unklare Infekte, für Leberveränderungen auf eine Ikterus, Urin-, Stuhlveränderungen oder Juckreiz im Rahmen einer Cholestase oder bei Nierenproblemen auf Urin- oder Ausscheidungsveränderungen geachtet werden.

Auch ist es problematisch sich ausschließlich auf Fachinformationen zu verlassen. Zwar wird hier auf zahlreiche Risiken und Laborkontrollen hingewiesen. Dort stehen aber oft mehr Behördenauflagen, die juristische Absicherung oder Produkthaftung des Herstellers im Vordergrund. Trotzdem sind Fachinformationen wertvoll, da sie Aussagen zur Häufigkeit von Laborveränderungen angeben müssen.

Für differenzierte Betrachtungen sei auf entsprechende Leitlinien (DEGAM-LL, NVL Depression, S3-LL Psychose [5, 6, 7]) oder psychiatrische Standardwerke [8, 9] verwiesen. Die in diesem Artikel aufgeführten Empfehlungen haben ausschließlich Weiterbildungscharakter und sind ohne Gewähr oder Haftung,

Nicht vergessen werden sollten die allgemeine Risikoaufklärung, andere allgemeine Monitoringmaßnahmen, wie Hausarzt-Check-Up [10], Puls, Blutdruck, Körpergewicht (vor allem trizyklische Antidepressiva [TZA], Mirtazapin, Clozapin, Olanzapin), EKG (QTC-Zeit, AV-Block, Schenkelblock) Body Mass Index (BMI), Halsumfang bei Lithium und klinisches Monitoring des Therapieerfolgs, die im Folgenden nicht gesondert berücksichtigt werden.

Allgemeines zu Laboruntersuchungen

Eine Untersuchung in einem medizinischen Labor ist ein diagnostischer Schritt, wie er auch sonst in der Medizin üblich ist. Für alle Laborbefunde gibt es Referenzbereiche, deren Über- oder Unterschreitung bewertet werden. Die Fachärztin und der Facharzt für Labormedizin, ist in der Lage, die Ergebnisse der beauftragten Laboruntersuchungen im Kontext der auf der Überweisung zu übermittelnden Vorerkrankungen, Medikation und Begleitmedikation zu befunden und einen Bericht zu erstellen. So erklärt sich auch, dass Laboruntersuchungen – wie andere diagnostische Schritte auch – nicht grundlos oder ohne Verdacht veranlasst werden können, da sonst das Wirtschaftlichkeitsgebot nicht eingehalten wird. Stärker als in anderen Fachgebieten gibt es im Labor Ringversuche und Qualitätskontrollen [11].

Allgemeines zu Psychopharmaka

Üblicherweise wirken Psychofarmaka auf Neurotransmitterrezeptoren (auch der Transport ins Gehirn oder hinaus kann rezeptorvermittelt sein). Da die Rezeptoren in der Regel nicht ZNS-spezifisch sind, erklärt sich, dass fast alle Psychofarmaka auch Nebenwirkungen im somatischen System haben oder auf dieses einwirken. Allgemein kann gesagt werden, dass ältere Psychofarmaka, wie die TZA mehr Nebenwirkungen haben, und damit auch einen höheren Aufwand im Labormonitoring nach sich ziehen. Dies gilt in begrenztem Umfang auch für Antipsychotika. Neuere Antipsychotika der zweiten Generation (vor allem Olanzapin und Clozapin, auch Quetiapin, Risperidon) bringen jedoch den Nachteil der Beeinflussung des Glukose- und Fettstoffwechsels mit sich. Phasenprophylaktika sind eine quantitativ dagegen kleinere, dafür umso heterogene Gruppe mit spezifischen Anforderungen an Labor (z. B. Lithium oder Antiepileptika wie Valproinsäure oder Carbamazepin).

Klassifikation, Vergütung und Budgetierung von Laborleistungen im ambulanten Bereich

Zur vertiefenden Lektüre ist das Laborkompodium der KBV zu empfehlen [12]. Die Laborleistungen sind im EBM in den Abschnitten 1.7, 30.12.2, 32.2 und 32.3 zu finden.

Ein internationales System zur Identifikation und Codierung von Laborbefunden ist LOINC [13]. In Deutschland ist das BfArM für die Weiterentwicklung zuständig [14]. Theoretisch können so digital die Laborwerte und ICD zusammengeführt

werden. Für die Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten werden aktuell je Untersuchung 25–40 Cent erstattet [15]. Für den wirtschaftlichen Umgang mit Laborleistungen gelten für die haus- und fachärztliche Behandlung unterschiedliche Regelungen, die hier nicht im Detail dargestellt werden können.

Innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) für die Fachgruppen werden vom Honorar zunächst die Laborleistungen abgezogen. Da Praxen mit unwirtschaftlich vielen Laborleistungen zuungunsten Aller arbeiten würden, gibt es einen Wirtschaftlichkeitsfaktor, der für Allgemein- und Fachärztinnen und -ärzte innerhalb ihrer Fachtöpfe gilt. In der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) gehen die Allgemeinärztinnen und -ärzte in Vorleistung, bekommen dafür aber einen höheren Fallwert. Unklarheiten entzünden sich oft über den Kostenträger (empfehlende(r) vs. durchführende(r) Ärztin und Arzt). Dazu kommt das Problem, dass viele psychiatrische Facharztstühle nicht mehr besetzt sind oder weder über EKG, Personal noch die Infrastruktur für Laboruntersuchungen verfügen. Diese Entwicklung steigert die Verantwortung der Hausärztin und des Hausarztes zu ungunsten einer fachärztlichen Behandlung.

Die Abrechnung für Laborwerte erfolgt mit der GOP 32001 [16]. In der chronisch veralteten GOÄ wird die Blutentnahme beim Einfachsatz mit 2,33 € vergütet.

Laboruntersuchungen, Nebenwirkungen und Fachinformationen

Veränderungen von Laborwerten unter Medikation sind ähnlich wie klinische Symptome zu werten. Unter anderem deshalb sind abweichende Laborbefunde auch als Nebenwirkung in der Fachinformation sowie in der Praxis-EDV unter „Hinweisen für den Verordner“ und in der Packungsbeilage (für Patientinnen und Patienten) zu finden. Häufigkeit und Beschreibung des Auftretens von Nebenwirkungen sind hinsichtlich der Benennung, Strukturierung und Organklassen [17] einheitlich festgelegt. Sowohl Fachinformation als auch die Packungsbeilage listen unerwünschte Wirkungen auf, die nach der Anwendung auftreten und für die ein ursächlicher Zusammenhang bekannt oder zumindest plausibel ist. Wirkungen, für die es nicht einen zumindest vermuteten Kausalzusammenhang gibt, werden üblicherweise nicht aufgelistet. Häufigkeitsangaben zu Nebenwirkungen sind standardisiert und basieren auf den Kategorien: Sehr häufig (> 10 %), häufig (1–10 %), gelegentlich (0,1–1 %) und selten (0,01–0,1 %) [18]. Es existieren weitere Kategorien (sehr selten (0,01–0,001 %) und ohne Angabe der Häufigkeit, auf die hier nicht weiter im Detail eingegangen wird.

Wichtige Laboruntersuchungen

Im Folgenden werden die wichtigsten Laboruntersuchungen, sortiert nach MedDRA-Organen dargestellt [19].

Bluterkrankungen/hämatopoetisches System

Allgemein können verschiedene Medikamente über verschiedene Mechanismen zu Störungen der Blutbildung führen. Direkt gewünscht ist das natürlich in der Leukämiebehandlung. Aber auch Patientinnen und Patienten mit Nierenerkrankungen haben ein erhöhtes Risiko für medikamentös verstärkte Anämi-

en. Bestimmte Antibiotika (z. B. Tazobactam) zeigen auch nicht selten Blutbildveränderungen als Nebenwirkung. Die Mechanismen sind zum Teil unbekannt, aber autoimmune Induktion von Antikörpern gegen Stammzellen könnte eine Rolle spielen.

In der Regel führen Antidepressiva nur gelegentlich zu Störungen in der Blutbildung. Die entsprechenden Untersuchungen zeigt **Tab. 1**. Ein sehr niedriges Risiko besteht für selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI), deren Besonderheit es aber ist, dass sie über eine Veränderung der Thrombozytenaggregation bereits nach wenigen Tagen eine verlängerte Blutungszeit auslösen. Das verpflichtet jedoch nicht zu spezifischen Laborkontrollen, sondern nur zur Wachsamkeits- und allgemeine Aufklärungspflicht über die verstärkte Blutungsneigung. Erhöhtes Risiko besteht bei einer Lebererkrankung oder der Einnahme von Antikoagulantien/Acetylsalicylsäure (ASS).

Antipsychotika und Antidepressiva haben teils trizyklische Strukturen. Generell führen diese Gruppe häufiger zu Blutbildveränderungen als Nicht-TZA. Durch regelmäßige Blutbildkontrollen muss geprüft werden, ob die Zahl der Lymphozyten oder Granulozyten absinkt. Die Grenze für Handlungsbedarf, gegebenenfalls Absetzen, liegt für Leukozyten unter $< 3,5 \times 10^9/L$ [19]. Ein klassisches Beispiel einer potenziell schweren Blutbildschädigung durch Antipsychotika ist die Agranulozytose durch Clozapin. Nicht selten können aber auch andere TZA Blutbildveränderungen zeigen, etwa Quetiapin, Olanzapin. Bei medikamenteninduzierter Thrombozytopenie sollten sie abgesetzt werden, sobald die Werte unter $< 140 \times 10^9/L$ liegen, bei Anämie wenn der Hb unter $< 10^9/L$ fällt [19].

Endokrines System

Die Schilddrüse hat mehrere physiologische Funktionen mit Einfluss auf Herz, Kreislauf und Nervensystem, aber auch auf Zucker-, Fett- und Bindegewebsstoffwechsel, Schweiß- und Talgdrüsen sowie Darmmotorik. Insgesamt wird durch die Wirkung der Schilddrüsenhormone der Energieverbrauch und der Grundumsatz erhöht. Die Bestimmung des Thyreoidea-stimulierenden Hormons (TSH) ist ein klassisches Beispiel einer obligaten Laboruntersuchung zum Ausschluss einer Hypo- oder Hyperthyreose als Ursache einer psychischen Störung (z. B. Schizophrenie [20]). Grundsätzlich sollten vor Beginn und im Verlauf einer psychopharmakologischen Therapie ein euthyreoter Zustand herrschen und abweichende TSH-Werte kontrolliert oder je nach Klinik weiterverfolgt werden. Seitens der Hypophyse ist Prolaktin von Bedeutung, da nahezu alle Dopaminantagonisten eine Erhöhung des Prolaktins mit sich bringen.

Stoffwechsel

Hier sind vor allem atypische Antipsychotika/Antipsychotika der zweiten Generation (SGA) wichtig, da sie Cholesterin, HDL, LDL, Triglyceride und HBA₁ verändern. Vor allem betrifft das Olanzapin, Clozapin, Quetiapin und Risperidon. Weiter abgeklärt werden sollten im Kontext des individuellen Risikoprofils ein Gesamtcholesterin > 200 mg/dl (5,2 mmol/L), ein LDL > 130 mg/dl (3,4 mmol/L), HDL < 40 mg/dl (1 mmol/L) für Männer und < 50 mg/dl (1,3 mmol/L) für Frauen, sowie Triglyceride > 150 mg/dl (1,7 mmol/L) [19]. Am geringsten sind die metabolischen Veränderungen bei Aripiprazol und Ziprasidon.

Leberfunktion

Die Leber ist das zentrale Synthese-, und Exkretionsorgan des Körpers. Sowohl toxische Xenobiotika (vor allem Alkohol) als auch Pharmaka werden über spezifische Cytochromperoxidasen metabolisiert. Eine Leberinsuffizienz ist eine relative Kontraindikation für viele Psychopharmaka, andererseits haben gerade Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen, vor allem Suchterkrankungen, eine Lebererkrankung. Sind Psychopharmaka zwingend erforderlich, besteht durch die veränderte Pharmakokinetik oder Kumulationsgefahr die Pflicht zu höherer Wachsamkeit, meist in Form intensiverer Aufklärung und häufigerer Laborkontrollen. Typische Risikopopulationen für Leberschäden sind Menschen mit Polypharmazie, Alkoholkonsum, Diabetes, Hypercholesterinämie und alle Multimorbiden.

