

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 58f.

Cannabisteillegalisierung 12

Hanfdroge trotz Kritik jetzt legal

Wie wollen wir sterben? 22

Gespräche über assistierten Suizid

Migräneprophylaxe 34

Monoklonale Antikörper richtig verordnen

Präventive Psychiatrie 40

Neue Erkenntnisse zur Frühdiagnose von Psychosen



Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.



»Die Zeiten der selbstverständlichen Selbstaussbeutung sind vorbei.«

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

Wertschätzung für jung und alt

Die Berufsverbände fordern mehr Wertschätzung der Leistungen in Neurologie, Psychiatrie und Nervenheilkunde für Menschen mit schweren psychischen und neurologischen Erkrankungen.

In Europa sind 179 Millionen Menschen von neurologischen und psychischen Erkrankungen betroffen und diese verursachen Kosten von fast 800 Milliarden €. Psychische und neurologische Störungen sind für 26% der gesellschaftlichen Gesamtbelastung (direkte und indirekte Krankheitskosten) zuständig. Regelmäßig hören und lesen wir von Krankenkassen, dass die Kosten durch Erkrankungen des Gehirns ansteigen. Die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage und der Berentungen durch psychische und neurologische Erkrankungen erhöht sich seit Jahren, ein Konzept dagegen hat die Politik nicht. Es scheint, als ob das Organ Gehirn beziehungsweise das Nervensystem in seiner Bedeutung für uns Menschen auch noch heute kollektiv ausgeblendet wird.

Die alternde Gesellschaft wird das Gesundheitssystem im neuropsychiatrischen Sektor noch mehr in Anspruch nehmen. Durch Amyloidantikörper in der Behandlung früher Stadien der Alzheimerdemenz wird eine riesige neue Diagnostik- und Behandlungsnachfrage geschaffen. Auch die Früherkennung von Psychosen und affektiven Erkrankungen wird sich ändern. Durch die Kombination von Psychopathologie, KI, Bildgebung und Genetik existiert ein enormes Potenzial dafür, wesentlich früher belastbare Aussagen zum Erkrankungsrisiko zu treffen.

Das eröffnet einen neuen Bereich an Diagnostik- und Behandlungskonzepten. Strukturänderungen im Gesundheitssystem zum Beispiel ähnlich wie in der Krebsprävention, -früherkennung, und -behandlung sind deshalb notwendig. Hierzu braucht es den Aufbau komplexer Strukturen, eine politische Roadmap und den gesellschaftlichen Willen, eine immanente strukturelle Benachteiligung von Menschen mit Hirnerkrankungen zu überwinden.

In dieser NeuroTransmitter-Ausgabe berichten wir über den Beginn der Kampagne #kopfsache. Diese Kampagne haben die Verbände BVDP, BVDN und BDN zusammen mit den Verbänden der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychosomatischen Medizin und der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie gestartet.

Es gibt gute und intelligente Konzepte für vernetzte Behandlungsangebote. Genau jetzt werden diese auch gebraucht, wo

sich der Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach anschickt, die Krankenhauslandschaft neu zu ordnen und auf Ambulantisierung zu trimmen. Die Antwort kann nicht einfach sein: Wir befähigen die Krankenhäuser zur ambulanten Behandlung und den vertragsärztlichen Sektor lassen wir wie er ist. Das ist zu kurz gedacht.

Mit der Krankenhausreform muss eine Veränderung der Strukturen des vertragsärztlichen Sektors zwingend mitgedacht und mitgemacht werden. Dem ärztlichen Nachwuchs müssen heute andere Angebote unterbreitet werden, als ich sie als Angehörige der Baby-Boomer-Generation zu Beginn meiner Assistenzärztinnenzeit bekommen habe. Damals war es noch üblich, nach einem Nachtdienst den Folgetag komplett durchzuarbeiten. Wir waren als Teil der „Ärztenschwemme“ froh, überhaupt eine Stelle gefunden zu haben. Es ist gut, dass das nicht mehr so ist. Die Zeiten der selbstverständlichen Selbstaussbeutung sind vorbei. Heute gehen jedoch die Baby-Boomer in Rente, werden krank und pflegebedürftig und die Ressourcen wachsen nicht nach.

Das vertragsärztliche System bricht gerade nur deshalb nicht zusammen, weil viele Kolleginnen und Kollegen länger als bis zum Rentenbezugsalter arbeiten. Gerade die Nervenärztinnen und -ärzte alter Weiterbildungsordnung betrifft das häufig. Viele tun das auch ausgesprochen gern. Sie können sich eine geringere Wochenarbeitszeit zum Beispiel in einer Berufsausübungsgemeinschaft, aber auch in der Einzelpraxis zum Teil bis zum 70. Lebensjahr und länger gut vorstellen. Gesundheitspolitisch Schaffende und Verantwortliche täten gut daran, diese Ressource an noch gesunden, erfahrenen Vertragsärztinnen und -ärzten im Alter von 63 und mehr gut zu pflegen und einzubinden. Sie werden dringend gebraucht.

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

Wertschätzung für jung und alt

Christa Roth-Sackenheim

Gesundheitspolitik

8 Gesundheitspolitische Nachrichten

- Mehr Lohn und ein Inflationsausgleich für MFA
- Zulassungsentzug bei fehlender Dokumentation möglich
- Honorarkürzung für TI-Verweigerer
- Organspenderegister gestartet

Christa Roth-Sackenheim

Aus den Verbänden

10 Weckruf an die Politik mit der Kampagne #kopfsache

Bewusstsein für Hirn und Psyche

Christa Roth-Sackenheim

12 Reaktionen auf die neue Gesetzeslage zur Hanfdroge Cannabisteillegalisierung kritisch betrachtet

Christa Roth-Sackenheim

15 Mentoringprogramm der Berufsverbände

„Tandem“ mit dem Nachwuchs erfolgreich gestartet

Sonja Faust

16 Auf dem Laufenden bleiben mit der Cortex-App

Das Wichtigste im Taschenformat

Sonja Faust

17 ZNS-Fachgruppen im Wandel

Neue Verteilung in Neurologie, Psychiatrie und Nervenheilkunde

Sabine Köhler

20 Weiterbildungsassistent im vertragsärztlichen Sektor

„In der Praxis komme ich öfter dazu, eigene Entscheidungen zu treffen“

Christa Roth-Sackenheim

Rund um den Beruf

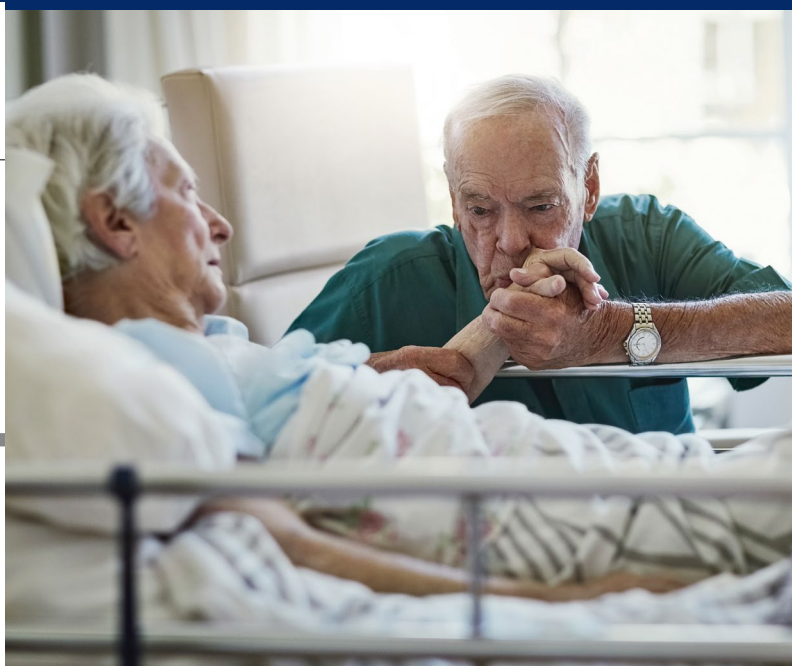
22 Assistierter Suizid

Wie wollen wir sterben?

Christa Roth-Sackenheim

- Nachgefragt bei Dr. Anna Elisabeth Landis:
Warten auf das „Grüne Licht“
- Nachgefragt bei Dr. Dietmar Beck:
Grundrecht auf Selbstbestimmung

= Dieser Beitrag ist ein Titelthema.



22 Wie wollen wir sterben?

Für den Wunsch nach Suizidhilfe gibt es viele mögliche Gründe, zum Beispiel neurologische Erkrankungen oder Krebs. Behandelnde der Neurologie und Psychiatrie sollten darauf vorbereitet sein, wenn dieser Wunsch angesprochen wird. In Interviews teilen eine Expertin und ein Experte Fallberichte und erklären, wie die Freiverantwortlichkeit eines Menschen vor dem assistierten Suizid geprüft werden sollte.

Bitte aktualisieren Sie Ihre Mitgliedsdaten!

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

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



Wie Sie uns erreichen

Verlagsredaktion:

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

Schriftleitung:

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

Aboservice:

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

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Rund um den Beruf

- 30 Aktuelle Sicherheitsprofile von Medikamenten**
Rote Hand bedeutet Risiko
Markus Weih
- 31 Radiologische Bilder auf CD in der Praxis betrachten**
Besser einen Zaun bauen, als die Pferde jedes Mal neu einfangen
Wolfgang Freund, Markus Weih
- 32 Neue STIKO-Mitglieder berufen**
Impfen – wen, wann, wogegen?
Sonja Faust
- 34 Migräneprophylaxe**
Hilfestellungen zur wirtschaftlichen Verordnung monoklonaler Antikörper
Jörg Hohmann
- 38 Apps und Webanwendungen für die Therapie**
Dynamik bei DiGA
Markus Weih

Fortbildung

- 40 CME Präventive Psychiatrie**
Früherkennung und -behandlung von Psychosen
Frauke Schultze-Lutter, Eva Meisenzahl
- 47 CME Fragebogen**

Journal

- 55 GESCHICHTE DER NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE**
Blumen gegen das Vergessen
Joachim Heinrich Demling
- 58 NEUROTRANSMITTER-GALERIE**
Kunst ohne Titel – Elke Weickelt
Angelika Otto

- 33 Buchtipp**
- 50 Pharmaforum**
- 57 Kleinanzeigen**
- 60 Termine**
- 61 Verbandsservice**
- 63 Impressum/Vorschau**



40 Früherkennung von Psychosen

Die Erstmanifestation psychotischer Störungen erfolgt überwiegend im Jugend- und jungen Erwachsenenalter, in dem sich bereits Funktionseinbußen entwickeln. Die lange Prodromaldauer ermöglicht eine indizierte Prävention, deren Ziel zur Verbesserung der Gesamtprognose nicht nur die Verhinderung oder zumindest Abmilderung der Erstepisode, sondern auch die Reduktion aktueller Beschwerden und Vermeidung persistierender Funktionseinbußen ist. Die Ergebnisse aus 30 Jahren Präventionsforschung bei Psychosen fließen nun zusammen in dem interdisziplinären Versorgungsprojekt „CARE“, das sich an 16- bis 40-jährige Patientinnen und Patienten wendet, bei denen mindestens eins der drei empfohlenen Kriterien eines klinischen Hochrisikos festgestellt und eine aktuelle oder vergangene Psychose ausgeschlossen wurde.