In jedem Fall ist es Standard, vor der ersten Medikamentengabe eine Lebererkrankung zu erfragen und mittels Laborwerten zu überprüfen. Liegt eine Lebererkrankung vor, sollte diese codiert werden. So wird eine Leberzirrhose nach Child-Pugh mit K74.70–72 verschlüsselt. Dies hat therapeutische Konsequenzen, da für die meisten Psychopharmaka mindestens eine Dosisanpassung erfolgen muss. Prinzipiell wäre zur Therapieentscheidung auch eine Kenntnis des pharmakogenetischen Metabolisierungstatus wünschenswert, um langsame oder schnelle Verstoffwechslung zu erkennen. Die Evidenz dafür wird in den Leitlinien (u. a. [6]) für nicht ausreichend erachtet, was nicht heißt, dass eine Bestimmung nicht empfehlenswert ist [21]. In der Labordiagnostik gilt die simultane Bestimmung von AST, ALT und GGT als wirtschaftlich. Dadurch können mehr als 95 % aller Lebererkrankungen erkannt werden. Leider kommt es dabei in 13–25 % zu Zufallsbefunden mit breiter Differenzialdiagnose [22]. Je nach Klinik oder Standard in der Praxis werden auch AP und Bilirubin mitbestimmt.

Bei veränderten Leberwerten können grob drei Muster unterschieden werden: Cholestase (GGT und AP erhöht), Hepatopathie (Störung der Synthese von beispielsweise AST, ALT weniger GGT) oder toxisches Muster (Übertritt von hepatozellulären Enzymen ins Serum, dann vor allem AST und GGT erhöht). Als weiterer Leberwert gilt das Blutabbauprodukt Bilirubin.

Die Ursache des Schadens ist oft nicht genau bekannt. Er ist auch nicht durch klinisch-anamnestische Parameter vorhersehbar und meist nicht einmal dosisabhängig. Zeitlich treten die Veränderungen innerhalb einiger Tage bis zu sechs Monaten auf [23]. Gerade bei deutlich erhöhten Werten (> zwei- bis dreifach der Normwerte) oder beginnendem Ikterus ist es wichtig, die Befunde möglichst rasch (innerhalb von 48 bis 72 Stunden) zu kontrollieren und ihnen nachzugehen, da auch schon hochnormale Leberwerte mit erhöhter Mortalität assoziiert sind [24].

Üblicherweise wird in klinischen Studien und auch in der Routine ein klinisch stummer Anstieg im Nutzen-Risiko-Verhältnis bewertet und sollte im Verlauf kontrolliert werden. Wenn die Werte dann ansteigen, ist rasch eine Diagnostik einzuleiten (z. B. Überdosierung durch Interaktionsproblem, Medikamentenspiegel, Ultraschall, Hepatitisserologie). Steigen die Werte weiter an, kommen klinische Symptome hinzu und gibt

es keine andere Erklärung, sollte das Medikament abgesetzt werden. Handelt es sich um einen medikamentös-toxischen Leberzellschaden (drug-induced liver injury, DILI), sinken die Werte dann typischerweise. Normalisieren sich die Werte oder sinken um 50 %, gilt das als hinweisend für eine Kausalität. Ein klassisches Beispiel für einen schweren Leberschaden ist Paracetamol. In der Neurologie sind Leberschäden unter Beta-Interferonen bei Multipler-Sklerose-Therapie häufig [25].

Meist findet sich jedoch keine alternative Ursache. Dann sind Patientin und Patient darüber aufzuklären, dass ein Leberzellschaden oder eine Leberwerterhöhung bei Psychopharmaka sich nicht grundsätzlich von anderen Medikamenten unterscheidet und bis zu einer Grenze toleriert werden kann. Generell gibt es bei Psychopharmaka nur begrenzte klinische Erfahrungen, da in den Zulassungsstudien Personen mit Lebererkrankungen per se ausgeschlossen sind.

Valproat führt häufig (bis 40 %) zu erhöhten Leberwerten. In zirka 1/10.000 Fällen kommt es zu einer potenziell tödlichen Schädigung [26]. Hierbei handelt es sich um eine idiosynkratische akute Hypersensitivitätsreaktion mit Leberzellnekrose und -versagen, üblicherweise ein bis sechs Wochen nach Therapiebeginn. Ebenso können eine Pankreatitis [27], eine Thrombopenie (20 %), Anämie oder Leukopenie auftreten (2–5 %) [19]. Aber auch andere Psychopharmaka haben ein erhöhtes Risiko für Leberschädigungen. Bewährt hat sich folgende Risikostratifikation: erhöht (z. B. Antidepressiva: Agomelatin, Bupropion, Duloxetin, Tianeptin, Tranylcypromin, Trazodon, TZA [oft nur transient]; Antipsychotika: Clozapin), mäßig (Antidepressiva: Mirtazapin, Moclobemid, Venlafaxin; Antipsychotika Aripiprazol, Haloperidol, Fluspirilen, Melperon, Olanzapin, Risperidon, Quetiapin, Risperidon, Ziprasidon) und gering (Antidepressiva: SSRI, Milnacipran; Antipsychotika: Amisulprid, Lithium) [8]. Seltener verwendete Psychopharmaka mit einem erhöhten Risiko für Leberwerterhöhungen sind Galantamin oder Methylphenidat (gelegentlich: 1 : 100 bis 1 : 1000).

Elektrolyte und Nierenwerte

Die wichtigsten physiologischen Elektrolyte sind Natrium, Kalzium und Kalium. Der Natriumhaushalt ist physiologisch eng an den Wasserhaushalt und damit an die Niere gekoppelt. Während Kaliumwerte mehr relevant für die Herzfunktion sind, führen Veränderungen des Natriums, vor allem eine Hyponatriämie/Syndrom der inadäquaten ADH-Sekretion (SIADH) rasch zu ZNS-Symptomen wie Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen, Unruhe, Verwirrtheit, Gang- und Bewusstseinsstörung. Ab einem Natriumwert < 130 mmol/l und passenden Symptomen sollte häufiger kontrolliert und substituiert werden. Insgesamt ist ein SIADH unter Psychopharmaka sehr selten. Unter SSRI oder Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmeinhibitoren (SNRI) wurde eine Inzidenz von 1,6–2,8/100.000 Patientenjahre berichtet [28]. Unter TZA, Mirtazapin oder Carbamazepin ist er vermutlich noch seltener. Risikofaktoren sind ältere, weibliche Patientinnen und Patienten mit niedrigem BMI und Komorbiditäten, wie Sucht- oder Herzkrankung, und natriumsenkenden Medikamenten wie ACE-Hemmer oder Diuretika.

Tab. 1: Laboruntersuchungen bei Therapie mit Antidepressiva (mod. nach [6])

	vor Beginn	Monat						alle 3 Monate	alle 6 Monate
		1	2	3	4	5	6		
Blutbild	✓	✓	✓ (1)	✓ (1)	✓ (1)	✓ (1)	✓	✓ (1)	✓ (3)
Elektrolyte	✓	✓ (2)	✓ (1,2)	✓ (1)			✓	✓ (1)	✓ (3)
GFR/Serumkreatinin, Harnstoff	✓	✓		✓ (1,4)			✓		✓ (1,3)
Leberwerte (6)	✓	✓	✓ (1,5)	✓ (1,6)	✓ (5)	✓ (5)	✓ (6)	✓ (1,6)	

(1) Trizyklika.

(2) Bei Risikopatientinnen- und -patienten für SIADH (ältere, weibliche Erkrankte, niedriger BMI, Sucht- oder Herzerkrankung, ACE-Hemmer, Diuretika) gegebenenfalls häufigere Kontrollen.

(3) Bei langfristig stabilen Erkrankten gegebenenfalls auch jährlich möglich (Ausnahme Trizyklika), (4) Ausnahme Milnacipran, (5) Nur bei relevanter Komorbidität oder Multimedikation.

(6) Ausnahme Agomelatin: Leberwerterhöhung bei 1,2 % (25 mg) und 2,6 % (50 mg). Häufigere Kontrollen: 3, 6, 12 und 24 Wochen, bei klinischem Verdacht und nach Dosissteigerung. (GFR = glomeruläre Filtrationsrate, berechnet aus Serum-Kreatinin)

Kalzium als weiteres Elektrolyt wird meist mitbestimmt, ist im engeren Sinn aber vor allem bei Verdacht auf Hyperparathyreoidismus unter Lithium von Bedeutung.

Als wichtigster Nierenwert gilt Kreatinin, das über die glomeruläre Filtration relativ konstant ausgeschieden wird. Da Kreatinin stark von Alter und Muskelmasse abhängig ist, kann es als individueller Verlaufsparemeter gesehen werden. Die glomeruläre Filtrationsrate (GFR) wird heute unter Zuhilfenahme eines theoretischen Normpatienten (Körperoberfläche 1,73 m², Alter, Geschlecht) aus dem Serumkreatinin abgeschätzt (eGFR).

Harnstoff ist der zweite wichtige Nierenwert. Sowohl akute als auch chronische Nierenerkrankungen können zu erhöhten Werten führen. Bei terminaler Niereninsuffizienz ist der Harnstoff sogar besser geeignet, den Schweregrad der Urämie abzuschätzen, als das Kreatinin. Verfälscht werden Harnstoffwerte durch eine hohe orale Proteinzufuhr.

Was medikamentös-toxische Nierenschäden betrifft, ist die Vorgehensweise ähnlich wie für die Leber. Typisch für einen medikamentösen Nierenschaden aus dem somatischen Bereich sind die nicht steroidal Antiphlogistika (Phenacetin-Niere). Aus dem psychiatrischen Bereich ist vor allem Lithium zu nennen. Als Salz führt es zuerst zu einem Diabetes insipidus Polyurie/Polydipsie mit möglicher Hyponatriämie. Bei der üblicherweise langjährigen Behandlung und vor allem bei Älteren kann es über verschiedene weitere Mechanismen zu Nierenfunktionsstörungen kommen, die histologisch einer tubulointerstitiellen Nephropathie entsprechen. Frauen und Erkrankte mit höheren Dosen sind häufiger betroffen. Wenn es nötig ist, Lithium abzusetzen, ist der Verlauf der Nierenfunktionsstörung meist reversibel. Ansonsten wird das Risiko für Nierenschäden durch Psychopharmaka als nicht übermäßig hoch eingeschätzt [29].

Laboruntersuchungen bei häufigen oder ausgewähl wichtigen Psychopharmaka

Antidepressiva

Antidepressiva, vor allem SSRI gehören zu den am häufigsten eingesetzten Psychopharmaka. In Deutschland werden pro Jahr etwa sieben Millionen Rezepte ausgestellt [30].

Nur wenige, 0,5–1% der Patientinnen und Patienten unter SSRI zeigen Veränderungen der Leberwerte. Dennoch sollte in den Monat 1 bis 3 und 6 eine Kontrolle erfolgen. Bei Risikopatientinnen- und -patienten (relevante Komorbidität oder Multimedikation) sollte monatlich bis Monat 6, danach vierteljährlich kontrolliert werden [6]. Problematischer als SSRI sind Agomelatin (dosisabhängig), Mirtazapin (selten sogar mit Pankreatitis), Tianeptin, Duloxetin und TZA (Risiko bis 3 % [8, 23, 31], sehr selten Bupropion).

Blutbildveränderungen sind bei TZA etwas häufiger, weshalb alle vier Wochen bis Monat 6, danach vierteljährlich kontrolliert werden sollten. Bei allen anderen Antidepressiva reichen Monat 1 und 6 danach halbjährlich, bei langfristig stabilen Erkrankten gegebenenfalls sogar jährlich.

Wegen möglicher Elektrolytstörungen wird eine Bestimmung vor Beginn, im Monat 1 und 6 sowie danach halbjährlich empfohlen. Das gleiche gilt für die Nierenwerte/GFR (Tab. 1). Bei langfristig stabilen Erkrankten sind gegebenenfalls jährliche Kontrollen ausreichend. Eine Ausnahme stellt Milnacipran dar, bei dem die GFR auch nach drei Monaten nochmal bestimmt werden sollte [6].

In Tab. 1 sind (ohne Gewähr) die Laboruntersuchungen für TZA und Nicht-TZA zusammengefasst.

Lithium und andere Phasenprophylaktika/ Stimmungsstabilisierer

Bei Lithium sind vor Beginn Kreatinin, Harnstoff, GFR, Elektrolyte einschließlich Kalzium und TSH vor Beginn zu bestimmen. Konsensbasiert soll die Plasmakonzentration im ersten Monat viermal, dann einmal im Monat für weitere fünf Monate bestimmt werden [6], danach vierteljährlich, vor allem bei Erkrankten > 65 Jahren. Liegen Fieber, Erbrechen mit Flüssigkeitsverlust oder Durchfall vor, oder bei Erhöhung der Dosis, werden häufigere Kontrollen empfohlen. Für Kreatinin und GFR gilt das gleiche, für Elektrolyte einschließlich Kalzium etwas seltener: im Monat 1 einmal, dann in Monat 3 und 6, dann weiter vierteljährlich.