Titelbild (Ausschnitt): Projekt „Malwand“.
Lesen Sie mehr in der „Galerie“ auf Seite 58f.

Gesundheitspolitik

TARIFEINIGUNG BEI MFA

Mehr Lohn und ein Inflationsausgleich

➔ Das Ergebnis der Tarifverhandlung für Medizinische Fachangestellte (MFA) liegt vor. Die Gehälter der MFA sind über alle Tarifgruppen hinweg zum 1. März 2024 um 7,4% gestiegen. Die Laufzeit des Tarifvertrages beträgt zehn Monate.

Die Ausbildungsvergütungen haben sich ab dem 1. März 2024 im ersten Ausbildungsjahr von bisher 920 € auf 965 € erhöht. Im zweiten Ausbildungsjahr ist der Betrag von 995 € auf 1.045 € gestiegen, im dritten Jahr sind es nun 1.130 € statt 1.075 €.

Außerdem wurde eine einmalige Inflationsausgleichsprämie für Auszubildende und vollzeitbeschäftigte MFA in Höhe von 500 € vereinbart. Dieser Betrag muss nur dann in voller Höhe ausbezahlt werden, wenn die aktuelle Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber seit dem 26. Oktober 2022 noch nicht freiwillig eine Prämie von bis zu 3.000 € an die Angestellten gezahlt hat. Bei Teilzeitbeschäftigten richtet sich die Höhe der Aus-

gleichsprämie nach der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit.

Das Einstiegsgehalt der MFA hat sich zum 1. März 2024 auf 2.700 € erhöht. Das bedeutet, dass der Stundenlohn nun nicht mehr bei 13,22 € liegt, sondern auf 16,17 € gestiegen ist. Tarifänderungen bei den MFA sollten künftig direkt in den Verhandlungen zum Orientierungswert, also bei den Honorarverhandlungen für Vertragsärztinnen und -ärzte, berücksichtigt werden.

Es sind nur diejenigen Praxen, die sich in der Bezahlung an den Tarifen für MFA orientieren, an den Abschluss gebunden. Das trifft beispielsweise dann zu, wenn sie Musterverträge der Bundesärztekammer nutzen oder anderweitig an den Tarifvertrag angelehnt sind. Laut dem Verband medizinischer Fachberufe e.V. liegt unter ihren Mitgliedern die indirekte Tarifbindung über den Arbeitsvertrag bei etwa 63%, also höher als oft vermutet.

Allerdings gab es keine lineare Erhöhung um 7,4% für alle. Vielmehr wurden die unteren Tarifgruppen überproportional bedacht, damit der Abstand zu den Pflegehilfskräften nicht zu groß wird. Die Gehaltserhöhung für Beschäftigte in den ersten drei Berufsjahren in der Tarifgruppe I lag bei 22,3%. Die zusätzliche finanzielle Belastung für Praxen hängt also auch von der Berufserfahrung des Personals ab.

***Kommentar:** Die Vertragsärztinnen und -ärzte gönnen den MFA die Gehaltserhöhung von ganzem Herzen! Ohne die Tätigkeit der Praxismitarbeiterinnen und -mitarbeiter wäre das aktuell hohe Niveau der Gesundheitsversorgung in Deutschland nicht zu leisten. Gute Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind heiß umworben. Für Vertragsärztinnen und -ärzte ist das duale Finanzierungssystem der Krankenhäuser, die gerne auch gute MFA einstellen, eine strukturelle Benachteiligung.*

PLAUSIBILITÄTSPRÜFUNG

Zulassungsentzug bei fehlender Dokumentation möglich

➔ Ärztinnen und Ärzte müssen eine gute Dokumentation vorweisen können, wenn ihnen ein Abrechnungsbetrug vorgeworfen wird. Können sie das nicht, hat auch ein Widerspruch keine aufschiebende Wirkung mehr. Das entschied in einem Eilverfahren das Sozialgericht München gegen einen Hausarzt in Bayern.

Der Arzt sah sich zunächst in einem Disziplinar- und einem Strafverfahren dem Vorwurf ausgesetzt, er habe über Jahre „durchgehend und in erheblichem Umfang gegen das Gebot der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise verstoßen“. Die KV Bayern leitete für das Quartal II/2020 eine Plausibilitätsprüfung wegen überhöhten Abrechnungshäufigkeiten ein. Von 30 angeforderten Patientenakten konnte der Arzt drei

überhaupt nicht vorlegen. Die anderen waren so dünn, dass sich die abgerechneten Leistungen nicht nachvollziehen ließen. Teils war nicht einmal der persönliche Arzt-Patienten-Kontakt dokumentiert.

Zulassungsausschuss ordnete Sofortvollzug an

Der Zulassungsausschuss hob die Zulassung des Arztes auf und ordnete den Sofortvollzug an. Die Dokumentationspflichtverletzungen begründeten eine Gefahr für Leib und Leben von Patientinnen und Patienten in der Praxis des Arztes. Sowohl der Widerspruch als auch eine Klage blieben ohne Erfolg.

Zwar sei der Sofortvollzug eine erhebliche Einschränkung des Rechtsschutzes des

Arztes. Auf der anderen Seite aber diene die Dokumentation der Therapiesicherung.

***Kommentar:** Es kann nicht oft genug betont werden, wie relevant eine ausreichende Dokumentation der ärztlichen Leistungen ist. Es ist ausnehmend wichtig, vor allem die obligaten Leistungsinhalte jeder abgerechneten EBM-Leistung zu kennen und zu dokumentieren. Oft ist es kompliziert, in der Hektik des Alltags alles richtig und vor allem vollständig aufzuschreiben. Im berichteten Fall konnte die Praxis von den 30 angeforderten Praxisdokumentationen drei Fälle gar nicht vorlegen. Ein Zulassungsentzug ist auf der anderen Seite eine sehr harte Maßnahme. Wir werden gegebenenfalls weiter berichten, wie sich der Fall entwickelt.*

DIGITALISIERUNG IN DER PRAXIS

Honorarkürzung für TI-Verweigerer

➔ Die drei Ärzterverbände Medi Genö Deutschland e.V., Medi Baden-Württemberg e.V. und Medi Südwest e.V. haben sich bundesweit gegen den Honorarabzug bei Nichtinstallation der Telematikinfrastruktur (TI) juristisch eingesetzt. Der 6. Senat des Bundessozialgerichts (BSG) in Kassel hat nun darüber entschieden, ob ein Abzug rechtmäßig ist, wenn die TI-Konnektoren nicht installiert werden.

Das Sozialgericht in Mainz hatte die Klage erst im vollen Umfang abgewiesen. Daraufhin gelangte das Verfahren durch eine sogenannte Sprungrevision ohne Berufung direkt vor das BSG. Die entscheidende Rechtsfrage war nach Auffassung des Gerichtes, ob für den Zeitraum des Quartals I/2019 ein Datenschutzkonzept bestand, das den Anforderungen der europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und höherrangigen Datenschutzregelungen entsprach. Das ist nach Auffassung des Gerichts der Fall. Es hat in den Vorschriften der §§ 291b SGB V a. F. eine taugliche Rechtsgrundlage dafür gefunden, warum es verpflichtend ist, die TI zu installieren. Deshalb ist für alle, die sich weigern, die TI zu installieren und einen Versichertenstammdatenabgleich durchzuführen, auch ein Honorarabzug legitim. Diesen Regelungen lag auch ein Datenschutzkonzept zugrunde, das laufend durch das Bundesamt für die Sicherheit in der Informationstechnologie (BSI) und den Bundesdatenschutzbeauftragten überwacht wurde.

Geklagt hatte eine gynäkologische Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) aus Rheinland-Pfalz. Sie hatte ihre Praxis bis Anfang des Jahres 2019 noch nicht an die TI angeschlossen. Daraufhin kürzte die KV das Honorar der BAG für das Quartal I/2019 um 1%. Die aktuelle Gesetzeslage sieht eine solche Kürzung bis zum Anschluss an die TI ausdrücklich vor.

Ihre Klage gegen die Anschlusspflicht begründete die BAG damit, dass bis zum Patientendatenschutzgesetz vom Oktober 2020

die Datensicherheit nicht gemäß den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts gewährleistet worden sei. Insbesondere sei noch kein „hohes Datenschutzniveau“ vorgegeben gewesen, das sich „am Stand der Technik“ orientierte. Auch die Frage, inwieweit Ärztinnen und Ärzte oder Gerätehersteller für Datenschutzverstöße verantwortlich sind, sei ungeklärt gewesen. Während Datenschutzbeauftragte bundesweit von einer gemeinsamen Verantwortlichkeit ausgegangen seien, habe der Gesetzgeber dann eine Verantwortlichkeit allein der Ärztinnen und Ärzte festgelegt. Auch die anderen Mängel seien erst im Jahr 2020 beseitigt worden.

Die KV Rheinland-Pfalz argumentierte, die Datensicherheit sei durch die DSGVO auch im Jahr 2019 schon ausreichend vorgegeben und der Stand der Technik durch die Einbindung des BSI gewährleistet gewesen. Das BSG betonte, technische Mängel seien in der Vorinstanz vom Sozialgericht Mainz nicht festgestellt worden. Zu prüfen seien daher allein gesetzliche Regelungen. Diese gewährten ausreichend Datensicherheit, befand das Gericht in Kassel, „auch wenn der Gesetzgeber später weitere Regelungen erlassen und konkretisiert hat“.

In einem weiteren Streit um die Erstattung der Betriebskosten der TI-Anbindung nahm der vom Ärztenbund Medi unterstützte Kläger seinen Revisionsantrag zurück. Medi strebe ein Musterurteil lieber in anderen, noch beim Sozialgericht Stuttgart anhängigen Verfahren an, bei denen es im Gesamtpaket auch um die Betriebskostenerstattung geht, heißt es.

Kommentar: *Es bleibt nun sehr sicher dabei, dass „TI-Verweigerer“ mit dem gesetzlich vorgesehenen Honorarkürzungsanteil von 1% rechnen müssen. Ausnahmeregelungen, wie die finanzielle Situation der Praxis beziehungsweise ein bevorstehender Abgabe- oder Schließungszeitpunkt, fallen dabei nicht ins Gewicht.*



Gesundheitspolitische Nachrichten kommentiert von

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

ONLINE FÜR SPENDE MELDEN

Organspenderegister gestartet

➔ Seit Montag, den 18. März 2024, können Bürgerinnen und Bürger ihre Entscheidung für oder gegen eine Organspende beim Organspenderegister des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte elektronisch hinterlegen. Der Eintrag ist freiwillig, kostenlos und kann jederzeit geändert werden.

Unter der Telefonnummer 0800 9040400 ist auch eine kostenlose Beratung verfügbar. Das Register nimmt seinen Betrieb schrittweise auf. In der ersten Stufe kann die persönliche Erklärung zur Organ- und Gewebespende auf der Website www.organspenderegister.de eingetragen werden. Dafür ist eine elektronische Identifikation nötig (eID, Personalausweis mit Online-Ausweisfunktion), später soll es auch mittels digitaler Identität (GesundheitsID) über die Apps der Krankenkassen funktionieren. In weiteren Stufen werden Entnahmekliniken und Organ- und Gewebebanken angeschlossen. Der Organspendeausweis im Scheckkartenformat aus Papier und Vorsorgevollmachten beziehungsweise Patientenverfügungen bleiben weiterhin gültig.

Kommentar: *Wir empfehlen unseren Mitgliedern, ihre Patientinnen und Patienten auf das Register aufmerksam zu machen.*

Aus den Verbänden

Weckruf an die Politik mit der Kampagne #kopfsache

Bewusstsein für Hirn und Psyche

Die Kampagne #kopfsache richtet sich an die Politik, Selbstverwaltung und Gesellschaft in Deutschland. Was ist uns die psychische Gesundheit und Hirngesundheit wert? Mit dieser Frage soll auf die Auswirkungen neurologischer und psychischer Erkrankungen aufmerksam gemacht werden. Viele Fachmedien reagierten schon auf den Start der Kampagne, die bereits im letzten NeuroTransmitter vorgestellt wurde.

Kopfsache – Nichts geht ohne Hirn und Psyche! Unter diesem Titel startete der Spitzenverband ZNS (SpiZ) eine bundesweite Aufklärungskampagne. Sie soll Politik und Öffentlichkeit für die gesellschaftliche Bedeutung und die Auswirkungen neurologischer und psychischer Erkrankungen sensibilisieren. Im Zentrum der Aktion steht die Frage zur Zukunftsgestaltung unseres Gesundheitssystems: „Was ist

der Gesellschaft die psychische Gesundheit und Hirngesundheit ihrer Bürgerinnen und Bürger wert?“

Die psychische Gesundheit und Hirngesundheit sind eng miteinander verknüpft. Sie betreffen nicht nur das Individuum, sondern auch die DNA unserer Gesellschaft. In diesem Zusammenhang muss die Bedeutung von Prävention, frühzeitiger Intervention sowie angemessener Behandlung und Unterstüt-

zung bei psychischen Problemen in den Mittelpunkt gestellt werden. Die Anzahl von Arbeitsunfähigkeitstagen durch psychische Erkrankungen explodiert, Frühberentungen und Produktionsausfälle belasten die Volkswirtschaft. 26 % der Gesamtkrankheitslast gehen auf das Konto der neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen. Dies kann die Gesellschaft in Deutschland nicht mehr stemmen, deshalb braucht es dringend ein Maßnahmenpaket. Der SpiZ fordert daher, dass sich die Wertschätzung der psychischen und neurologischen Gesundheit im reformierten Gesundheitssystem abbilden muss. Wichtige Punkte sind dabei:

- Ein Bewusstsein für das Leiden der Patientinnen und Patienten sowie die wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Folgen müssen in den Fokus der politischen Agenda rücken.
- Zuwendungsmedizin muss gefördert werden – Patientinnen und Patienten brauchen Zeit.
- Mit finanziellen Mitteln allein ist es nicht getan. Zentren mit multiprofessionellen Behandlungsteams und einer systematischen Delegation ärztlicher Leistungen müssen etabliert und gefördert werden.
- Versorgungswege müssen besser vernetzt und gesteuert werden.
- Spezialisierte Diagnostik- und Infusionszentren, zum Beispiel für Multiple Sklerose und Demenz, müssen gefördert werden.



Dr. Uwe Meier und Nikolaus Zumbusch beim Kampagnenauftritt.

**Pressekontakt für
#kopfsache**

Nikolaus Zumbusch
De-Saint-Exupéry-
Straße 10
60549 Frankfurt a. M.
n.zumbusch@brandcontrast.de



„Wenn Bedarfe wachsen und Probleme zunehmen, ist Budgetierung keine Lösung, sondern Brandbeschleuniger. Man stelle sich das vor in anderen systemrelevanten Bereichen wie Feuerwehr und Polizei. Wenn es brennt, ist die Budgetierung von Wasser ein politischer Kunstfehler“, betont Dr. Uwe Meier, Präsident des SpiZ, Facharzt für Neurologie und erster Vorsitzender des BDN.

Aus verschiedenen Blickwinkeln

Auftakt der Kampagne bildete eine Pressekonzferenz am 13. März 2024, an der neben Dr. Uwe Meier auch Dr. Gundolf Berg (Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V.), Dr. Sabine Köhler (BVDN, BVDP), Dr. Christa Roth-Sackenheim (BVDP) und Dr. Rüdiger Behnisch (Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie e. V.) teilnahmen.

Die Kampagne #kopfsache beleuchtet das oben genannte Thema aus verschiedenen Perspektiven. Beachtet werden die Sicht der Patientinnen und Patienten, die Auswirkungen auf die Gesellschaft und Gesundheitskosten sowie die Ressourcen und Potenziale im Bereich der Prävention, Diagnostik und Therapie von Krankheitsbildern unserer Fachgruppen. Dabei werden Fakten und Herausforderungen für die einzelnen Bereiche ausgeführt und konkrete Lösungsansätze für eine bessere Versorgung bei psychischen und neurologischen Erkrankungen herausgearbeitet. Zur vertieften Information werden aus fachlicher Sicht Krankheitsbilder („Tracerdiagnosen“)

wie Demenz, Multiple Sklerose, ADHS oder Somatisierung in einer für medizinische Laien verständlichen Form vorgestellt. Verbunden damit ist ein Appell an die verantwortlichen Politikerinnen und Politiker im Bereich Gesundheitspolitik.

Was ist zu tun?

1. Psychische Gesundheit und Hirngesundheit müssen in der politischen Agenda priorisiert werden. Es müssen mehr Mittel für die seelische Gesundheit und Hirngesundheit zur Verfügung gestellt werden.
2. Kluge Versorgungsmodelle zur Sicherstellung der fachärztlichen Grundversorgung und einer spezialisierten Versorgung mit multiprofessionellen Behandlungsteams müssen etabliert und gefördert werden.
3. Vorhandene Ressourcen müssen effizienter genutzt werden. Dazu gehört es, administrative Prozesse zu vereinfachen und bürokratische Hürden abzubauen, um die Arbeitsbelastung zu verringern und mehr Zeit für die Patientinnen und Patienten zu haben.
An der Kampagne beteiligen sich viele fachärztliche Berufsverbände auf dem Gebiet der ZNS-Versorgung: Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatische Medizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und ärztliche Psychotherapie. Das Ziel ist, Schwachstellen, Missstände und Handlungsbedarfe im Gesundheitssystem zu identifizieren, um die fachärztliche Versorgung in Deutschland nachhaltig zu gewährleisten.

Mehr erfahren Sie auf der Website spitzenverband-zns.org/kopfsache/.

Medienecho

Wir können es nicht oft genug sagen: Die Versorgung von Menschen mit schweren neurologischen und psychischen Erkrankungen ist ein Stiefkind im Gesundheitssystem. Hier braucht es die Ressourcen der ärztlichen Zuwendung, der Prävention und Koordination. Diese Ressourcen sind begrenzt und die vor-

Argumentationshilfen für die Praxis

- In Europa sind 179 Millionen Menschen von neurologischen und psychischen Erkrankungen betroffen, das verursacht Kosten von fast 800 Milliarden €.
- Psychische und neurologische Störungen sind für 26 % der gesellschaftlichen Gesamtbelastung verantwortlich.
- Mentale Gesundheit darf kein Luxusprodukt sein.
- Gehirn und Psyche sind das Wichtigste, das wir haben. Erkrankungen in diesem Bereich treffen uns daher tief, weil sie uns im Wesen treffen.
- Wer sich um schwer Kranke kümmert, darf finanziell nicht abgestraft werden.

handenen Strukturen werden nicht gut gepflegt. Die Gesellschaft zahlt dafür einen hohen Preis in Form von steigenden AU-Zeiten und Frühberentungen.

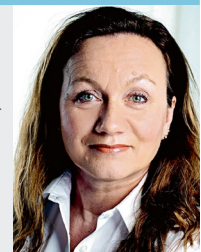
Zahlreiche Fachmedien haben die Botschaften der SpiZ-Kampagne bereits gemeldet. Insgesamt gab es 80 Meldungen in 50 Medien. Das Deutsche Ärzteblatt griff am 13. März 2024 die folgende Kernbotschaft auf: (Es handelt sich um eine ...) „strukturelle Diskriminierung“ von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Hirnschädigungen, da diese oftmals mental und kognitiv im Umgang mit Institutionen, Behörden und Krankenkassen überfordert seien.

AUTORIN

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim

Stellvertretende Vorsitzende des BVDP und BVDN-Bund
Breite Straße 63
56626 Andernach

c@dr-rothsackenheim.de



Reaktionen auf die neue Gesetzeslage zur Hanfdroge

Cannabisteillegalisierung kritisch betrachtet

Die Teillegalisierung von Cannabis trat am 1. April 2024 in Kraft. Die Berufsverbände kritisieren die neuen Regelungen zum Konsum von Cannabis. Auch weitere Verbände und Fachgesellschaften sehen Probleme darin, zum Beispiel wenn es um den Jugendschutz geht.

Die Berufsverbände sehen den Beschluss des Bundestages zur Legalisierung des Cannabiskonsums ausgesprochen kritisch.

Wir befürchten, dass sich die Einschätzung der Bundesregierung, die Legalisierung führe zu mehr Jugendschutz und einer besseren Kontrolle des Konsums, nicht bewahrheiten, sondern dass das Gegenteil eintreten wird. Das Gesetz ist im Bundesrat nicht zustimmungspflichtig. Der Bundesrat hat in seiner Sitzung am 22. März 2024 den Vermittlungsausschuss nicht angerufen, wie zuvor erwartet wurde, sondern dem Gesetzentwurf nach Verbesserungen in der Suchthilfe zugestimmt. Im Folgenden geben wir Argumentationshilfen und Positionspapiere zur Information und Verwendung.

Die Kernaussagen davon sind:

- Die Altersgrenze für den Zugang zu Cannabis ist mit 18 Jahren zu niedrig, da die Gehirnentwicklung in der Regel bis zum Alter von Mitte 20 noch nicht abgeschlossen ist. Aufgrund klinischer Befunde zu erhöhtem Psychoseisiko und veränderter Reifung der Neuronen bei frühem Cannabiskonsum, zum Beispiel in der Adoleszenz und im jungen Erwachsenenalter, soll Cannabis nicht vor Abschluss der Gehirnentwicklung konsumiert werden.
- In diesem Zusammenhang ist die vorgesehene Abgabemenge auch für die Gruppe der 18- bis 21-Jährigen eindeutig zu hoch.
- Die straffreie Mindestmenge von 30 Gramm Cannabis erlaubt bereits einen gesundheitsschädlichen Konsum.

— Die Legalisierung von Cannabis muss mit dem Aus- und Aufbau wohnortnaher, evidenzbasierter Beratungs- und Hilfsangebote sowie der Finanzierung spezifischer Behandlungsangebote und des zusätzlichen Aufwands in Suchtberatungsstellen einhergehen. Das fehlt im Entwurf.

— Die vorgesehenen Mittel von jährlich 1 Million € für die wissenschaftliche Evaluation der Legalisierung sind erfahrungsgemäß zu niedrig angesetzt. Die Forschung sollte bald beginnen, um den Status Quo vor der Entkriminalisierung zu erfassen. Sie sollte die Veränderungen über mindestens fünf, besser zehn Jahre nach der Entkriminalisierung verfolgen.

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

Positionierung der DGPPN

Altersgrenze für Cannabiskonsum zu niedrig

Die DGPPN sieht Probleme im Gesetzesentwurf zur Cannabislegalisierung. Unter anderem sind die zum Besitz freigegebenen Mengen zu hoch für einen „Freizeitkonsum“.