TSH sollte im Monat 1 und 3 überprüft werden, danach ist nur noch eine halbjährliche Kontrolle nötig. Eine TSH-Erhöhung kommt in bis zu 25 % der Fälle vor, aber nur bei zirka 4 %

Tab. 2: Laboruntersuchungen bei Therapie mit Antipsychotika (mod. nach S3-LL Schizophrenie [20])

	vor Beginn	Monat			2x/Jahr	jährlich
		1(1)	3	6		
Blutbild (2)	✓	✓	✓ (2)		✓ (3)	✓
Elektrolyte (4)	✓	✓	✓ (4)	✓	✓	
GFR/Kreatinin	✓	✓	✓	✓		✓
Leberwerte	✓	✓	✓	✓	✓	
Blutzucker, HbA _{1c} , Blutfette (5)	✓	✓	✓	✓	✓	

(1) Monat 1 kann auch in der dritten bis sechsten Woche bedeuten. (2) Blutbild bei Clozapin 18 Wochen, danach dauerhaft alle vier Wochen. (3) Bei Trizyklika (v. a. Olanzapin, Quetiapin) häufiger. Bei stabilen Erkrankten 1 x/Jahr oder länger ausreichend. (4) Clozapin auch nach drei Monaten. Für Thioridazin, Pimozid und Sertindol sind häufigere Kontrollen nötig, die Substanzen werden aber selten eingesetzt. Bei stabilen Erkrankten ist es 1 x/Jahr ausreichend. (5) Kontrolle Gesamtcholesterin, HDL, LDL, Triglyceride, HbA1 bei Clozapin, Olanzapin, Quetiapin, Risperidon. Bei stabilen Erkrankten für Quetiapin und Risperidon jährlich reichend. Alle anderen Antipsychotika noch seltener (vorher, Monat 6, jährlich).

besteht eine klinisch manifeste Hypothyreose [19]. Das Risiko für einen Parathyreoidismus liegt bei 4,3–6,3 % [19].

Carbamazepin führt in 2–10 % zu Leukopenie, GGT-Erhö-
hung, Thrombozytopenie (bis 20 %), Hyponatriämie/SIADH,
AP-Erhöhung, gelegentlich zu Eosinophilie, Leberwertver-
änderungen, Kreatinin-/Harnstoffserhöhung, selten zu Leuko-
zytose, Eosinophilie aber auch zu Agranulozytose/Panzytopenie (1–2 % [32]). Ebenso selten sind Pankreatitis, Hypokalzämie, Cholesterinerhöhung, TSH-Erhöhung und Hyperprolaktinämie.

Antipsychotika

Leberwerterhöhungen treten unter Antipsychotika mit etwa 20 % [8] häufiger und zum Teil auch schwerer auf als unter Antidepressiva. Unter den öfter verwendeten Substanzen ist besonders bei den TZA (Clozapin, Olanzapin, Quetiapin), aber auch bei den Butyrophenonen (Haloperidol, Pipamperon) und bei den Benzamiden (Amisulprid) sowie bei Risperidon/Paliperidon darauf zu achten [7, 8, 33]. Das gleiche gilt für eine Pankreatitis.

Auch bei den Blutbildveränderungen zeigen TZA ein höheres Risiko als andere Substanzgruppen. Besondere Beachtung ist bei Clozapin geboten. Hier kommt es in 0,8–2 % zu einer idiosynkratischen medikamenteninduzierten Agranulozytose (IDIAG). Der Mechanismus ist unklar, möglich erscheint eine Reaktion des aktiven Metaboliten mit einem Protein zu einem Neoantigen [34]. Vor Beginn und danach für 18 Wochen muss deshalb eine wöchentliche Überwachung des Differenzialblutbildes erfolgen, danach alle vier Wochen. Für alle anderen Antipsychotika siehe **Tab. 2**.

Das Risiko für Nierenfunktionsstörungen unter Antipsychotika ist etwa um den Faktor 1,8 erhöht [8]. Eine Besonderheit der Antipsychotika ist, dass vor Beginn der Prolaktinspiegel bekannt sein sollte. Durch Prolaktinerhöhung unter Therapie kann es zu Galactorrhoe, Gynäkomastie und sexueller Funktionsstörung kommen. Diese Prolaktinänderungen unter Antipsychotika differieren (z. B. häufig unter Amisulprid und Risperidon, selten unter Aripiprazol und Quetiapin). Üblicherweise wird erst bei entsprechenden Symptomen kontrolliert. Sind die

Prolaktinspiegel dann deutlich erhöht (z. B. > 700 mIU/L [19]) sollte weiter abgeklärt oder auf Aripiprazol oder Quetiapin umgestellt werden.

Das gleiche gilt für die Veränderung der Muskelenzyme (CK), diese können bei Tonussteigerung oder dem heute seltenen malignen neuroleptischen Syndrom erhöht sein.

Fazit für die Praxis

Vor und während der Behandlung mit der heterogenen Gruppe der Psychopharmaka müssen verschiedene Risikokonstellationen beachtet werden, um Schäden für Organe zu vermeiden.

Die wichtigsten klinisch bedeutsamen Laborveränderungen sind (sortiert nach MedDRA-Organsystemklassen):

- Blutbild: Leukopenie/Agranulozytose unter Clozapin. Diese kann aber auch unter Quetiapin, Olanzapin oder unter den Stimmungsstabilisierern Valproat und Carbamazepin auftreten.
- Endokrines System: Deutliche Prolaktinerhöhungen unter Antipsychotika sollten weiter abgeklärt werden.
- Atypische Antipsychotika, vor allem Clozapin und Olanzapin, führen zu einer Veränderung von metabolischen Stoffwechselfparametern, insbesondere Cholesterin, HDL, LDL, Triglyceriden und HbA_{1c}.
- Schwere Leberwerterhöhungen mit Organschäden treten sehr selten unter Valproat auf. Aber auch Antidepressiva wie Agomelatine können zu veränderten Leberwerten führen, weshalb häufiger als üblich kontrolliert werden muss.
- Langfristige Lithiumaufnahme kann die Nierenfunktion schädigen, sodass vierteljährliche Kontrollen zusammen mit dem Lithiumspiegel gerade bei älteren Patientinnen und Patienten zu empfehlen sind.
- Hyponatriämien/SIADH sind selten und kommen insbesondere unter SSRI, SNRI, TZA oder Carbamazepin vor. Bei Risikopatientinnen und -patienten sollte in den ersten vier Wochen auf Symptome geachtet werden und sollten gegebenenfalls häufigere Natriumkontrollen erfolgen.

Aufgaben, die eher der Fachärztin und dem Facharzt für Psychiatrie zugehörig sind:

- Sicherstellung, dass die wichtigsten Laborwerte vor Beginn mit einem Psychopharmakon vorliegen.

— Gute Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen und Sicherstellung der Laborkontrollen in den ersten Wochen oder der Eindosierungsphase.

Aufgaben, die eher der Fachärztin und dem Facharzt für Allgemeinmedizin/Hausärztin und Hausarzt zugehörig sind:

— Stabile Erkrankte, die TZA nehmen, sollten alle sechs Monate ein klinischer „check up“ einschließlich wirtschaftlicher Laboruntersuchungen angeboten werden, wenn indiziert. Unter SSRI ist eine Kontrolle auch nur einmal im Jahr möglich.

— Ein jährliches Intervall gilt auch für stabile Erkrankte unter TZA (Olanzapin, Quetiapin) und Stimmungsstabilisierern vom Antiepileptikatyp (Carbamazepin, Valproat) [19].

— Unter Clozapin sind auf Dauer Blutbildkontrollen 1 x im Monat erforderlich.

— Nierenwerte und Lithiumspiegel sind bei Patientinnen und Patienten über 65 Jahren vierteljährlich notwendig.

Literatur

1. E Haen, M Weih. Therapeutisches Drug Monitoring in der Psychiatrie. *NeuroTransmitter*. 2023;34(7/8):25-31
2. Weih M, Haen E, Geiben A et al. Wie Sie die Therapiesicherheit von Neuropsychopharmaka verbessern. *NeuroTransmitter* 2021;32 (1-2):51-8
3. <https://agnp.de/wp-content/uploads/2015/02/hiemke-2012-tdm-in-der-psychiatrie.pdf> Zugriff am 16.5.2023
4. KBV Laborkompodium. https://www.kbv.de/media/sp/Laborkompodium_final_web.pdf
5. DEGAM S1-Leitlinie S1 Medikamentenmonitoring AWMF Register 053/016 von 9/13.
6. Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression (2022); <https://www.leitlinien.de/themen/depression>
7. Leitlinien Details, S3-Leitlinie Schizophrenie; <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-009>
8. Benkert O, Hippus H (Hrsg.). *Kompodium der Psychiatrischen Pharmakotherapie*. 2023. 14. Auflage. Springer Verlag, Berlin
9. Dreher J. *Psychopharmakotherapie griffbereit*. 5. aktualisierte und erweiterte Auflage 2021. Thieme Verlag, Stuttgart
10. Gesundheitsuntersuchung Check-up. KBV. <https://www.kbv.de/html/5540.php>
11. Qualitätsicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen; <https://www.bundesärztekammer.de>
12. Laborkompodium; https://www.kbv.de/media/sp/Laborkompodium_final_web.pdf
13. https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Terminologien/LOINC-UCUM/LOINC-und-RELMA/_node.html
14. BfArM. Terminologien. https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Terminologien/_node.html
15. GOP 32056–32079 und 32081–32087; <https://www.kbv.de/tools/ebm/>
16. Wirtschaftlichkeitsbonus Labor. <https://www.kbv.de/html/33490.php>
17. Medical Dictionary for Regulatory Activities (MedDRA). <https://www.meddra.org/>
18. Empfehlungen zur Gestaltung von Packungsbeilagen nach § 11 des Arzneimittelgesetzes (AMG) BfArM; <https://go.sn.pub/POAPd8>
19. Zaidi S, Heald A, Belgamwar R et al. Monitoring drug interventions in people with bipolar disorder. *BMJ*. 2023;380:e070678
20. S3 Leitlinie Schizophrenie Empfehlung 9; https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-009l_S3_Schizophrenie_2019-03.pdf
21. RKL: Richtlinie der Gendiagnostikkommission (GDKO) für die Beurteilung genetischer Eigenschaften hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Wirkung eines Arzneimittels (2022) *Bundesgesundheitsblatt* 65:958–62
22. Zimmermann W, Tacke F et al. Erhöhte Leberwerte - was nun? *Dtsch Arztebl* 2016;113(22-23):1104-8
23. Voican CS et al. Antidepressant-induced liver injury: a review for clinicians. *Am J Psychiatry*. 2014;171(4):404-15
24. Kim HC et al. Normal serum aminotransferase concentration and risk of mortality from liver diseases: prospective cohort study. *BMJ*. 2004;328(7446):983

25. Francis GS et al. Hepatic reactions during treatment of multiple sclerosis with interferon-beta-1a: incidence and clinical significance. *Drug Saf*. 2003;26:815-27
26. Gründer G, Benkert O. *Handbuch der Psychopharmakotherapie*. Kapitel Psychopharmaka bei Lebererkrankungen, 2011. Springer Verlag, Berlin
27. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/24518/Aus-der-UAW-Datenbank-Pankreatitis-unter-Valproinsaeure>
28. Revol R et al. Hyponatremia associated with SSRI/NRSI: Descriptive and comparative epidemiological study. *Encephale*. 2018;44:291-6
29. Damba J et al. Psychotropic Drugs and Adverse Kidney Effects: A Systematic Review of the Past Decade of Research. *CNS Drugs*. 2022;36:1049-77
30. <https://www.wido.de/publikationen-produkte/pharmaanalyst/>
31. Gahr M et al. Drug-Induced Liver Injury Associated With Antidepressive Psychopharmacotherapy: An Explorative Assessment Based on Quantitative Signal Detection Using Different MedDRA Terms. *J Clin Pharmacol*. 2016;56(6):769-78
32. Daughton JM et al. Careful monitoring for agranulocytosis during carbamazepine treatment. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2006;8(5):310-1
33. Zeiss R et al. Drug-Associated Liver Injury Related to Antipsychotics: Exploratory Analysis of Pharmacovigilance Data. *Clin Psychopharmacol*. 2022;42:440-4
34. Sernoskie SC et al. The Role of Myeloperoxidase in Clozapine-Induced Inflammation: A Mechanistic Update for Idiosyncratic Drug-Induced Agranulocytosis. *Int J Mol Sci*. 2023;8;24(2):1243

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 Gutachter geprüft wurde. Werbung in dieser Zeitschriftenausgabe hat keinen Bezug zur CME-Fortbildung. Der Verlag garantiert, dass die CME-Fortbildung sowie die CME-Fragen frei sind von werblichen Aussagen und keinerlei Produktempfehlungen enthalten. Dies gilt insbesondere für Präparate, die zur Therapie des dargestellten Krankheitsbildes geeignet sind.