Der Bundestag hat trotz nachdrücklicher Warnungen der Ärzteschaft die Teillegalisierung von Cannabis beschlossen. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) kritisiert das Gesetz weiterhin. Ihre zentralen Punkte: die zu niedrige Altersgrenze, die zu ho-

hen Mengen und die unzureichenden Mittel für Prävention und Forschung. Die Fachgesellschaft plädierte dafür, dass das Gesetz im Vermittlungsausschuss überarbeitet werden sollte.

„Mit 18 Jahren ist die Hirnentwicklung noch nicht abgeschlossen. Daher kann der Konsum von Cannabis bei Jugendlichen große Schäden anrichten, vor-

allem, wenn er regelmäßig ist“, erläutert die Psychiaterin Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank, President Elect der DGPPN. „Die im Gesetz vorgesehene Altersgrenze ist deshalb deutlich zu niedrig.“ Die Fachgesellschaft plädierte daher nachdrücklich für eine Überarbeitung dieses Aspekts. Zudem betont sie, dass die vorgesehenen Mittel und Maß-

nahmen für die Prävention, die Behandlung und den Jugendschutz bei weitem nicht ausreichen.

Ebenso kritisiert die DGPPN die erlaubten Mengen. „50 Gramm Cannabis monatlich pro Person haben mit einem sogenannten Freizeitkonsum nichts mehr zu tun. Hier bewegt man sich klar im Bereich eines problematischen Konsums, der mit Abhängigkeiten und vielen weiteren psychischen Störungen einhergeht“, ordnet es die Medizinerin Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank ein.

Als medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft fordert die DGPPN darüber hinaus deutlich mehr Ressourcen zur Erforschung der Effekte der Teillegalisierung und kritisiert die geplante Begleitforschung als unzureichend. „Wir wissen aus anderen Ländern, dass Entwicklungen mitunter erst nach einigen Jahren sichtbar werden. Im jetzt verabschiedeten Gesetz sind Gelder für die Forschung allerdings nur für vier Jahre vorgesehen“, sagt Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank. „Zudem hätten solche Studien bereits vor der Legalisierung starten müssen. Man muss die Aus-



© MiMaLeFi / Getty Images / iStock

Aus Hanf gewonnene Drogen sind seit dem 1. April 2024 in Deutschland teillegalisiert.

gangssituation kennen, um die Auswirkungen auf den Konsum und die psychische Gesundheit der Bevölkerung zu untersuchen.“ Die DGPPN hatte eindringlich dafür plädiert, dass das Gesetz im Vermittlungsausschuss des Parlaments überarbeitet werden sollte. Denn bei der

Umsetzung des Gesetz in der jetzt verabschiedeten Form befürchtet die psychiatrische Fachgesellschaft gravierende Konsequenzen – für Einrichtungen zur Behandlung von Suchterkrankungen ebenso wie für die psychische Gesundheit der Bevölkerung insgesamt.

Stellungnahme der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen

Paradigmenwechsel in der Cannabispolitik

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. verlangt unter anderem eine genauere Definition von Indikatoren, die Veränderungen in der Gesellschaft durch den Konsum von Cannabis aufzeigen.

Das Gesetzvorhaben soll der Weiterentwicklung der Sucht- und Drogenpolitik in Deutschland dienen. Hierzu muss als Leitbild eine kohärente Suchtpolitik im Sinne einer Gesamtstrategie handlungsleitend sein. Bei der Cannabisgesetzgebung sind also nicht nur die Fragen zur regulierten Abgabe zu berücksichtigen. Im Themenfeld Cannabis sind weitere Maßnahmen zu treffen, die das Führerscheinsrecht und die Teilnahme am Straßenverkehr betreffen, sowie die Einführung von Drug-Checking für nicht unter regulierten Bedingungen angebautes oder erworbenes Cannabis. Eine kohärente Suchtpolitik synchronisiert die Maßnahmen

(z. B. der strukturellen Prävention), bei allen frei verfügbaren Suchtmitteln und abhängigkeits erzeugenden Angeboten. Im Bereich von Cannabis zu benennende Regelungen sollten auch auf Alkohol, Tabak und Glücksspielangebote Anwendung finden.

Unbenommen, ob der freie Zugang zu nicht medizinischem Cannabis über Fachgeschäfte oder den gemeinschaftlichen Anbau geregelt wird, gilt: Maßnahmen der strukturellen Prävention (Verhältnisprävention) müssen konsequent eingeführt werden, um schädliche Folgen von Cannabiskonsum zu mindern. Dazu zählen unter anderem Werbeverbote, die begrenzte räumliche und

zeitliche Verfügbarkeit sowie Einflussnahme auf die Preisbildung (z. B. über Mindestpreise und Steuerpolitik) mit gesundheitspolitischen Zielen. Verantwortliche Vorgaben zur Produktsicherheit und Maßnahmen des Jugend- und Nichtraucherschutzes müssen in Abgabestellen klar geregelt sein. Es muss definiert sein, wie die Einhaltung dieser Vorgaben kontrolliert wird. Um die Versorgung von Menschen mit Cannabisproblemen zu gewährleisten und deren Entstehung vorzubeugen, sind der Ausbau und die Sicherung der gesamten Angebotsvielfalt herzustellen. Menschen mit Cannabiskonsumproblemen und deren Angehörigen stehen Angebote der

Prävention, Beratung und Frühintervention, akuter psychiatrischer und somatischer Behandlung sowie Entwöhnungstherapie, Nachsorge, Eingliederungshilfen, Teilhabesicherung und Sucht-Selbsthilfe zur Verfügung. Die flächendeckende und nachhaltige Absicherung dieser Angebote ist dringend erforderlich. Bund, Länder und Kommunen sowie Sozialversicherungsträger sind an der Finanzierung beteiligt. Zwei Beispiele seien herausgehoben, um die Mitverantwortung des Bundes, aber auch aller weiteren Akteure zu verdeutlichen:

— Als Leistung von Beratungsstellen werden verpflichtende Kooperationen mit Abgabestellen diskutiert. Weiterhin wird für problematisch konsumierende Jugendliche das regelhafte Vorhalten von Angeboten der Frühintervention diskutiert. Die Leistungserbringung von Suchtberatungsstellen erfolgt vorwiegend über Landes- und kommunale Mittel. Der Bund muss in seinem Gesetzentwurf zusätzliche Leistungen und verpflichtende Kooperation klar definieren und strukturell absichern, das heißt auch finanziell dafür sorgen, dass die Leistung von ei-

nem ansonsten freiwilligen kommunalen Angebot auch umsetzbar ist.

— Die Behandlung der Cannabisabhängigkeit wie auch von anderen Abhängigkeitserkrankungen erfordert oft eine qualifizierte Entzugsbehandlung in einer psychiatrischen Klinik. Wenn ein Paradigmenwandel in der Drogen- und Suchtpolitik erfolgt, darf dies keinesfalls dazu führen, dass schwere Erkrankungen nicht mehr als solche behandelt werden. Schon jetzt berichten viele psychiatrische Kliniken über Finanzierungsprobleme bei der stationären qualifizierten Entzugsbehandlung Cannabisabhängiger, die durch die Krankenkassen zu gewährleisten ist.

Der hier gesetzgebende Bund ist nicht für die Finanzierung aller Angebote zuständig. Er hat aber die Verantwortung, die Auswirkungen einer Bundesgesetzgebung mitzudenken und in Detailfragen entsprechend mit zu regeln.

Das Gesetzvorhaben der regulierten Abgabe von Cannabis soll eine Evaluierung der Maßnahmen enthalten. Das ist sehr zu begrüßen. Einzufordern ist, dass die Umsetzung bereits vor einem In-

krafttreten klar definiert ist und die Erhebungen des Vorherzustandes auch vor dem Inkrafttreten erfolgt. Nur so kann eine wissenschaftlich fundierte Auswertung nach einem definierten Zeitraum Erkenntnisse über Veränderungen durch die Gesetzgebung liefern. Das erfordert, dass vorab definiert werden muss, welche erwartbaren Auswirkungen ausgewertet werden sollen und welche Indikatoren geeignet sind, Veränderungen ursächlich aufzuzeigen. Neben der Wissenschaft ist die Expertise der Praxis aus der Suchthilfe von der Konzeption bis zur Auswertung einzubeziehen. Die Anpassung der Gesetzgebung aufgrund einer Evaluierung ist ebenfalls zu begrüßen, erfordert aber auch, dass die Forschung vor dem Inkrafttreten des Gesetzes beginnen kann [1].

Literatur

1. Stellungnahme zum Regierungsentwurf des Cannabisgesetz CanG. www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/2023-11-02_CanG_Stellungnahme_DHS_.pdf (Zugriff am 12.3.2024)

Stellungnahme des UN-Suchtstoff-Kontrollrates

Cannabisgesetz nicht vereinbar mit internationalen Regeln

Der UN-Suchtstoff-Kontrollrat weist die deutsche Regierung auf eine Unvereinbarkeit der Cannabisteillegalisierung mit internationalen Regeln hin.

Der UN-Suchtstoff-Kontrollrat (INCB) hat die deutsche Regierung auf die Unvereinbarkeit zwischen der geplanten Legalisierung von Cannabis und den bestehenden internationalen Regelungen hingewiesen. Das Gremium hat aufgezeigt, dass der Gebrauch von Cannabis laut UN-Drogenübereinkommen von 1961 nur für medizinische und wissenschaftliche Zwecke erlaubt werden darf, hieß es am 5. März 2024 im Jahresbericht des INCB [1]. Ein weiteres UN-Übereinkommen von 1988 schreibe vor, dass Anbau, Herstellung und Weitergabe der Droge für andere Zwecke gesetzlich verboten sein müssten.

Wörtlich heißt es in dem Bericht: „Die Entwicklungen in einigen Ländern, die die Verwendung von Cannabis für nicht-medizinische Zwecke gesetzlich erlaubt oder auf einer untergesetzlichen Ebene geduldet haben, untergraben die universelle Einhaltung der internationalen Übereinkommen zur Drogenkontrolle.“

Besitz und Konsum darf entkriminalisiert werden

Der in Wien ansässige INCB besteht aus 13 Fachleuten. Sie überwachen die Einhaltung der globalen Drogenübereinkommen, zu denen sich auch Deutschland verpflichtet hat. Angesichts des in-

ternationalen Trends zur Legalisierung von Cannabis beharrt das Gremium darauf, dass die Cannabis-Freigabe völkerrechtlich nicht möglich ist. Gleichzeitig haben die Fachleute jedoch betont, dass Länder den Besitz und Konsum entkriminalisieren können, indem sie etwa auf Hilfe, Aufklärung und soziale Reintegration statt auf Verurteilungen und Strafen setzen.

Literatur

1. Report 2023. www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2023/Annual_Report/E_INCB_2023_1_eng.pdf (Zugriff am 8.3.2024)

Mentoringprogramm der Berufsverbände

„Tandem“ mit dem Nachwuchs erfolgreich gestartet

Eine Nachfolge für die eigene Praxis zu finden, wird immer schwieriger. Gleichzeitig wünschen sich viele junge Ärztinnen und Ärzte Unterstützung von erfahrenen Kolleginnen und Kollegen. Das Tandemprogramm der Berufsverbände geht beide Probleme gleichzeitig an. Bei den ZNS-Tagen 2024 konnten weitere „Tandempaare“ gebildet werden.

Auch eine schwere Tür lässt sich mit einem kleinen Schlüssel öffnen. Mit diesem Leitbild arbeitet das Mentoringprogramm der Berufsverbände BDN, BVDP und BVDN. Ziel ist, die junge Generation an Ärztinnen und Ärzten oder Studierenden zu unterstützen und gleichzeitig freiwerdende Stellen leichter nachzubesetzen. Erfahrene Mentorinnen und Mentoren aus den ZNS-Fächern sollen dabei ihr Wissen an den Nachwuchs weitergeben, egal auf welchen Stufen der Aus- und Weiterbildung. Im Gegenzug soll es leichter werden, eine Nachfolge für die eigene Praxis zu finden.

Individuelles Programm

Die bestehenden Verbandsstrukturen mit bundesweiten und lokalen Akteuren lassen sich optimal nutzen, um Erfahrungen und Wissen auszutauschen sowie Nachwuchs zu gewinnen. Dazu haben die Berufsverbände BDN, BVDP und BVDN das Mentoringprogramm „Tandem“ ins Leben gerufen. Daran teilzunehmen ist für Mitglieder selbstverständlich kostenlos, vor allem Dank des ehrenamtlichen Einsatzes der Mentorinnen und Mentoren.

Die Dauer und die Schwerpunkte der gemeinsamen Wegstrecke können Sie dabei mit der Tandempartnerin oder dem -partner individuell festlegen. Das Team der Bundesgeschäftsstelle in Berlin unterstützt Sie dabei gerne.

Erfolgreicher Start

Im Herbst 2023 haben die Verbände per Newsletter und durch direkte Ansprache

in den Landesverbänden zur Teilnahme am Mentoringprogramm aufgerufen. Die Liste potenzieller Mentorinnen und Mentoren war zum Auftakt des „Tandems“ gut gefüllt. Drei Tandempaare konnten zwischen den erfahrenen und neuen Mitgliedern direkt im zurückliegenden Winter vermittelt werden.

Potenzielle Mentees erhalten einen Hinweis auf das Mentoringprogramm in der Neumitgliedermappe, auf den Verbandswebseiten, im Newsletter und auf Kongressen im direkten Gespräch. Bei

den ZNS-Tagen 2024 konnten weitere Tandempaare gebildet werden, unter anderem durch die Post-Its an der Pinnwand der Verbände (**Abb. 1**). Nach diesem erfolgreichen Auftakt möchten die Verbände das Tandem weiter mit Rückenwind ausrollen.

Teilnehmen und mit doppelter Kraft ans Ziel

Nehmen Sie gerne am Mentoringprogramm teil. Beide Seiten können nur davon profitieren.



Am Anfang der Karriere gibt es viele mögliche Wege. Sich für eine Richtung zu entscheiden, ist schwer. Dabei kann das Mentoringprogramm helfen.



Für Mentees

Mentees erhalten Einblicke in das Berufsleben und Kontakte. Egal ob im Studium, der Orientierungsphase danach, in der Facharztausbildung oder an der Schwelle zur Oberarztstelle oder Niederlassung. Die richtigen Ansprechpartnerinnen und -partner mit Lebenserfahrung im Tandemprogramm haben für Fragen ein offenes Ohr und können praktische Tipps für die Karriereplanung geben. Um mitzumachen, nutzen Sie einfach den Link www.bvdp.de/tandem. Danach erhalten Sie so schnell wie möglich Kontakt zu einer Mentorin oder einem Mentor in der Nähe.

Für Mentorinnen und Mentoren

Durch das Tandem engagieren sich Mentorinnen und Mentoren in der Nachwuchsförderung. Sie sind ober- oder chefärztlich an einer klinischen Einrichtung unterwegs oder haben eine eigene Praxis? Und Ihnen liegt der Nachwuchs am Herzen? Dann werden Sie Mentorin oder Mentor. Teilen Sie Wissen und Erfahrungen mit interessierten, jungen Fachärztinnen und Fachärzten an der Schwelle zur Niederlassung, mit Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung oder Studierenden. Begeistern Sie den Nachwuchs für die ZNSFächer. So können Sie Lotse durch den Praxis- und Kli-

nikalltag werden und gegebenenfalls gleichzeitig eine Nachfolge für die eigene Praxis finden.

Sobald sich ein Mentee aus der Nähe Ihrer Praxis, Klinik oder Ihres Medizinischen Versorgungszentrums bei den Verbänden registriert, werden Sie per E-Mail darüber informiert. Den genauen Ablauf des Mentorings bespricht die Bundesgeschäftsstelle individuell mit Ihnen und dem Mentee.

Um teilzunehmen, melden Sie sich auf der Website www.bvdp.de/tandem an.

AUTORIN

Dr. med. Sonja Faust

Referentin des BVDN, BVDP und BDN
Wulffstraße 8
12165 Berlin
s.faust@bvdp.de

Auf dem Laufenden bleiben mit der Cortex-App

Das Wichtigste im Taschenformat

Die Cortex-App informiert über alle wichtigen Neuigkeiten in den Verbänden, über Berufspolitik, Kongresse und mehr. Sie kann bei Google Play oder im App Store heruntergeladen werden.

Mit der Informationsplattform „Cortex Direkt“ sind alle wichtigen Informationen für Mitglieder der Berufsverbände BDN, BVDP und BVDN in einer App direkt auf dem Smartphone erhältlich. Auch die Landesverbände sind vertreten und teilen wichtige Informationen aus den Regionen (Abb. 1). Per Pushnachricht erfahren Sie:



– Neues aus der berufspolitischen Verbandsarbeit – zum Beispiel über den Einsatz der Vertretungen der ZNS-Fächer in der Politik in Berlin,

- Aktuelles aus der Geschäftsstelle und vom Verbandsjuristen,
- Termine und Anmeldeöglichkeiten für Veranstaltungen und Seminare des BVDP, BDN und BVDN sowie
- Informationen rund um den Kongress der drei Verbände (ZNS-Tage) und Veranstaltungen auf den Fachgesellschaftskongressen.

Laden Sie die App herunter, indem Sie den nebenstehenden QR-Code scannen. Außerdem finden Sie die Cortex-App auf Google Play und im App Store.

Dr. med. Sonja Faust, Berlin

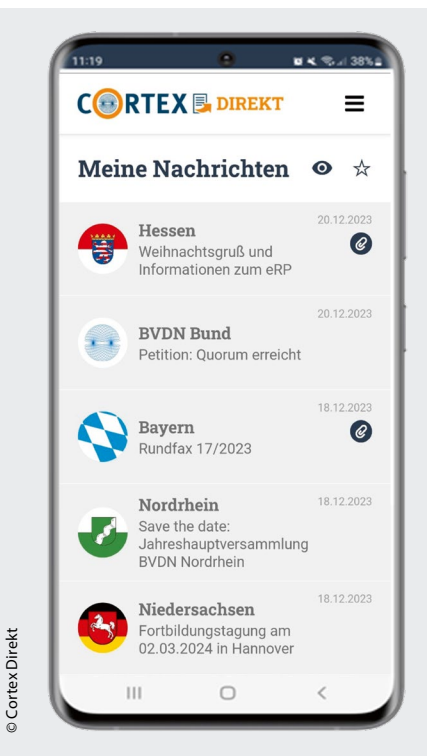


Abb. 1: Landesverbände in der App

ZNS-Fachgruppen im Wandel

Neue Verteilung in Neurologie, Psychiatrie und Nervenheilkunde

Der Nachwuchsmangel beschäftigt die ZNS-Fächer schon lange. Während in einigen Bereichen immer mehr Fachärztinnen und -ärzte tätig sind, sind andere Gegenden von Fehlplanungen betroffen. Der aktuelle Stand in Zahlen.

Schon vor Jahrzehnten wurde das Fachgebiet Nervenheilkunde ausdifferenziert. Es etablierten sich die beiden Bereiche Neurologie und Psychiatrie-Psychotherapie getrennt voneinander. In der stationären Versorgung

entstanden mit dieser neuen Teilung schnell entsprechende Fachabteilungen und Kliniken.

In der Bedarfsplanung der Vertragsärztinnen und -ärzte besteht bisher keine konsequente Trennung der Bereiche

Neurologie und Psychiatrie. Noch immer wird der KV-Fachbereich „Nervenheilkunde“ ausgewiesen, in dem sich die „Doppelfachärztinnen und -ärzte“ wie Nervenärztinnen und -ärzte sowie Fachärztinnen und -ärzte (FÄ) der Neurolo-

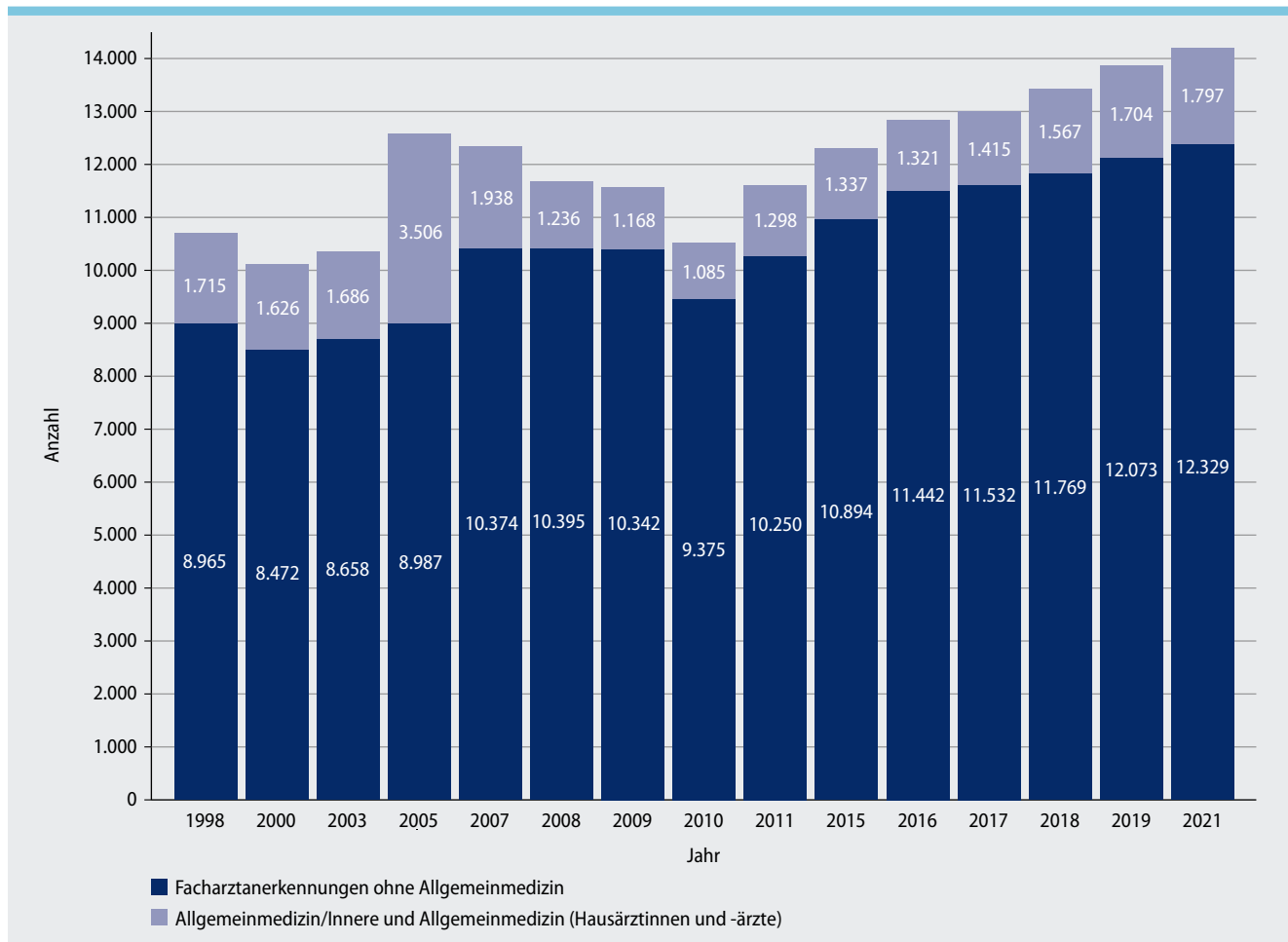


Abb. 1: Gesamtzahl aller FA-Anerkennungen bis zum Jahr 2021

Tab. 1: Anerkennung von FA-Bezeichnungen (Stand: 31. Dezember 2022; Quelle: BÄK)