AUTOREN

Prof. Dr. med. Markus Weih

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Medic-Center
Nürnberg
Schweinauer
Hauptstraße 43,
90441 Nürnberg

m.weih@mediccenter.net

Dr. med. Tobias Samusch

Facharzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für Psychiatrie
Senator-Schwartz-Ring 8, 59494 Soest

samusch@posteo.de



Laborkontrollen bei Therapien mit Psychopharmaka

FIN gültig bis 25.12.2023:

NT2312gG

Teilnehmen und Punkte sammeln können Sie

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



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

? Welche Aussage trifft auf die medikamentöse Therapie mit Psychopharmaka zu?

- Laborparameter sind dabei nicht relevant.
- Psychopharmaka haben wie andere Pharmaka spezifische Nebenwirkungen und Wechselwirkungen.
- Organschäden unter Psychopharmaka sind nicht bekannt.
- Ärztinnen und Ärzte der Psychiatrie und Allgemeinmedizin sowie Labormedizinerinnen und Labormediziner haben klare Standards zum Umfang von Laboruntersuchungen.
- Geriatrische Patientinnen und Patienten mit Multimedikation vertragen Psychopharmaka in der Regel besonders gut.

? Wann müssen bei Psychopharmaka Laborwerte kontrolliert werden?

- Zu Beginn und im Verlauf der Therapie
- Nur zu Beginn der Therapie
- Nur im Verlauf der Therapie
- Grundsätzlich einmal in der Woche
- Laborkontrollen sind nur bei Verdacht auf Nebenwirkungen nötig.

? Ein 33-jähriger Mann entwickelt Schlafstörungen. Es folgt eine Behandlung mit Mirtazapin. Nach Switch in einer Manie erfolgt die Diagnose einer bipolaren Störung. Die Behandlung erfolgt im Verlauf mit Quetiapin und Lamotrigin. Bei feh-

lender Response wird er auf Valproat umgestellt, seither ist er langfristig stabil. Welche Maßnahmen und Laboruntersuchungen sind nötig?

- Valproatspiegel alle drei Monate
- Blutbild und TSH alle sechs Monate
- Allgemeine Aufklärung, jährliche allgemeiner „Check Up“ mit Routinelabor und gegebenenfalls Valproatspiegel
- Laborkontrollen sind nicht erforderlich.
- Differenzialblutbild alle vier Wochen

? Was trifft auf Laboruntersuchungen im ambulanten Bereich zu?

- Eine Diagnose oder Verdachtsdiagnose ist nicht nötig.
- Referenzbereiche für Laborwerte sind für den Psychiater nicht relevant.
- Möglichst umfangreiche Laboruntersuchungen sind immer wirtschaftlich.
- Laborleistungen müssen durch GOÄ oder Privatabrechnung abgerechnet werden.
- Neben Laboruntersuchungen dürfen allgemeine Maßnahmen wie EKG, Blutdruck, Körpergewicht usw. nicht vergessen werden.

? Welche Organsysteme oder Organklassen sind im Kontext von Psychopharmaka eher untergeordnet?

- Blutbildendes System/Hämatopoese
- Erkrankung der Geschlechtsorgane
- Endokrines System
- Stoffwechsel
- Leber- und Nierenwerte

? Welche Aussage zu Leberwerten unter Psychopharmaka trifft zu?

- Leberwerterhöhungen sind nicht dramatisch und bedürfen keiner weiteren Maßnahme.
- Leberinsuffizienz spielt für Psychopharmaka keine Rolle.
- Handlungsbedarf besteht spätestens, wenn die Leberwerte unter Psychopharmaka mehr als das zwei- bis dreifache erhöht sind.
- Der Ausgangsbefund vor Psychopharmaka spielt keine Rolle.
- Bei erhöhten Leberwerten muss gleich abgesetzt werden, eine Kontrolle ist kontraindiziert.

? Welche Zuordnung Psychopharmakon zu typischer Organschädigung/Laborwertveränderung ist falsch?

- Quetiapin – Elektrolyte
- Clozapin – Blutbild
- Olanzapin – HBA, Cholesterin
- Lithium – Kreatinin
- SSRI – Hyponatriämie

? Eine 33-jährige Patientin entwickelt eine mittelgradige depressive Episode und soll mit einem SSRI behandelt werden. Was trifft auf die Laboruntersuchungen zu?

- SSRI werden eher selten verordnet, weil regelmäßig aufwändige Spiegelkontrollen erfolgen müssen.
- Ein Syndrom der inadäquaten ADH-Sekretion (SIADH) unter SSRI ist nicht

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.



© piro / fotolia.com

Aktuelle CME-Kurse aus der Psychiatrie

▶ Antidepressivakombinationen in der Akuttherapie der Depression

aus: NeuroTransmitter 11/2023

von: J. Hensler, C. Baethge

zertifiziert bis: 13.11.2024

CME-Punkte: 2

▶ 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

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.



beschrieben, daher müssen die Elektrolyte nicht kontrolliert werden.

- Leberwerterhöhungen unter SSRI sind mit zirka 20 % häufig.
- Blutbild, Elektrolyte, Nieren- und Leberwerte sollten vor Beginn normal sein.
- Eine Euthyreose (TSH) schließt eine psychische Erkrankung mit hoher Vorhersagekraft aus.

? Was trifft für die Laborkontrollen des blutbildenden Systems unter Antipsychotika zu?

- Das eine hat mit dem anderen nichts zu tun.
- Psychopharmaka können glücklicherweise nicht zu Anämie führen.
- Blutbildveränderungen treten außer bei Clozapin bei keinen anderen Psychopharmaka auf
- Zum Ausschluss einer Leukopenie muss unter Clozapin regelmäßig das Blutbild kontrolliert werden.
- Unter Olanzapin kommt es häufig zu einer Thrombopenie mit Blutungsneigung.

? Was trifft zum Thema Risikomanagement über Laborkontrollen bei Psychopharmaka zu?

- Moderne Psychopharmaka, wie Aripiprazol oder Escitalopram haben glücklicherweise kein Risiko mehr.
- Valproat darf wegen Nierenschädigung heute Frauen im gebärfähigen Alter nicht mehr verordnet werden.
- Bei älteren stabilen Erkrankten unter Lithium reichen Kontrollen einmal im Jahr.
- Prolactinerhöhungen kommen unter modernen Antipsychotika nicht mehr vor.
- Psychopharmaka sind eine sehr heterogene Medikamentengruppe mit sehr unterschiedlichem Risikoprofil.

Nutzen neuer Therapiemöglichkeiten

Wunsch und Wirklichkeit bei der Depressionsbehandlung

Etwa ein Fünftel aller Menschen ist einmal im Leben von Depressionen betroffen. Wird die Krankheit nicht leitliniengerecht behandelt, steigt das Risiko für eine therapieresistente Depression, die einen hohen Leidensdruck für Betroffene und Angehörige bedeuten kann. Deshalb ist es wichtig, stets neue Therapieoptionen im Blick zu behalten.

FRANZISKA GOERKE-ARNDT

Depression ist eine der häufigsten psychiatrischen Erkrankungen weltweit mit einer steigenden Prävalenz [1, 2]. Die Behandlung von Patientinnen und Patienten sollte einem individuellen und bedarfsgerechten Plan folgen. Neben Empfehlungen der Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL, [2]) und klinischen Aspekten sollten auch Patientenpräferenzen und medikamentöse Vorerfahrungen berücksichtigt werden. Aus klinischer Sicht ist es sinnvoll, weiterverordnende Fach- und Hausärztinnen sowie -ärzte einzubeziehen.

Therapieresistente Depression

Mit einer Zwölfmonatsprävalenz von 9,7 % bei Frauen und 6,3 % bei Männern zählt die unipolare Depression zu einer der häufigsten psychischen Erkrankungen in Deutschland [3]. Circa 20 % aller Menschen erleiden in ihrem Leben einmalig eine depressive Phase. Nur eine Minderheit der Betroffenen erhält eine leitliniengerechte Therapie. Von jenen, die sich in Behandlung begeben und eine antidepressive Medikation erhalten, wissen wir, dass nicht alle gleichermaßen davon profitieren. In der größten hierzu durchgeführten Studie (STAR*D, Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression, [4]) zeigten nach einer zwölfwöchigen Therapie mit Citalopram nur 37 % der Teilnehmenden eine Remission. Nach vier durchlaufenen Behandlungsstufen betrug der Anteil der remittierten Patientinnen und Patienten 67 % [5]. Es entspricht der klinischen

Einschätzung, dass der Anteil der therapieresistenten Depressionen (TRD) mit bis zu 30 % beziffert werden kann. Nach dem bisherigen Behandlungsverständnis ist eine depressive Episode nach zwei lege artis durchgeführten Behandlungsversuchen mit Antidepressiva aus unterschiedlichen Wirkstoffklassen, die nicht zur Remission geführt haben, als TRD einzustufen. Am Konzept der TRD gibt es durchaus berechtigte Kritik, die sich unter anderem aus dem Fehlen psychotherapeutischer und anderer Therapieelemente ergibt. Dennoch ist und bleibt

für viele Betroffene die medikamentöse Therapie die Basis der Behandlung.

Erreichen der Remission

Patientinnen und Patienten mit TRD und deren Angehörige leiden unter erheblichen Belastungen und Einschränkungen der Lebensqualität. Das Ziel jeglicher Behandlung sollte daher sein, Erkrankten so früh wie möglich bei gegebener Notwendigkeit ein antidepressiv wirksames Medikament anzubieten und die Medikation so zu gestalten, dass eine Remission möglichst schnell erreicht



Nicht alle profitieren bei einer Depression gleichermaßen von Medikamenten. Eine therapieresistente Depression kann jedoch einen großen Leidensdruck erzeugen.

© Brauns / Getty Images / iStock (Symbolbild mit Fotomodell)

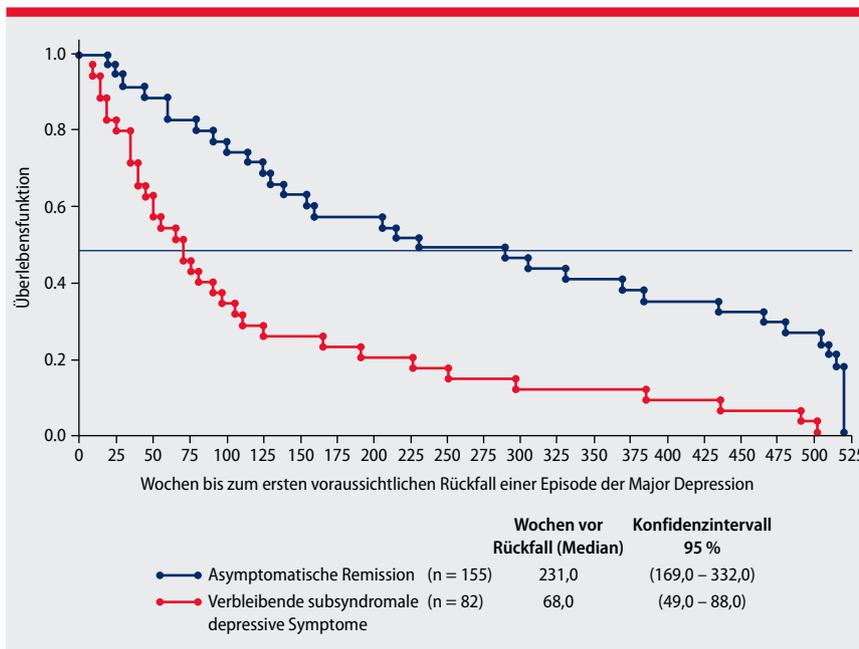


Abb. 1: Mediane Zeit bis zum Rückfall – Patientinnen und Patienten mit erreichter Remission erleben deutlich später eine nächste depressive Episode (Rückfall) als Erkrankte mit Restsymptomen (mod. nach [6]).

wird. Zeigt sich nach drei Behandlungswochen mit einem Antidepressivum in ausreichend hoher Dosierung kein Erfolg, sinkt die Wahrscheinlichkeit für ein späteres Ansprechen auf unter 10 % [5]. Deshalb sollten medikamentöse Optionen bei einer Therapieresistenz ausgeschöpft werden, um die Chance auf Remission zu erhöhen. In Hinblick auf die Rezidivprophylaxe ist klar, je schneller eine Remission erreicht werden kann, desto besser ist die Aussicht für Betroffene, ein selteneres oder viel später auftretendes Rezidiv zu erleiden (Abb. 1; [6]). Allen Erkrankten ist ein schneller Behandlungserfolg nicht nur zu wünschen, sondern er ist auch gesamtgesellschaftlich betrachtet in Hinblick auf hohe Kosten wertvoll, die direkt und indirekt durch die Erkrankung entstehen.