FA-Bezeichnung	2020		2021		2022	
	Anzahl gesamt	darunter Ärztinnen	Anzahl gesamt	darunter Ärztinnen	Anzahl gesamt	darunter Ärztinnen
Nervenheilkunde	1	1	5	2	6	3
Neurologie	586	358	646	384	640	386
Neurologie und Psychiatrie (Nervenheilkunde)	0	0	0	0	0	0
Psychiatrie	0	0	0	0	0	0
Psychiatrie und Psychotherapie	570	354	594	352	555	347

gie und Psychiatrie finden. Da keine Regelung vorlag, kam es bei der Nachbesetzung von „Nervenarztsitzen“ in manchen Regionen zu Schwierigkeiten. Da die Nachfrage und andere „weiche“ Faktoren, wie Verwandtschaftsverhältnisse und Verfügbarkeit als Kriterien herangezogen wurden, konnte es zu einem Überhang eines Faches kommen. Gleichzeitig entstand Mangelversorgung im Nachbarfach. Deshalb wurde nun eine Quotierungsregelung eingeführt, die von den Zulassungsausschüssen berücksichtigt werden muss.

Die Weiterbildungsordnung sah regulär und durch Übergangslösungen in fast allen Bundesländern bis vor wenigen Jahren den Erwerb des FA für Nervenheilkunde analog zum FA für Neurologie und Psychiatrie sowie Nervenheilkunde vor. Das ist mittlerweile in keinem Bundesland mehr möglich. Allerdings absolvieren manche Kolleginnen und Kollegen beide FA-Ausbildungen, die eine bedeutende Schnittmenge an Kompetenzen sowie Patientinnen und Patienten haben. In der Statistik der Bundesärztekammer (BÄK) werden alle FA nur einmal geführt, und zwar mit dem zuletzt erworbenen Titel. DoppelfÄ sind der Statistik nicht zu entnehmen. Wir können aber einen Blick auf die Gesamtzahl aller FA-Anerkennungen bis zum Jahr 2021 werfen (Abb. 1) sowie auf die Entwicklung der FA-Aner-

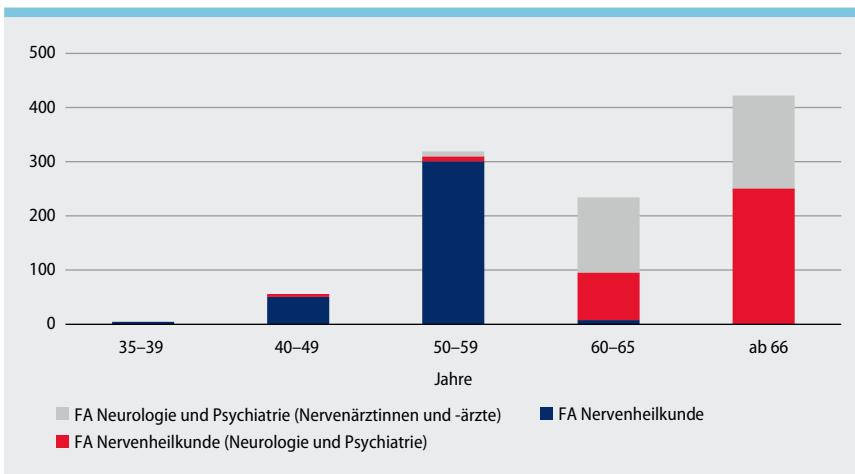


Abb. 2: Anzahl berufstätiger FÄ in der Nervenheilkunde (Stand: 31. Dezember 2022)

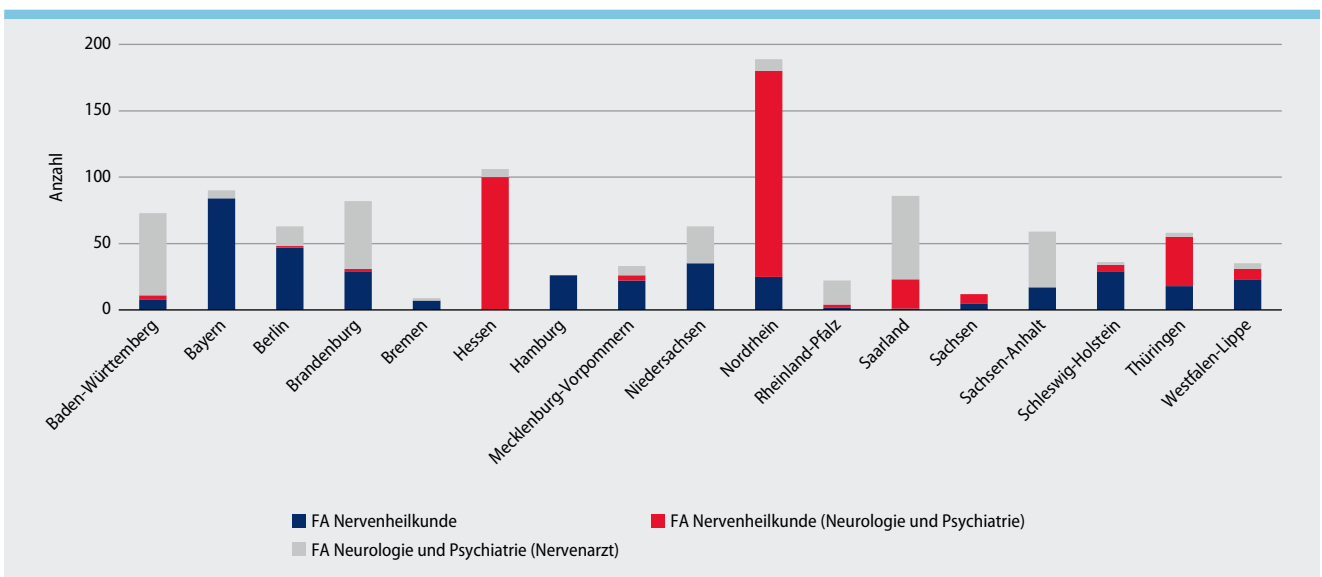


Abb. 3: Berufstätige FÄ in der Nervenheilkunde nach Kammergebiet (Stand: 31. Dezember 2022)

kennungen in unserer Fachgruppe (Tab. 1). Die Gesamtzahl der FÄ in den Bereichen Neurologie und Psychiatrie-Psychotherapie liefert dabei interessante Erkenntnisse. Im Jahr 2022 lagen die FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie im Vergleich zu allen anderen Ärztinnen und Ärzten auf Platz 8. Die Neurologinen und Neurologen folgten auf Platz 10.

Im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie gibt es mit 12.428 mehr berufstätige Kolleginnen und Kollegen als in der Neurologie mit 8.831. Bei den FÄ für Nervenheilkunde ist die Zahl der Kolleginnen und Kollegen mit 2.148 geringer. Dieser Wandel in der Nervenheilkunde setzte in den Kliniken nach dem Jahr 1992 rasch ein. Im vertragsärztlichen Versorgungsbereich passierte das zunächst nur langsam, in den letzten Jahren ist es aber immer deutlicher spürbar. Die Zulassungsregularien wurden aus diesem Grund angepasst.

Durch das Alter der Kolleginnen und Kollegen in der Nervenheilkunde dünnt diese Gruppe immer weiter aus. In den kommenden Jahren wird dieser Trend noch zunehmen, wenn noch mehr in Rente gehen (siehe Abb. 2).

Nervenärztinnen und -ärzte wurden in den Bundesländern unterschiedlich bezeichnet (Abb. 3), die Qualifikation in den Bereichen Neurologie und Psychiatrie war aber nahezu deckungsgleich. So wurden auch nach der deutschen Wiedervereinigung die FÄ unterschiedlicher Bezeichnung fachlich gleich behandelt. Zu den drei korrekten Bezeichnungen gehören der FA für Nervenheilkunde, FA für Neurologie und Psychiatrie (Nervenarzt) sowie der FA für Nervenheilkunde (Neurologie und Psychiatrie).

Als weitere Zahlengrundlage mit Bezug auf die Versorgungsrealität und einer genaueren Darstellung der Doppel-FÄ für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie dient das Bundesarztregister der KBV. Dort sind mit Stand vom 31. Dezember 2022 insgesamt 6.544 Vertragsärztinnen und -ärzte in Neurologie, Nervenheilkunde oder Psychiatrie und Psychotherapie tätig.

Davon gibt es 1.201 FÄ für Nervenheilkunde in den drei oben genannten Formen (-8,7% zum Vorjahr). Hinzu kommen 2.700 FÄ für Neurologie (+6,0% zum Vorjahr), 1.145 sogenannte Doppel-

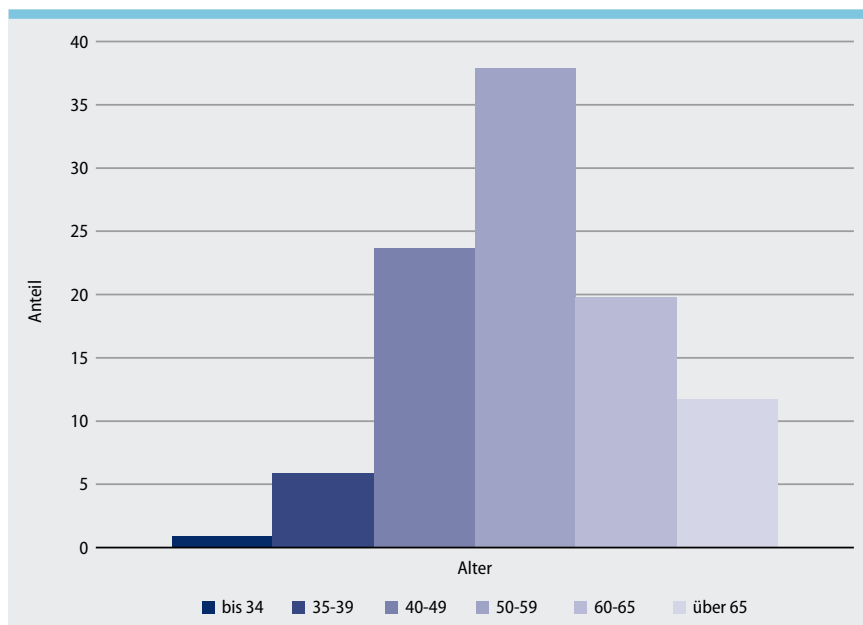


Abb. 4: Altersstruktur von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden FÄ für Neurologie, Nervenheilkunde und Psychiatrie (Stand: 31. Dezember 2022)

FÄ (+1,5% zum Vorjahr) und 1.956 FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie (+6,2% zum Vorjahr). Der deutliche Rückgang des FA für Nervenheilkunde zeigt sich natürlich bei fehlender Erlangungsmöglichkeit und steigendem Alter auch hier. Der Zuwachs von „Solo-FÄ“ in Neurologie beziehungsweise Psychiatrie-Psychotherapie ist jeweils sechsfach größer als der Zuwachs im Bereich der Doppel-FÄ.