Oft ist trotz leitliniengerechter Behandlung eine vollständige Remission nicht erreichbar. Dafür kann es viele Gründe geben, die durch Patientinnen und Patienten wie auch Behandelnde bedingt sein können. Teils ergeben sie sich auch aus der nicht optimalen Versorgungslandschaft. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie Erkrankten, deren Behandlung nicht den ge-

wünschten Erfolg hatte, dennoch geholfen werden kann. Ziel einer Behandlung ist laut Leitlinie die Remission [2], die sich wiederum zwischen symptomatischer und funktioneller Remission unterscheiden lässt. Unter letzterer wird eine wieder hergestellte Teilhabe sowohl am sozialen als auch am Arbeitsleben verstanden [7]. Meist stellt sich die funktionelle Remission erst nach der symptomatischen ein, doch es gibt Ausnahmen. Dann muss die Behandlung dahin zielen, die bestmögliche funktionelle Remission zur Verbesserung der individuellen Lebensqualität zu erlangen. Zu beachten sind bei allen Erkrankten auch die nicht immer in Einklang zu bringenden Ziele der möglichst schnellen und zugleich vollständigen Remission.

NVL und Praxis

In dem bereits skizzierten Spannungsfeld zwischen leitliniengerechter Therapie mit dem Ziel der vollständigen Remission versus praktischer Möglichkeiten und Bedürfnissen der Erkrankten ist es für uns als Behandelnde herausfordernd, einen individuellen Therapieplan zu erstellen. Dazu ist nicht nur die Orientierung an der NVL entscheidend,

sondern auch deren praktische Umsetzung. Zudem ist bei allen Behandlungsentscheidungen immer der individuelle Patientenwunsch zu berücksichtigen.

Häufig bestehen seitens der Behandelnden oder Betroffenen Vorbehalte gegen einzelne Behandlungsbausteine oder diese sind aus anderen Gründen nicht anwendbar. So ist der Zugang zur Psychotherapie regional unterschiedlich, jedoch meist mit einer mehrmonatigen Wartezeit verbunden [8]. Therapien wie Stimulationsverfahren, unter anderem Elektrokonvulsionstherapie, Vagusnervstimulation, repetitive Magnetstimulation und tiefe Hirnstimulation, stehen in Deutschland nicht flächendeckend und zeitnah zu Verfügung. Oft haben Betroffene auch Vorbehalte gegenüber solchen Verfahren. Vor diesem Hintergrund ist die medikamentöse Therapie ein zentraler Behandlungsbaustein, allerdings finden sich auch hier Limitationen. Diese betreffen vor allem vulnerable Patientengruppen mit Allergien, Komedikationen mit Interaktionspotenzial oder Komorbiditäten wie kardiovaskulären Erkrankungen oder metabolischem Syndrom. Nicht zu vergessen sind noch andere Variablen der Behandlung wie der individuelle Patientenwunsch. Die Behandlungsplanung sollte sowohl ambulant als auch stationär so konzipiert sein, dass sie bei einem Erfolg langfristig, das heißt so lange wie notwendig, fortgesetzt werden kann. Es kann nicht genug betont werden, wie wichtig die Einbeziehung der ambulanten Versorgung durch Fach- oder Hausärztinnen oder -ärzte ist.

Therapie in Theorie und Praxis

Zwei erfolglose Behandlungsversuche innerhalb einer depressiven Episode, idealerweise mittels Eigen- und Fremdbeurteilungsinstrumenten dokumentiert, entsprechen der Diagnose einer TRD. Es stellt sich dann die Frage, wie die weitere Therapie gestaltet werden soll. In der NVL [2] werden verschiedene Strategien genannt. Jene mit dem höchsten Empfehlungsgrad werden im Folgenden zusammengefasst. Sie bestehen entweder aus der Kombinationsbehandlung mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI), Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmern (SNRI) oder trizyklischen

Antidepressiva (TZA) einerseits mit Mianserin, Mirtazapin oder Trazodon andererseits oder der Augmentation sowie mit geringerer Evidenz einmalig einem Wechsel zu einem Antidepressivum mit anderem Wirkmechanismus.

Nachweislich die gängigste und praxisnächste Strategie ist eine Augmentation mit Quetiapin retard. In der klinischen Praxis kann Quetiapin retard jedoch oft aufgrund zu großer Sedierung mit allen sich daraus ergebenden Folgen (Alltagsgestaltung, Sturzneigung) nicht in den notwendigen Dosisbereich gesteigert werden. Auch die metabolischen Nebenwirkungen sind nicht zu verachten. Einer nach NVL [2] ebenfalls empfohlenen Augmentation mit Lithium stehen viele Vorbehalte gegenüber (z. B. enge therapeutische Breite, Interaktionen, Intoxikationsgefahr), sodass diese – trotz guter Wirksamkeit – ebenfalls nicht immer umzusetzen ist und ferner viele Probleme mit sich bringen kann.

Mit der Neuaufnahme von Esketamin-Nasenspray (in Kombination mit einem SSRI oder SNRI) in die Nationale Versorgungsleitlinie für die Behandlung der TRD [2] sowie der am 21. September 2023 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erfolgten positiven Nutzenbewertung [9] ergibt sich eine neue Behandlungsoption. Die ESCAPE-TRD-Studie zeigte im Head-to-Head-Vergleich eine signifikante Überlegenheit von Esketamin-Nasenspray gegenüber dem „Goldstandard“ Quetiapin retard in den Punkten Remission in Woche acht sowie deutlich geringere Rückfallraten bis Woche 32 [10]. Hinzu kommt, dass durch die sehr kurze Halbwertszeit der Substanz Nebenwirkungen nur auf den Applikationstag begrenzt auftreten. Anders als die bisher vor allem monoaminerg wirkenden Substanzen ist Esketamin ein Glutamatmodulator, der über einen Antagonismus am NMDA-Rezeptor die Ausschüttung neurotropher Faktoren induziert und unter anderem durch die Erhöhung von BDNF schließlich zu einer erhöhten Neuroplastizität führt [11]. Darüber hinaus unterscheidet es sich von den „Klassikern“ in seiner Anwendungsart als Nasenspray, der Frequenz der Anwendung (von zweimal wöchentlich zu Beginn der Therapie bis hin zu einmal 14-tägig in der Erhaltungsthe-

rapie). Die empfohlene Behandlungsdauer von Esketamin-Nasenspray liegt bei sechs Monaten nach Abschluss der vierwöchigen Induktionsphase.

Aus der Klinik in die Praxis

Seitdem Esketamin-Nasenspray auch ambulant zur Verfügung steht, ist sowohl stationär als auch ambulant eine weitere Behandlungsoption gegeben. Sie hat möglicherweise den weiteren „Zusatznutzen“ bereits mit Beginn der stationären Anwendung die sektoralen Grenzen im Blick zu haben und diese im Sinne von Patientinnen und Patienten für einen langfristigen Behandlungserfolg zu überwinden. Um einen reibungslosen Übergang aus dem stationären in das ambulante Setting zu gewährleisten, wäre also ein engerer Austausch zwischen den Behandelnden wünschenswert. Betroffene auf dem Weg zur vollständigen Remission stehen dabei im Mittelpunkt dieser Kooperation.

Wichtig ist, bestimmte mit der Therapie verbundene Maßnahmen vor der Entlassung aus der Klinik miteinander zu besprechen. Dazu gehört zum Beispiel, wie Patientin oder Patient auf die Behandlung reagiert haben, ob besondere Überwachungsmaßnahmen notwendig sind, und dass aufgrund der am Behandlungstag bestehenden Fahruntüchtigkeit der Betroffenen eine Transportmöglichkeit sichergestellt sein muss.

Sich miteinander abzustimmen, kann bei der Weiterbehandlung mit Esketamin-Nasenspray daher nur im Sinne der Patientinnen und Patienten sein, um deren persönliche Bedürfnisse besser zu verstehen und die Behandlung sicherer und für Betroffene erfolgreicher zu gestalten. Fest steht, dass es hierfür eine gute Kooperation zwischen den Behandelnden geben muss. Das bedeutet, wir müssen, oder besser wir dürfen enger zusammenrücken. Es bleibt zu hoffen, dass diese Behandlungsmöglichkeit die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit TRD verbessert.

Literatur

1. Mental disorders. www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders (Zugriff am 6.11.2023)
2. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen

Fachgesellschaften (AWMF). Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression – Langfassung, Version 3.2. 2022. www.leitlinien.de/themen/depression/version-3 (Zugriff am 29.10.2023)

3. Thom J, Kuhnert R, Born S et al. 12-Monats-Prävalenz der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression in Deutschland. *Journal of health monitoring*. 2017;2(3):72-80
4. Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR et al. Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report. *Am J Psychiatry*. 2006;163:1905-17
5. Sinyor M, Schaffer A, Levitt A. The sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR*D) Trial; a Review. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2010;55(3):126-35
6. Judd LL, Akiskal HS, Maser JD et al. Major depressive disorder: a prospective study of residual subthreshold depressive symptoms as predictor of rapid relapse. *Journal of Affective Disorders*. 1998;50(2-3):97-108
7. Sheehan DV, Nakagome K, Asami Y, et al., Restoring function in major depressive disorder: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 2017; 215:299-313. doi: 10.1016/j.jad.2017.02.029.
8. Psychotherapie: Längere Wartezeiten auf Therapieplatz seit Strukturreform. www.aerzteblatt.de/nachrichten/146677/Psychotherapie-Laengere-Wartezeiten-auf-Therapieplatz-seit-Strukturreform (Zugriff am 6.11.2023)
9. Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie: Anlage XII – Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) Esketamin (Neubewertung nach Fristablauf (Depression, therapieresistent, in Kombination mit SSRI oder SNRI)). *BAnz AT 20.10.2023 B1*. www.g-ba.de/downloads/39-261-6170/2023-09-21_AM-RL-XII_Esketamin_D-930_BAnz.pdf (Zugriff am 6.11.2023)
10. Reif A, Bitter I, Buyze J et al. Esketamine Nasal Spray versus Quetiapine for Treatment-Resistant Depression. *N Engl J Med*. 2023;389(14):1298-309
11. Gass P, Vasilescu AN, Inta D. Schnell wirksame Antidepressiva – neurobiologische Wirkprinzipien. *Nervenarzt*. 2022;93:223-33

AUTORIN

Dr. med. Franziska Goerke-Arndt

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
Marwitzer Straße 91
16761 Henningsdorf

Franziska-Goerke-Arndt@gmx.de



Bewahrt S1P-Rezeptormodulation Hirnvolumen bei MS?

➔ Progression in Abwesenheit von Schubaktivität (progression in the absence of relapse activity, PIRA) ist laut Dr. Carmen Tur, Klinische Neuroimmunologie, Universitätsklinik Vall d'Hebron, Barcelona, Spanien, Grund für mindestens die Hälfte der bestätigten Behinderungsprogressionen (confirmed disability progression, CDP) bei Multipler Sklerose (MS). Den hohen Stellenwert von PIRA bestätigte eine eigene, kürzlich publizierte monozentrische Kohortenstudie mit 1.128 MS-Kranken, die nach einem ersten Schub rekrutiert worden waren. Rund zwei Drittel aller CDP gingen darin auf PIRA zurück [Tur C et al. JAMA Neurol. 2023;80:151-60].

Dass man mit einer früh begonnenen krankheitsmodifizierenden Therapie nicht nur die schubabhängige Behinderungsprogression (relapse-associated worsening, RAW) sondern auch die PIRA reduzieren kann, bestätigten Tur zufolge Daten auf Basis der zwei Jahre langen randomisierten, kontrol-

lierten Studie RADIANCE, die den S1P-Rezeptormodulator Ozanimod (Zeposia®) mit Beta-Interferon (IFN-β) verglich, und der offenen Erweiterungsstudie DAYBREAK, in der alle Teilnehmenden sechs Jahre lang mit Ozanimod 0,92 mg weiterbehandelt wurden. In beiden Studienarmen war bei 24 % eine CDP eingetreten. Bei der Gruppe, die von IFN-β auf Ozanimod umgestellt worden war, lag die PIRA bei 10 % und die RAW bei 14 %. Bei den über den gesamten Zeitraum mit Ozanimod 0,92 mg Behandelten war bei 13 % eine PIRA und bei 11 % eine RAW aufgetreten [Filippi M et al. ECTRIMS 2023, Poster P368]. „Es ist sehr ermutigend, dass unter der Langzeittherapie mit Ozanimod ein so großer Anteil der Behandelten frei von PIRA blieb“, resümierte Tur.