Zusammenhalt in den Verbänden

Die Anzahl der Kolleginnen und Kollegen mit einem FA für Nervenheilkunde wird, wie in den Statistiken ausgewiesen, sinken. Auch die Zahl der Doppel-FÄ in Relation zum Zuwachs der Solo-FÄ wird deutlich zurückbleiben. Dies wird auf die Arbeit der Berufsverbände unweigerlich einen Einfluss haben: Die Mitgliederzahl von BDN und BVDP steigt stetig, die des BVDN wächst kaum noch an durch Mitglieder, die FÄ für Nervenheilkunde oder Doppel-FÄ sind. Die Fachnähe der ZNS-Gebiete sowie die historisch gewachsene Verbandsstruktur verbinden in der berufspolitischen Vertretung insbesondere in den Landesverbänden des BVDN. Hier bewährt sich das gemeinsame Auftreten in Landesgremien, KV und Landesärztekammern,

da auch in den Bundesländern die Zahlen stark variieren. Auf Bundesebene und in der Zusammenarbeit mit den wissenschaftlichen Fachgesellschaften haben der BDN und der BVDP an Einfluss gewonnen. Die Verflechtung aller drei Verbände untereinander und in den verschiedenen Arbeitsebenen in Land und Bund ermöglichen eine breite berufspolitische Aktivität für Neurologie, Psychiatrie und Nervenheilkunde.

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



Weiterbildungsassistent im vertragsärztlichen Sektor

„In der Praxis komme ich öfter dazu, eigene Entscheidungen zu treffen“

Obwohl der Nachwuchsmangel in den ZNS-Fächern deutlich zu spüren ist, gibt es auch viele junge Menschen, die motiviert ihre Weiterbildung zu Fachärztin oder Facharzt absolvieren. Joseph Wendlinger ist einer von ihnen und berichtet von seiner Weiterbildung im vertragsärztlichen Bereich.

? Können Sie sich, Ihren beruflichen Werdegang und Ihre beruflichen Ziele kurz beschreiben?

Joseph Wendlinger: Ich bin 30 Jahre alt und aktuell im fünften Weiterbildungsjahr für den Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Nach meinem Studium habe ich an der Medizinischen Fakultät Heidelberg/Mannheim im April 2019 meine Assistenzarztzeit in einer großen Psychiatrie in Baden-Württemberg begonnen. Dort habe ich mehrere Stationen durchlaufen, unter anderem zwei Jahre in der Allgemeinpsychiatrie, zwei Jahre auf einer geschlossenen Drogen-

entzugsstation und ein halbes Jahr auf einer allgemein- und gerontopsychiatrischen Privatstation. Seit Anfang 2024 bin ich in einer vertragsärztlichen Praxis in Mutterstadt als Weiterbildungsassistent angestellt. Zwischendurch war ich gleichzeitig für zwei Jahre an einem psychoanalytischen Weiterbildungsinstitut angegliedert. Vor einem Jahr habe ich mich allerdings gegen die umfangreiche Ausbildung für Psychoanalyse entschieden und meine Psychotherapieausbildung tiefenpsychologisch fortgeführt. Vielleicht ist die Zusatzbezeichnung Psychoanalyse dann etwas für später.

Meine beruflichen Ziele sehe ich weniger in einer bestimmten Position als vielmehr inhaltlich. Ich wünsche mir eine erfüllende, interessante Tätigkeit und – vielleicht nicht überraschend und klischeehaft für meine Generation – eine gute Work-Life-Balance. Zum aktuellen Zeitpunkt kann ich mir die spätere Tätigkeit im niedergelassenen Bereich gut vorstellen, da ich meine beruflichen Ziele hier am ehesten erfüllt sehe.

? Wieso fiel Ihre Berufswahl auf das Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie?

Wendlinger: Mein Interesse galt ursprünglich der Psychotherapie. Gleichzeitig reizte es mich aber mehr, Medizin statt Psychologie zu studieren. Ich hatte den etwas vage formulierten Wunsch, „den Menschen zu verstehen“. Während des Studiums lernte ich die anderen Fachgebiete der Medizin kennen und konnte meinen initialen Entschluss, in Richtung der „Psycho-Fächer“ zu gehen, festigen. Zu Beginn meiner Zeit im stationären Sektor hatte ich mich als Assistenzarzt für die Weiterbildung für Psychosomatik beworben, mich während des dortigen Pflichtjahrs Psychiatrie aber für die

Weiterbildung zum Psychiater entschieden. Ich mag den Ausdruck der „sprechenden Medizin“ für unseren Fachbereich. Gepaart mit dem Wissen um Psychopharmakologie aus der Psychiatrieweiterbildung habe ich das Gefühl, meinem Wunsch und Bild des Berufs am nächsten zu kommen.

? Weshalb wählten Sie die Weiterbildung in der vertragsärztlichen Praxis?

Wendlinger: Mein Weg in die Praxis ergab sich eher zufällig. Ich arbeite seit Januar 2024 in der Gemeinschaftspraxis von Dr. Christel Werner und Susanne Berger in Mutterstadt. Letztere war in meiner Klinikzeit meine Oberärztin und wir hielten nach ihrem Weggang Kontakt. Sie sprach mich irgendwann darauf an, dass ihre Praxis einen Weiterbildungsassistenten sucht. Nach etwas Zeit zum Nachdenken bewarb ich mich dann. Davor war ich eigentlich davon überzeugt, meine Weiterbildungszeit komplett im stationären Sektor zu absolvieren und erst mit dem Facharzt in den ambulanten Bereich zu wechseln.

? Wie sind grundsätzlich Ihre Erfahrungen mit der Weiterbildung?

Wendlinger: Ich hatte zuvor keinen Einblick in den Alltag eines niedergelassenen Psychiaters. Daher hatte ich nur meine eigenen Fantasien und das, was man sich so in der Klinik über die niedergelassenen Kollegen erzählt und vorstellt. Ich dachte, dass es im vertragsärztlichen Sektor eher einsam und eng getaktet abläuft, womöglich auch überwiegend eintönig. Das hat sich glücklicherweise nicht bestätigt. Das Patientenspektrum ist ein anderes als im stationären Sektor, daher ist meine Lernkurve gerade zu Beginn sehr steil. Ebenso komme ich hier



© Dragonimages / Getty Images / iStock

„Wichtig ist eine gute Work-Life-Balance.“

öfter dazu, eigene Entscheidungen zu treffen und so mein praktisches und theoretisches Wissen direkter anzuwenden. Die direkte Rückmeldung der Patienten über die getroffene Entscheidung erweitert meinen Erfahrungsschatz enorm. Das motiviert ungemein. Und einsam fühlt sich die Arbeit in der Praxis nicht an. Darüber hinaus habe ich den Eindruck, dass die niedergelassenen Kollegen alle gut miteinander vernetzt sind, auch durch den Berufsverband, in dem ich nun Mitglied bin. Ich war dieses Jahr auch bei den ZNS-Tagen dabei.

? Welche Unterschiede sehen Sie zur Weiterbildung im stationären Sektor?

Wendlinger: Ich sehe vor allem zwei Unterschiede. Zum einen in der Verteilung und der Ausprägung der Erkrankungsbilder: Ich sehe im vertragsärztlichen Sektor viel mehr Angst- und Zwangserkrankungen, Patienten mit leichten und mittelgradigen Depressionen und Burnout sowie ADHS. Ich habe das Gefühl, näher am Alltag der Patienten zu sein, als es im stationären Setting der Fall ist. Ich bin auch mit mehr sozialpsychiatrischen Fragestellungen konfrontiert als in der Klinik. Der andere Unterschied ist in der Art der Behandlung. Als Bildungsassistent in der Praxis treffe ich häufiger und selbstständiger eigene Entscheidungen. Im stationären Sektor wurde das häufig von den Oberärzten übernommen. Hinzu kommt, dass ich in der Vertragsarztpraxis natürlich nun auch viel mehr auf den wirtschaftlichen Aspekt achten muss, das ist noch etwas ungewohnt nach über vier Jahren Klinik.

? Wo liegen für Sie die Vor- und Nachteile der Weiterbildung im stationären und im vertragsärztlichen Sektor?

Wendlinger: Ich hatte ursprünglich das Bild, und damit war ich in der Klinik nicht der einzige, dass der vertragsärztliche Sektor erst nach dem Facharzt sinnvoll sein kann. Ich dachte, man müsste erst genug Erfahrung gesammelt haben, um nach wenigen Minuten eine Entscheidung treffen zu können. Heute würde ich dazu sagen: Jein. Ich bin sehr dankbar um meine viereinhalb Jahre in einem großen Haus, in dem ich viele verschiedene psychiatrische Notfälle sehen und behandeln konnte. Das gibt mir die nötige Sicherheit, auch in der Entscheidungsfindung, wann jemand von einer stationären Behandlung profitieren könnte.

Gleichzeitig wäre mir ein großer Anteil an psychiatrischen Patienten und auch der ärztlichen Tätigkeit entgangen, hätte ich mich nicht für den Wechsel in den vertragsärztlichen Sektor entschieden. Gerade für die Facharztprüfung habe ich so das Gefühl, besser gewappnet zu sein.

Und unerwähnt bleiben darf natürlich auch nicht die Regelmäßigkeit der Arbeitszeiten im vertragsärztlichen Bereich: keine Wochenenden, kein Einspringen, kein Nachbesetzt werden. Das ist ein großer Gewinn an Lebensqualität.

? In welchem Verhältnis stehen Psychiatrie und Psychotherapie in der Ausbildung?

Wendlinger: Wie ich vorhin gesagt habe, war meine initiale Motivation für den Beruf das Interesse an Psychotherapie. Das ist auch bis heute noch so. Umso überraschter bin ich darüber, wie wenig Platz und ja, auch Beachtung, die Psychotherapie in der ärztlichen Weiterbildung findet, obwohl wir nach der Facharztprüfung doch die Psychotherapie in der Facharztbezeichnung tragen. Eine gute Psychotherapieausbildung braucht Zeit und Raum, nicht nur für die im Logbuch vermerkten Stunden, sondern auch für die persönliche Weiterentwicklung und Reflexion, insbesondere durch die Selbsterfahrung. Hierfür scheint – vor allem im stationären Sektor – durch den chronischen Personalmangel leider kein Platz zu sein. Ich erachte es als zentrale Fähigkeit eines Psychiaters, mit seinen Patienten über mehr als nur Psychopharmaka und Diagnostikerkriterien sprechen zu können.

? Was möchten Sie anderen Weiterbildungskandidatinnen und -kandidaten gerne überliefern?

Wendlinger: Traut euch in die Praxis, auch als Assistenten. Man lernt ein völlig anderes Spektrum an Patienten kennen und erweitert seinen Horizont extrem. Meine Lernkurve ist steil, das motiviert mich wieder stärker. Als Assistenzärzte haben wir vielleicht noch eine Art Welpenschutz, ein Sicherheitsnetz, um erste Erfahrungen im vertragsärztlichen Sektor zu sammeln.