Prof. Eleonora Cocco, Neurologie, Universität Cagliari, Italien, berichtete aus einer Reanalyse der Daten aus der randomisierten, kontrollierten Studie SUNBEAM. Diese be-

stätigte, dass sich kognitive Funktionen unter der Behandlung mit Ozanimod signifikant häufiger verbessert hatten als unter IFN-β. Als Kriterium diente dabei die Veränderung des Werts im Symbol Digit Modalities Test um mindestens acht Scorepunkte [Deluca J et al. ECTRIMS 2023, Poster P727]. Eine aktuelle Interimsanalyse der offenen Studie ENLIGHTEN zeige zudem, so Cocco, dass das Gehirnvolumen von Erkrankten mit früher schubförmiger MS nach einem Jahr Ozanimodtherapie nicht stärker zurückging als bei altersgleichen Gesunden [Zivadinov R et al. ECTRIMS 2023, Poster P1311].

Dr. Thomas Heim

Symposium „The Latest Developments in MS Classification and Treatment: From AI to Clinical Decision Making“ beim Kongress MSMilan 2023, European Committee for Treatment and Research In Multiple Sclerosis (ECTRIMS) und Americas Committee for Treatment and Research In Multiple Sclerosis (ACTRIMS), Mailand, 11.10.2023. Veranstalter: Bristol-Myers Squibb

Injektion mit Langzeitwirkung bei Schizophrenie besser als Tabletten?

➔ Long-Acting Injectable Antipsychotics (LAI), früher als Depotneuroleptika bezeichnet, spielen eine wichtige Rolle in der Behandlung der Schizophrenie. Besonders bei unzureichender Therapietreue sprechen Betroffene häufiger und länger auf LAI an als auf orale Antipsychotika.

Mit LAI behandelte Psychosebetroffene haben laut Prof. Dr. Stephan Heres, Psychi-

atrie, kbo Isar-Amper-Klinikum München, ein nachweislich niedrigeres Risiko für Rezidive, Rehospitalisierung und Mortalität. Besonders bei unzureichender Therapieadhärenz oder dem vorzeitigen Absetzen, so Heres, verließen die Wirkstoffkonzentrationen bei oraler Gabe schnell den therapeutischen Bereich. Dr. Eric Snoeck, Firma Lucio, Antwerpen, Belgien, präsentierte die

Daten einer pharmakokinetischen Simulation, die eine Behandlung mit Risperidon In-situ-microimplants (ISM®), einem LAI, mit der oralen Risperidonbehandlung bei unterschiedlichen Adhärenzgraden verglich. Als Zielparame-ter diente eine Dopamin-D2-Rezeptorbesetzung (D2RO) von mehr als 65 %, die Snoeck zufolge mit einer klinischen Ansprechrate von rund 80 % assozi-

Tab. 1: Simulierter Vergleich von Risperidon ISM 100 mg mit oralem Risperidon 4, 6 und 8 mg/Tag über einen Steady-State-Zeitraum von 28 Tagen, Prädiktion der durchschnittlichen Zeit, in der die D2RO unter 65 % liegt

Adhärenz*	durchschnittliche Zeit (Tage) D2RO < 65 %			
	Risperidon ISM 100 mg	Risperidon oral 4 mg	Risperidon oral 6 mg	Risperidon oral 8 mg
perfekt (100 %)	2	2	<1	<1
gut (70–90 %)	–	7	3	2
mittel (50–70 %)	–	12	8	6
schlecht (24–50 %)	–	19	15	13

*: Zeit, in der die Medikation korrekt eingenommen wurde (Anteil an der Gesamtbehandlungszeit)

iert ist. Laut Simulation sorgen 100 mg Risperidon ISM® und Risperidon 4 mg/Tag bei guter Adhärenz über einen vergleichbar großen Teil der Behandlungszeit für eine D2RO von mehr als 65%. Bei mittlerer oder schlechter Adhärenz war die orale Behandlung unterlegen (**Tab. 1**) [Snoeck E et al. ECNP 2023, Poster P0245].

Für den möglichst frühzeitigen Wechsel zu LAI spricht Heres zufolge eine aktuelle US-amerikanische Studie [Correll CU et al. Schizophrenia (Heidelb). 2023;9:9]. Diese verglich retrospektiv unterschiedliche Therapiestrategien anhand der Registerdaten von insgesamt 13.444 an Schizophrenie erkrankten Erwachsenen. Kohorte 1 war trotz guter Adhärenz und ohne in der Vorgeschichte bestehender Einweisung in eine Notaufnahme oder stationärer Behandlung von oralen Antipsychotika auf LAI umge-

stellt worden. Im Vergleich zu den Kohorten, bei denen erst nach fehlender Adhärenz (Kohorte 2), nach einer Noteinweisung oder Hospitalisierung (Kohorte 3) oder nach zwei oder mehr Noteinweisungen oder Hospitalisierungen (Kohorte 4) auf LAI umgestellt worden war, hatten die Patientinnen und Patienten, die Kohorte 1 zugeordnet waren, signifikant weniger Tage im Krankenhaus verbracht und waren signifikant seltener in eine Notaufnahme eingewiesen worden ($p < 0,01$). In Kohorte 2 zeigten sich niedrigere Notfall- und Hospitalisierungsraten als in den Kohorten 3 und 4. **Dr. Thomas Heim**

Industriesymposium „From Hospital to Home: How can innovations in long-acting injectable antipsychotics shape schizophrenia treatment?“, Kongress des European College of Neuropsychopharmacology (ECNP), Barcelona, 7.10.2023. Veranstalter: Rovi

Vielversprechende neue Wirkstoffklasse gegen MS in Phase III

Die oral applizierbaren Inhibitoren der Brutontyrosinkinase (BTK) könnten sich in der Behandlung der Multiple Sklerose (MS) als besonders effektiv herausstellen. Fünf verschiedene Wirkstoffe befinden sich in der klinischen Entwicklung.

„Die BTK ist ein besonders vielversprechender Angriffspunkt für neue MS-Therapien, weil dieses Enzym intrazelluläre Signalwege reguliert, die in der Pathophysiologie dieser Erkrankung eine zentrale Rolle spielen“ erklärte Prof. Jiwon Oh, St. Michael's Hospital, Universität Toronto, Kanada. BTK-Hemmung gehe mit reduzierter Mikroglia und B-Zellaktivierung einher sowie mit einer verminderten Ausschüttung von TNF α und anderen proinflammatorischen Mediatoren. Oh vermutet, dass man mit diesem neuen Wirkprinzip neben der schubassozierten Progression möglicherweise auch die schwelende, schubunabhängige Inflammation eindämmen könnte. Die kleinmolekularen, oral applizierbaren BTK-Hemmer, die sich derzeit in der Entwicklung befinden, passieren leicht die Blut-Hirn-Schranke und beeinflussen damit möglicherweise die im ZNS kompartimentalisierte Inflammation effektiver als monoklonale Antikörper.

„Wir befinden uns in der besonderen Situation, dass mit den BTK-Inhibitoren derzeit

fünf verschiedene Wirkstoffe mit demselben Wirkprinzip praktisch parallel entwickelt werden“, betonte Oh. Aus den bisherigen präklinischen und ersten klinischen Studien würden sich bereits Unterschiede zwischen den einzelnen Wirkstoffen abzeichnen, die sich auch hinsichtlich des – in den derzeit laufenden Phase-III-Studien nachzuweisenden – klinischen Nutzens als relevant erweisen könnten. So sei beispielsweise bei Tolebrutinib die mittlere inhibitorische Konzentration (IC50) für eine BTK-Hemmung, ein Parameter, der invers mit der pharmakodynamischen Wirkstärke korreliert, niedriger als bei allen anderen Kandidaten [Krämer J et al. Nat Rev Neurol. 2023;19:289-304]. Auch die mikrogliahemmende Aktivität und die Bioverfügbarkeit im Liquor scheinen bei Tolebrutinib besonders hoch zu sein. [Owens TD et al. Clin Transl Sci. 2022;15:442-50; Nicolas O et al. Clin Drug Investig. 2023;43:653-65].

Dr. Thomas Heim

Industriesymposium „Approaching Precision Neurology: New Targets Bridging Immunology, Neuroinflammation and Neurodegeneration“, Kongress MSMilan 2023, European Committee for Treatment and Research In Multiple Sclerosis (ECTRIMS) und Americas Committee for Treatment and Research In Multiple Sclerosis (ACTRIMS), Mailand, 12.10.2023. Veranstalter: Sanofi

Subkutanes Ocrelizumab genauso wirksam wie intravenöses

Ergebnisse der Phase-III-Studie OCARINA II belegen nach Angaben des Herstellers Roche die Nichtunterlegenheit der subkutanen Applikation von Ocrelizumab (Ocrevus®) bei schubförmiger und primär progredienter Multipler Sklerose (MS) gegenüber der intravenösen Gabe, gemessen anhand der Wirkstoffspiegel im Blut. In der zwölfwöchigen Studie ging mit der s. c. Formulierung auch keine erhöhte Läsionslast in der MRT einher. Das Sicherheitsprofil sei bei beiden Darreichungsformen vergleichbar und konsistent mit dem schon bekannten Sicherheitsprofil, teilt der Hersteller weiter mit. Die Daten sind noch nicht publiziert. Die subkutane Applikation, die zweimal jährlich erfolgt, ermöglicht die Anwendung auch in MS-Zentren ohne Infrastruktur oder mit begrenzter Kapazität für die intravenöse Gabe. **red**

Nach Informationen von Roche

Festbetrag für Milnacipran und Desvenlafaxin

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Produkte Desveneurax® (Desvenlafaxin) und Milnaneurax® (Milnacipran) zum 1. Oktober 2023 in eine Festbetragsgruppe der Stufe 2 für selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI) in oralen Darreichungsformen eingegliedert. Der angestrebte Festbetrag für Desvenlafaxin liege jedoch unter den Herstellungskosten, da die Substanz in Europa produziert werde, teilt das Unternehmen neuraxpharm mit. Dementsprechend sei es aus wirtschaftlicher Sicht nicht realisierbar, den Preis auf das Niveau anderer Festbetragsarzneimittel zu senken, da dies die Fähigkeit von neuraxpharm zur Bereitstellung hochwertiger Generika sowie innovativer Arzneimittel gefährden würde.

Um die Versorgung mit dem SNRI Desvenlafaxin in Deutschland dennoch weiterhin gewährleisten zu können, hat sich neuraxpharm entschlossen, das Produkt weiterhin zur Verfügung zu stellen und nicht vom Markt zu nehmen. Eine unmittelbare Folge der G-BA-Entscheidung ist allerdings, dass Patientinnen und Patienten künftig eine höhere Zuzahlung leisten müssen. **red**

Nach Informationen von neuraxpharm

Journal



„Sie war völlig ein Thier, denn sie ahmte sogar alle Handlungen der Thiere nach, welche man als Muster der Dummheit und Unreinlichkeit zu schildern pflegt.“

*Johann Christian
Gottlieb Schaumann, 1790*

Erfahrungsseelenkunde der Vergangenheit

Irrenhausbesuche in der Literatur um 1800 – Teil 2

In Teil 1 dieser Serie „Irrenhausbesuche in der Literatur um 1800“ in der letzten Ausgabe des NeuroTransmitter gaben wir einen kleinen Einblick in eine Zeit, in der Zuchthäuser zugleich Waisen-, Armen- und Irrenhäuser waren. Während mit der Internierung der „Geisteskranken“ darin zu Beginn des Jahrhunderts noch Erziehung und Bestrafung erwirkt werden sollten, veränderte Aufklärung dieses Ansinnen langsam in „Heilung von Seelenkranken“. Psychisch Kranke sollten nicht mehr unter menschenunwürdigen Bedingungen „verwahrt“ werden, sondern so etwas wie Fürsorge, wenn nicht Heilung erfahren. Dies geschah mehr und weniger aufgrund noch allzu brüchiger Moral.

„Psyche oder Unterhaltungen über die Seele“

Johann Christian Gottlieb Schaumann (1768–1821) war ein deutscher Philosoph, Pädagoge und Hochschullehrer in Gießen. Eines seiner bekanntesten Werke trägt den Titel „Psyche oder Unterhaltungen über die Seele“ (1791). Schaumann schildert im „Fragment eines Briefes“ einen Besuch im Irrenhaus von Celle im April 1790. Das Gebet eines Predigers, das der Besucher mithört, soll die Insassen daran erinnern, „dass sie durch Christus von den Fesseln des Vorurteils befreit, und durch das Licht seiner Lehre aus dem dunklen Kerker des Aberglaubens geführt sind.“ Die Säle, die Schaumann vorfindet, fassen mehr als 60 Personen, „Weiber, Züchtlinge und Verrückte untereinander. Bald schienen mir alle verrückt, bald auch die Verrückten nur Gefangene zu sein.“ In der Mitte der Stube entdeckt Schaumann eine Büchse für Almosen, die allen gemeinsam zugutekommen sollen, keinem Einzelnen speziell. Er trifft unter anderem auf eine Patientin, die bereits 26 Jahre im Irrenhaus ist. Als Ursache ihrer Verrücktheit wird eine von den Eltern ver-

weigerte Ehe mit einem Offizier angenommen. Schaumann zeigt Empathie, versucht, sich in die Patientin hineinzudenken und erweist sich damit als „aufgeklärt – empfindsamer Besucher“ (Georg Reuchlein).

Tier-Metapher – Mittel zum Zweck

Jedoch ist Schaumanns Blick nicht ausschließlich von Mitleid bestimmt, wenn er bei der Beschreibung des „Tollganges mit 30 Rasenden“ auf den ekelhaften Gestank, vermischt mit dem Dampf kirchlichen Räucherwerks, das „fürchterliche Geplärr“, die „Niedrigkeit und Verworfenheit“ der Gesichtszüge einer halb entblößten Frau verweist. Er bezeichnet sie als „Vieh“, zumal sie „Niedrigkeiten aller Art und besonders Dieberey“ geübt habe: „Sie war völlig ein Thier, denn sie ahmte sogar alle Handlungen der Thiere nach, welche man als Muster der Dummheit und Unreinlichkeit zu schildern pflegt.“ Die Tier-Metapher diene allerdings nicht selten dazu, „die Rührung des Betrachters wie des Lesers zu erhöhen“, worauf Reuchlein explizit hinweist.

Schaumann reibt sich immer wieder an der Tatsache, dass die Anstalt zu-

gleich Zuchthaus wie Irrenhaus ist: „Freiheit und Gefängnis so hart aneinander! Wie muss der Kontrast das Elend der Gefangenen erhöhen, wenn sie das Gefühl haben, und dies nicht, wie ihre Körper in Kerker und Ketten, eingefesselt ist. (...) Ich glaubte, bei dieser Einrichtung könnte leicht auch einer von den Züchtlingen um seinen Verstand kommen, und die Heilung der Wahnsinnigen unmöglicher sein, indem es wohl nicht fehlen würde, dass ein Haufen von gefühllosen und rohen Menschen ihr Spiel mit den Unglücklichen trieben, und sie dadurch immer mehr verwirren“, zumal Schaumann der Auffassung ist, „dass die Zuchthäuser nicht mehr Verbrecher bestrafen, als Verbrechen lehren.“ Der Aufseher hingegen rechtfertigt die Einrichtung mit dem Argument, dass diese „beinahe notwendig wäre, um zu verhüten, dass keiner von den Unglücklichen im Paroxysmus einem andern schade; dass dem Mutwillen der Züchtlinge durch gute Disziplin Schranken gesetzt würden, und dass endlich in diesem Hause noch niemals einer auf diese Weise um seinen Verstandesgebrauch gekommen sei.“

Andererseits fällt Schaumann aber auch der „Schleim des Lasters“ an den Händen der Insassen auf, die nach Branntwein und Schnupftabak verlangen. „Die Begierde nach dem letzteren ist besonders bei den Vernunftberaubten allgemein, und geht so weit, dass sie, wenn ihnen der gewöhnliche Tabak fehlt, Dachziegel nehmen und zu Pulver

Erzieher. Er geht täglich in die Zimmer und unterhält sich mit den Bewohnern derselben über ihren Zustand, ihr Befinden, ihre Denkungsart usf. und erwirbt sich durch tiefe Aufmerksamkeit auf die Angelegenheiten eines jeden aller Zutrauen, Liebe und Ehrfurcht. Er bemüht sich sehr, seine Untergebenen (!) zu beschäftigen; aber lässt sie nicht durch den

und Friedrich Gottlieb Klopstock (1723–1803) zusammen. Der Ruhm verblasste nach dem Tode Thümmels jedoch schnell, auch mehrfach versuchten verlegerischen Neubelebungen war nicht mehr der alte Erfolg beschieden.

Thümmel schildert einen Besuch im Irrenhaus von Marseille. Dieser hat einen persönlichen Hintergrund, denn ihm geht es um die Geschichte der Gräfin von Grammont, die sich wegen periodischer Wahnsinnsanfälle freiwillig in Begleitung einer Zofe ins Irrenhaus zurückgezogen hat. Thümmel zeigt, wie schon Schaumann, durchaus gesteigertes Mitleid mit jenen, die „in hilflosen Blödsinn geriethen“, besonders, wenn es sich dabei um ein „fürchterlich schönes Weib“ handelt. Allerdings entgeht ihm auch nicht kontrastiv der auf moralischem Versagen beruhende Wahnsinn, den er bei einer Insassin erkennt, die zuerst ihren Sohn in den Wahnsinn trieb, ehe sie diesem selbst verfiel. Zu Filbert, dem Führer des Erzählers durch dieses Purgatorium, sagt Thümmel schließlich: „Die Geschichte ist grässlich, sie zerreißt das Herz und bestätigt (...), dass unter allen schauerhaften Geburten des Wahnsinns keine unserer Seele so widrig und abstoßend erscheint, als die aus zügellosen unkeuschen Begierden entsprang.“

»Wahnsinn ist schrecklich, aber noch schrecklicher ist's, dass man so leicht ein Opfer desselben werden kann.«

Moritz August von Thümmel

verreiben, um sich desselben statt des Tabaks zu bedienen.“ Ursächlich dafür hält Schaumann die Bekämpfung des Gestanks, zieht aber auch in Erwägung, durch das Rauchen könnten einige „auf einige Momente in den Zustand des Bewusstseins und des Lebensgefühls zurückgeführt werden.“

Mitleiderregend, unterrichtend, erheiternd und abscheulich

Bei all seinen Betrachtungen einzelner Kranker wird der Besucher von einem ambivalenten Affekt begleitet, der zwischen Furcht und Mitleid pendelt. Da ist einerseits der „heilige Schauer“, andererseits die Abscheu vor den „Brandmalen der unnatürlichen Wollust“. „Inniges Mitleid“ und „Entsetzen“ wechseln sich ab. Eines aber bemängelt Schaumann deutlich: „Es ist zu bedauern, dass man in solchen Anstalten sehr selten etwas Bestimmtes von der Ursache, durch welche die hierher gebrachten um ihren Verstand gebracht wurden, erfahren kann.“ Solcher Kritik gegenübersteht das Lob für die Ordnung, Sauberkeit und Reinlichkeit der Einrichtung, für das nahrhafte und reichliche Essen, bestehend aus Brot, Fleisch, Schinken, Suppe und Käse, die sorgfältige medizinische Versorgung sowie die tägliche Stunde an der frischen Luft. Der Aufseher, ein Hauptmann von Dören, behandelt laut Schaumann „die seiner Aufsicht übergebenen Gefangenen und Verrückten wie ein Vater und sorgt für Disziplin, und, so viel es möglich ist, für die moralische Verbesserung derselben, wie ein weiser

Stock und andre tierische Zwangsmittel dazu treiben, sondern wählt wirksamere und menschliche Mittel.“

Anke Bennholdt-Thomsen/Alfredo Guzzoni schreiben resümierend zu Schaumanns der Erfahrungsseelenkunde zuzurechnenden Ausführungen: „Seine Reaktion umfasst die vier Wirkungen, auf die auch Heinrich von Kleist (1777–1811) abhob: mitleiderregend, unterrichtend, lächerlich oder erheiternd und abscheulich, auch wenn die Letztere bei weitem überwiegt. Bei Schaumann kommt angesichts der Gemeinschaftssäle nicht ein Funke Mitleid auf. Es regt sich in ihm erst beim Anblick einiger, in Einzelzimmern untergebrachter, ‚distinguierter‘ und noch menschlich aussehender Personen, die für ihre Unterbringung und Wartung selbst aufkommen.“

„Reise in die mittäglichen Provinzen Frankreichs“

Moritz August von Thümmel (1738–1817) war einer der bestverdienendsten deutschen Schriftsteller seiner Zeit. Er war Kammerjunker beim Erbprinzen Ernst Friedrich, wirklicher Geheimer Rat und Coburgischer Minister. Sein gelegentlich derb humoriges Hauptwerk, die „Reise in die mittäglichen Provinzen Frankreichs“ (zehn Bände, 1791–1805) traf den Geschmack des Publikums, sodass er zu Lebzeiten als meistgelesener Romanautor Deutschlands galt. Für dieses Werk zahlte der Verleger Georg Joachim Göschen (1752–1828) 5.000 Taler Honorar, mehr als für die gesammelten Werke von Johann Wolfgang Goethe (1749–1832)

Neid, Gefallsucht, Heuchelei und Wollust

Es sind durchweg Kategorien wie Neid, Gefallsucht, Heuchelei und Wollust, die laut Thümmel „durch den Hohlspiegel der Tollheit vergrößert“ hervortreten. Das Tremendum tritt an die Stelle des Faszinosum, die Trennungslinie zwischen Wahnsinn und tugendhaftem Leben wird überwiegend durch Moralkategorien definiert, woraus sich implizit ein gesellschaftspolitisch-pädagogischer Impetus ableiten lässt. Neu ist bei Thümmel freilich neben dem empfindsamen der ironische Ton, mit dem er berichtet. „Das Irrenhaus wird in ein Narrenhaus verwandelt, zu einer Ansammlung von Physiognomien und Typen gemacht“ (Bennholdt-Thomsen/Guzzoni). So lässt er die Irren, einschließlich der Gräfin, beispielsweise in Versen sprechen, enthebt seine Darstellung damit einer realistischen Glaubwürdigkeit, nennt die Wahnsinnigen ironisch „Genies der Ge-

sellschaft“ oder auch nur „halbe Narren“. Dieser Beifall heischende ironische Impetus kontrastiert allerdings mit dem moralischen Anspruch, hinter dem „Blendwerk“ der Stadt Marseille die „inneren Gebrechen“ des ganzen Landes zu erkennen.

„Biographien der Wahnsinnigen“

Christian Heinrich Spiess (1755–1799) stellt einen unterhaltungsliterarischen Sonderfall dar. Der sehr produktive Schauspieler und Bühnenautor gilt heute als einer der Mitbegründer des Schauromans. Seine Prosasammlungen tragen sprechende Titel wie „Biographien der Selbstmörder“ (1784–92), „Biographien der Wahnsinnigen“ (1795–96) oder „Reisen durch die Höhlen des Unglücks und Gemächer des Jammers“ (1797–98). Sie sind nicht selten von realen Erfahrungen des Autors gesättigt, der tragischerweise kurz nach dem Tod seiner Mutter im Jahr 1799 selbst in „Raserei“ verfiel.

Der Blick auf das Thema Selbstmörder ist nachhaltig von Goethes „Werther“ (1774) beeinflusst. Seinem vierbändigen, mittlerweile im Deutschen Textarchiv digitalisiert zugänglichen Werk „Biographien der Wahnsinnigen“ schickt er folgende Vorbemerkung voraus: „Wahnsinn ist schrecklich, aber noch schrecklicher ist's, dass man so leicht ein Opfer desselben werden kann. (...) Wenn ich Ihnen die Biographie dieser Unglücklichen erzähle, so will ich nicht allein ihr Mitleid wecken, sondern Ihnen vorzüglich beweisen, dass jeder derselben der Urheber seines Unglücks war, dass es folglich in unsrer Macht steht, ähnliches Unglück zu verhindern.“

Begierden und Affekte

Es ist die erklärte Absicht von Spiess, „das leichtgläubige Mädchen“ und den „unvorsichtigen Jüngling“ auf die Folge der Liebesleidenschaft hinzuweisen und zwar dergestalt, dass er davor warnt, diese könnten „den Verstand rauben“. Der moraldidaktische Impetus ist unverkennbar, und Spiess wirbt regelrecht für das „innige Erbarmen“, das man mit solchen „Unglücklichen“ haben müsse. Damit ist er ganz nahe an der Sicht Goethes auf seinen Werther. Reuchlein weist allerdings warnend auf eine mögliche

Missdeutung bei Spiess hin. Sein Verständnis für Selbstmörder, Wahnsinnige oder Verbrecher gelte nicht schlechthin und allgemein. „So gilt sein Erbarmen zum Beispiel den unschuldig verführten Mädchen, die über ihre Verfehlung in Wahnsinn verfielen, Selbstmord begingen oder zur Kindsmörderin wurden, nicht aber deren wollüstigen Verführern. (...) Der Gestus universellen und unbedingten Mitleids mit allen Selbstmördern, Wahnsinnigen oder Kriminellen, der Spiess' Werke charakterisiert, bleibt daher scheinhaft: Er ist das Resultat einer vorgängigen, geschickten Selektion, deren man sich bei der Betrachtung seiner ‚Biographien‘ und ‚Reisen‘ immer bewusst bleiben muss.“

Erste therapeutische Ansätze

Charakteristisch für die Ausführungen von Spiess sind nach Reuchlein neben der Moraldidaktik das Verständnis von der Entstehung des Wahnsinns aus unverschuldetem Affekt. Wahnsinn entsteht nach Spiess in erster Linie psychogenetisch, das heißt „aus der Wirkung von heftigen ‚Leidenschaften‘“ im Sinne von Begierden und Affekten. Erst später kann sich unter dem Einfluss von Philippe Pinel (1745–1826) und anderen Angehörigen der psychiatrischen Irrenhaus-Reform-Bewegung langsam ein therapeutischer Ansatz entwickeln. Aus der Verwahranstalt wurde ein „Ort der medizinische Behandlung und der Heilung“ (Reuchlein).

Bennholdt-Thomsen und Guzzoni haben auf den stark literarisierenden Charakter der Darstellung bei Spiess aufmerksam gemacht, der dazu beitrage, dass die Kurzbiographien der Wahnsinnigen und Selbstmörder „den Charakter eines Genrebildes annehmen“. Die Erzählsituation besteht, so Bennholdt-Thomsen/Guzzoni, aus einem Ich-Erzähler (Spiess selbst?), der sich während eines Aufenthaltes in P. mit einem Arzt anfreundet, unter dessen Führung er das Irrenhaus besucht, dem der Arzt vorsteht. Indem bei der Vorführung durch den Arzt „nicht nur die Vorgeschichte der Irren, die Art des Wahnsinns, die Therapieversuche angegeben, sondern auch die Unterredungen zwischen dem Gast und dem Führer und jeweils auch die Reaktion auf das Gesehene und Er-

fahrene mitgeteilt werden, sind die einzelnen Episoden zu einer Erzählung verbunden. Auffallend ist, dass der Arzt alle vorgeführten Fälle für unheilbar hält, so dass er fast refrainartig der Hoffnung beziehungsweise dem Wunsch Ausdruck gibt, der Tod möge die Leiden dieser Unglücklichen beenden – die einzige Einstellung, die er als ‚wahrer Menschenfreund‘ hier noch für vertretbar hält.“

Der Arzt betont ausdrücklich, es befänden sich „nur schuldlose Menschen“ in diesem „Gefängnis“ (!).

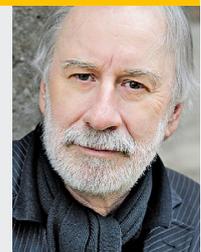
Teil 3 „Irrenhausbesuche um 1800“ lesen Sie im nächsten NeuroTransmitter.

Literatur beim Verfasser

AUTOR

**Prof. Dr. phil.
Gerhard Köpf**

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



Graffiti- und Pop-Art

Super, ELIOT – Happy Art

ELIOT ist mehr als „nur“ Künstler. Er ist – zumindest in der HipHop-Szene – auch eine Legende, ein Urgestein der deutschen HipHop-Bewegung, Graffiti- und Pop-Art-Künstler, Beatboxer und Kurator.



© S. Stabno

„Heads up Schnitzselmel“

Wie ELIOT erzählt, vertickte er schon als 14-Jähriger T-Shirts mit Aufdrucken auf dem Schulhof und verschaffte sich selbst ab der 10. Klasse seine ersten großen Graffiti-Aufträge. Seine Leidenschaften, wie Comics und Cartoons, Games, Musik, IT und Kunst, machte er im Nullkommanix zu seinen Professionen, gestaltete Comics selbst, entwickelte und produzierte Games und Animationsfilme, trat jahrelang als Beatboxer auf der Bühne auf und verdiente als einer der wenigen der Urban-Art-Szene von Anfang an Geld mit seiner Kunst.

ELIOT ist eine One-Man-Show auf allen Kanälen, gekonnt verbindet er Kommunikation und Kunst. Auf seine Vergangenheit angesprochen scheint es kaum eine kreative Nische in München gegeben zu haben, die er nicht schon ausgefüllt hat. In den letzten Jahren, nach Umwegen über Berlin und Wien, hat er dann die Musik und IT zur Neben- und die Kunst zur Hauptsache gemacht.

Abgesehenes aufgepoppt

Für ELIOT ist Kunst keine abgehobene Nabelschau, vielmehr will er mit seinen Bildern Menschen das Leben verschönern und idealerweise Freude schenken. Gerührt verrät er eine exemplarische Geschichte einer seiner Kundinnen: „Eine Amerikanerin, die schon früh eine meiner Ice-Cones erworben hatte, schrieb mir eine E-Mail, dass ihr das Bild durch ihre Krebserkrankung geholfen habe. Das hat mich extrem gefreut und so soll es sein“. (Anmerkung: „Ice-Cones“ ist eine Bilderserie ELIOTs, die klassisches Soft-Eis auf Pop-Art in Neonfarben mit dem für ihn typischen Dripping der Farbe zeigt.)

ELIOT sieht sich als klaren Nachfolger der Pop-Art. In dieser Stilepoche wur-



© ELIOT
„DonutGreenPink“, 40 x 40 cm, resin

den Dinge des Alltags mit poppigen Farben ikonisiert. Gerade seine Ice-Cones, aber auch sein Donat verweisen auf den Hauptvertreter der Pop-Art Andy Warhol, dessen Coca-Cola- und Campbells-Dosen sich in das allgemeine kulturelle Gedächtnis eingegraben haben.

ELIOTs Motive sind ebenfalls meist Alltagsgegenstände, gerne Junk Food oder wie er es vermutlich im positiven Sinne bezeichnen würde „Soul Food“. Dieses wird mit Stencils als Siebdruck und Graffiti in leuchtenden Neonfarben auf Leinwände oder Mauern gebannt. Dabei ist der Künstler fasziniert von strenger Ordnung und Symmetrie, der im besonderen das in Masse produzierte Junk Food unterliegt. Er bricht die Geradheit der einfachen „Iss-mich“-Botschaften mit seinen farbigen Akzenten und dem Dripping auf. Für Letzteres lässt er die Farben nach unten verlaufen, „drippen“, was ein bisschen an die Gebrauchspuren beim Graffiti erinnert.

Durch diese Technik verfremdet er die Darstellungen altbekannter Konsumgüter, wodurch ein neuer Blick auf „Abgesehenes“ geschaffen ist.

Seit einiger Zeit „veredelt“ ELIOT seine Arbeiten gerne auch noch mit Kunstharz, was den poppigen Motiven eine extrem glänzend, glatte Oberfläche verleiht (zu sehen im Pommes-Bild rechts oben).

Das Leben kann (auch) Party sein

Die instinktive Reaktion seines Publikums auf seine Performances oder Kunst sei oft ein ausgerufenes „Super“!, woher sich auch sein Künstlernahe herleitet: ELIOT the super. „Meine Kunst soll einfach happy machen und vermitteln, dass das Leben (auch) Party sein kann.“

Und so ist ELIOT auch digital ein Vorreiter: Er lädt Interessierte ein, seine Kunst im virtuellen Raum zu erleben und an speziellen Tagen mit ihm direkt in Kontakt zu treten. Momentan stellt er in München in einem Raum des Kunst-



© ELIOT
„PommesRotWeiss“, 40 x 40 cm, stencil spray resin auf Holzmalgrund

labors 2 aus, außerdem ist er analog in seinem Verkaufsraum/Galerie in der Schachnerstraße 7 vertreten und eben in einem von ihm selbst geschaffenen virtuellen Kunstraum.

T-Shirts vertreibt er übrigens immer noch, diese sind über seinen Webshop zu erwerben.

Mehr Informationen:

<https://superELIOT.de/>

Ein ausführliches Interview mit ELIOT finden Sie hier: <https://www.urbanshit-gallery.com/de/interview-eliot-the-super/>

Virtueller Raum: <https://hub.link/VvF6Ddb>

AUTORIN

Dr. Angelika Otto

Freie Journalistin
München

angelika.s.
otto@gmail.com

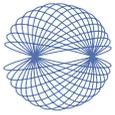


Veranstaltungen BVDN/BDN/BVDP-Landesverbände 2023/2024

Datum Ort Zeit	Landesverband Titel Themen	Anmeldung
13.12.2023 online 17:15–20:30 Uhr 14.2.2024 online 18:00–20:00 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
10.1.2024 online 17:15–20:15 Uhr 13.3.2024 online 17:15–20:15 Uhr CME-Punkte beantragt	PsyWorkshops Die Fortbildung befasst sich mit aktuellen Themen rund um die Psychiatrie wie Depression im Kontext mit COVID-19, neuen Leitlinien und mehr.	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
2.3.2024 online 9:00–13:45 Uhr 5 CME-Punkte	NeuroForum Neben den „klassischen“ Erkrankungen der Neurolo- gie gibt es auch Schnittstellen und seltenere Erkran- kungen, denen wir uns mit einem interdisziplinären Ansatz im NeuroForum widmen.	diaplan, siehe oben
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

12.–13.1.2024 in Berlin Vivantes Klinikum Am Urban Diefenbachstraße 1	Kognitive Verhaltenstherapie für Menschen mit psychotischen Erkrankungen Fortbildungsreihe zur Durchführung einer leitliniengerechten Behandlung, Fokus auf Erst- und Akutbehandlung	fortbildung@ddpp.eu
18.1.2024 online 19:00–20:30 Uhr	ZNS-Infektionen bei Kindern und Jugendlichen Fortbildungsreihe der Jungen Neuropädiatrie	dgn.org/events-fortbildungen
19.2.2024 in Berlin Deutscher Bauernverband Claire-Waldoff-Straße 7	4. Netzwerktreffen „Ethikberatung in der Psychiatrie“ Fortbildung im Hybridformat, organisiert von der Akademie für Ethik in der Medizin und der DGPPN	www.dgppn.de
29.2.–1.3.2024 in Kassel H4 Hotel Kassel Gartensaal 1 & 2 (1. Etage) Baumbachstraße 2	27. Jahrestagung Leitende Krankenhausneurologie Gesundheitspolitische Themen; das endgültige Programm wird Mitte Dezember bekannt gegeben	dgn.m-anage.com/Login.aspx?event=chef24
29.2.–1.3.2024 in Hamburg Universität Hamburg	„Die subjektive Seite der Schizophrenie“ Wir präsentieren Konzepte, negative Entwicklungen abzuwenden. Hierbei stehen existenzielle Zustände im Mittelpunkt: Ausgrenzung, Obdachlosigkeit und Forensik.	b.hansen@uke.de
6.–9.3.2024 in Frankfurt/M. Kap Europa	Kongress für Klinische Neurowissenschaften mit Fortbildungsakademie Unter dem Thema „Auf dem Weg zur personalisierten Medizin“ dreht sich der Kongress um klinische Neurophysiologie und funktionelle Bildgebung.	www.kongress-dgkn.de/teilnehmerbereich/
18.–20.3.2024 online 8:30–19:00 Uhr	Kompaktkurs Facharzt P&P Bringen Sie Ihr Fachwissen in Psychiatrie und Psychotherapie in fünf Tagen auf den neuesten Stand. Ideal zum Auffrischen und zur Prüfungsvorbereitung.	www.dgppn-akademie.de/kompaktkurs-facharzt/



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

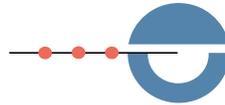
Sachsen: Ulrike Bennemann

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: Michael Krebs, Berlin

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

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

Bezugspreise: Einzelheft 33 €, Jahresabonnement 279 € (für Studierende/AIW: 167,40 €), jeweils inkl. gesetzl. MwSt., zzgl. Versandkosten Inland 36 €, Ausland 65 €. Für Mitglieder des BVDN, BDN und BVDP ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten. Sonderpreis für DGPPN-Mitglieder: Jahresabonnement 82 €, 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



© nicoletaionescu/stock.adobe.com (Symbolbild mit Fotomodel)



Vorschau

Ausgabe 1+2/2024

Februar

erscheint am 14. Februar 2024

ADHS – Mythen versus Fakten

Noch immer beschäftigen Mythen wie „die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) ist eher selten; verschwindet im Erwachsenenalter; ist Folge problematischer Erziehung; ist eine Modediagnose“, Kolleginnen und Kollegen und es werden Bedenken bezüglich Diagnostik und Behandlung geäußert. Dabei ist die ADHS im Erwachsenenalter ein klar definiertes Krankheitsbild mit S3-Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung, die aber im stationären und ambulanten Rahmen unterdiagnostiziert und häufig unterbehandelt ist.

MS mit Kopfschmerzen?

Ein 51-jähriger Bauleiter kam in die Praxis und klagte über Kopfschmerzen. Mit 19 Jahren wurde schon einmal eine entzündliche ZNS-Erkrankung diagnostiziert, aber seitdem gab es keine Schübe, die auf eine MS hindeuten würden. Eine Untersuchung im Schlaflabor gab schließlich Aufschluss über den Ursprung der Beschwerden.

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.