! Lieber Herr Wendlinger, vielen Dank für das Interview!

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

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Rund um den Beruf

Assistierter Suizid

Wie wollen wir sterben?

Durch ein Gerichtsurteil aus dem Jahr 2020 müssen sich Ärztinnen und Ärzte in der Neurologie und Psychiatrie vermehrt mit dem Thema Suizidassistenz auseinandersetzen. Damit Sie sich darüber leichter eine Meinung bilden können, klären zwei Fachleute im Interview über das Thema auf.

Am 26. Februar 2020 hat das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) den § 217 im Strafgesetzbuch, in dem die „geschäftsmäßige“ Sterbehilfe unter Strafe gestellt wurde, abgeschafft.

In der Urteilsbegründung ist erkennbar, dass sich das BVerfG viel Mühe gegeben hat, dem Sachverhalt gerecht zu werden. Die Kernaussagen der Urteilsbegründung sind:

—Die Freiheit, sich das Leben zu nehmen, ist als ein „Akt autonomer Selbstbestimmung“ sowohl vom Staat als auch von der Gesellschaft zu respektieren.



© Peopleimages / Getty Images / iStock (Symbolbild mit Fotomodellen)

Am ehesten können wir uns den Wunsch nach Suizidhilfe meist im Falle einer unheilbaren Krankheit vorstellen.

- Der Mensch darf nicht in Lebensformen gedrängt werden, die im unauflösbaren Widerspruch zum eigenen Selbstbild und -verständnis stehen.
 - Das BVerfG unternimmt keinerlei Bewertung von Beweggründen. Es gibt keine inhaltliche Vorbestimmung von Situationen, auf welche das Recht auf selbstbestimmtes Sterben beschränkt werden würde.
 - Es muss die Freiverantwortlichkeit mit Einsichts- und Urteilsfähigkeit gegeben sein. Der Wunsch muss wohlwogen und dauerhaft mit innerer Festigkeit des Suizidentschlusses sein.
 - Niemand kann andererseits verpflichtet werden, Suizidhilfe zu leisten.
- Als „autonomiegefährdende Risiken“ beschreibt das BVerfG das Vorliegen
- von sozialen Pressionen, zum Beispiel aus Nützlichkeitsbetrachtungen des Umfelds heraus, sowie
 - von psychischen Erkrankungen und hirnorganischen Beeinträchtigungen, wenn sie der Fähigkeit zur eigenen freien Willensbildung abträglich sind.
- Damit gilt im Umkehrschluss, dass das Vorliegen einer psychischen Erkrankung oder einer hirnorganischen Beeinträchtigung allein nicht zwingend autonomiegefährdend ist. Es muss zusätzliche das Kriterium der fehlenden Fähigkeit zur eigenen freien Willensbildung festgestellt werden.

Bedeutung für die ZNS-Fächer

Was bedeutet das nun für Fachärztinnen und Fachärzte der Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie? Das Thema fordert dazu heraus, tief in eine eigene Standortbestimmung zu gehen.

Wir sind dazu ausgebildet und sozialisiert, Suizidprävention zu betreiben. Wir wollen Suizidalität erkennen, beurteilen und wenn die Chance dazu gegeben wird, einen Suizid unbedingt verhindern. Wir befassen uns in der Diagnostik und Behandlung sowie Prävention psychischer und neurologischer Erkrankungen permanent mit der Einschätzung von Suizidalität. Das geschieht

zum Beispiel, wenn Antidepressiva ausgewählt, das Gegenüber befragt und Angehörige aufgeklärt werden.

Bei Kliniksuiziden kommt es immer häufiger zu Schadensersatzansprüchen von Hinterbliebenen. Nicht ausreichender Schutz vor Suizidalität und Suizidhandlungen wird dabei als wahrscheinlicher Behandlungsfehler ausgelegt.

Wie vereinbart sich das eigene Selbstverständnis nun mit dem Thema des assistierten Suizids?

Am ehesten ist assistierter Suizid in Fällen unheilbarer somatischer Erkrankungen vorstellbar. Wir würden es uns vielleicht selbst wünschen, beispielsweise im Endstadium einer amyotrophen Lateralsklerose (ALS) das Ende persönlich zu bestimmen. Dies gerne mit der Gewissheit, dass der Vorgang ärztlich überwacht wird und dabei nichts schief geht. Ärztinnen und Ärzte haben auch das Wissen, wie sie sich selbst das Leben nehmen könnten. Die Suizidraten in der Ärzteschaft sind etwa doppelt so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung. Ärztinnen sind besonders betroffen.

Von Patientinnen und Patienten ist immer wieder einmal die Aussage zu hören, sie würden einen Suizid als schwierig ansehen, da ihre Umgebung bei dem Thema überfordert und ablehnend reagiert. Sie müssten diesen heimlich vorbereiten und den Vollzug mit einer als posthum würdelos empfundenen Auffindesituation verbinden. Außerdem äußern sie die Angst, dass eine Helfer-Kette in Aktion gesetzt wird, wenn sie über einen Suizidwunsch sprechen. Manche befürchten, eine Pathologisierung durch das Gesundheitssystem zu erfahren und „psychiatrisiert“ zu werden.

Die Verbände haben sich auf den Weg gemacht, Ihnen Möglichkeiten zur Information, Diskussion, Standortbestimmung und eigener Reflektion zu bieten. In dieser NeuroTransmitter-Ausgabe finden Sie zwei Interviews, einmal mit einer Psychiaterin, Psychoanalytikerin, Psychosomatikerin und Medizinethikerin und zum anderen mit einem Anäs-

thesisten und Palliativmediziner. Beide vertreten vielbeachtete Positionen zum assistierten Suizid und führen Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte durch.

Mit diesen beiden, Dr. Anna E. Landis und Dr. Dietmar Beck, veranstalten wir auch ein **Webinar** zum Thema „Assistierter Suizid“.

Warum machen wir das?

Wir beobachten, dass schon seit der Zeit vor der Abschaffung des § 217 ein großer Teil der Ärzteschaft und insbesondere Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie verunsichert sind. Viele fragen sich, was alles schon unter „geschäftsmäßige Sterbehilfe“ fiel, obwohl dieser Begriff keine Rolle mehr spielt. Das Ergebnis ist, dass Kolleginnen und Kollegen häufig auch bei langjährigen Behandlungsverläufen in dem Moment aus dem Gespräch und Kontakt aussteigen, sobald ein Sterbewunsch angesprochen wird. Zu groß ist die Verunsicherung und Angst, allein schon im Gespräch über Sterbehilfe eine Grenze zu überschreiten und sich dabei strafbar zu machen.

Aktuell ist das Wissen über den Ablauf eines Sterbehilfeprozesses und die Rechtslage zum assistierten Suizid überall im Netz frei zugänglich. Die Wahrscheinlichkeit steigt stetig, dass das Thema in Behandlungssituationen angesprochen wird.

Die Berufsverbände möchten Sie in Kontakt mit dem Thema bringen, Sie anregen, sich aktiv eine Position dazu zu erarbeiten oder natürlich bei der bisherigen Position zu bleiben. Dabei sollen Sie sicher im Kontakt und in der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten sein, sobald assistierter Suizid, Sterbehilfe oder Freitodbegleitung angesprochen werden. Wir glauben als Verbände, dass wir hier einen Raum zur Diskussion und Reflektion im gesellschaftlichen Diskurs mit unseren Kolleginnen und Kollegen schaffen müssen.

Die Informationen, die Sie erhalten, sind juristisch korrekt und belastbar.

Webinar „Wie wollen wir sterben?“ – Mittwoch, 5. Juni 2024 ab 17:00 Uhr

Sterbewünschen von Patientinnen und Patienten müssen wir seit dem Urteil des BVerfG aus dem Jahr 2020 auf eine neue Weise zuhören. Wir müssen diese in unseren Gesprächen differenzieren. Über welche Möglichkeiten können und wollen wir Patientinnen und Patienten aufklären? Kennen wir diese Möglichkeiten? Wie stehen wir selbst dazu? Eine der menschlichen Urängste ist, allein, ohne Empathie und unter Schmerzen einer Institution ausgeliefert sterben zu müssen. Dabei kann eine lebensbedrohliche Erkrankung einen zeitlichen Rahmen setzen, muss aber nicht.

Im Fall des assistierten Suizids ist das zentrale und legitimierende Konzept die Freiverantwortlichkeit. Letztere kann durch hirnganische Prozesse wie psychische Erkrankungen

relevant eingeschränkt sein. Es handelt sich dabei um „autonomiegefährdende Risiken“, die mit psychiatrischem und psychologischem Fachverstand abgeklärt werden müssen. Wie erfolgt eine solche Abklärung?

Fallbeispiele und Rechtslage

Um diese Fragen leichter beantworten zu können, findet am **Mittwoch, den 5. Juni 2024 von 17:00 bis 20:15 Uhr** ein Workshop statt. Die Vortragenden Dr. Anna Elisabeth Landis und Dr. Dietmar Beck haben ausgewiesene Expertise in Bezug auf die ärztlichen Herausforderungen im Umgang mit dem Lebensende und der Frage „Wie wollen wir sterben?“. Sie haben bereits gemeinsame Fortbildungen zu diesem Thema veranstaltet. Beide Vortragenden werden

Fallbeispiele präsentieren und einen Überblick über die Rechtslage geben. Sie können danach Ihre Patientinnen und Patienten, die einen Sterbewunsch an Sie herantragen, fundiert beraten. Gegebenenfalls können Sie aufklären, wie weit die Palliativmedizin gehen und wie ein assistierter Suizid konkret ablaufen kann, auch wenn Sie selbst diesem ablehnend gegenüber stehen. Dadurch bleiben Sie im Kontakt mit Ihren Patientinnen und Patienten über deren Sterbewunsch und dessen Ursachen, bis zuletzt. Es besteht Raum für eine offene Diskussion.

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme!

Anmeldung kostenfrei unter:
buchen.cortex-management.de/asssuizid/

Sterbehilfeorganisationen

In Deutschland gibt es verschiedene Organisationen, die Menschen bei ihrem Wunsch nach einem assistierten Suizid unterstützen.

Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS)

Der Präsident der DGHS, Rechtsanwalt Prof. Robert Roßbruch, berichtete in der Pressekonferenz der DGHS Anfang des Jahres über zunehmende Anfragen nach assistiertem Suizid. So waren es im Jahr 2023 insgesamt 419 ärztliche Freitodbegleitungen, die für DGHS-Mitglieder in Deutschland stattfanden. Im Jahr zuvor waren es 229 gewesen, 120 Fälle hatte es im Jahr 2021 gegeben (www.dghs.de).

Es wurde ergänzend eine fachärztliche Stellungnahme eingeholt, falls es Zweifel an der Freiverantwortlichkeit von betroffenen Sterbewilligen gab. Die Beweggründe teilen sich in fünf große Grup-

pen: Lebensattheit, Krebs, neurologische Erkrankungen, multiple Erkrankungen und eine Gruppe von diversen Motiven. Nur bei wenigen Personen mit psychiatrischer Vorgeschichte waren die Helfenden im Berichtsjahr 2023 davon überzeugt, dass es sich um eine freiverantwortliche Entscheidung handelt. Im Verlaufe des Verfahrens wurden zusätzlich insgesamt 34 Anträge abgelehnt.

Das Lebensalter, in dem eine Freitodbegleitung gewünscht wird, sei durchschnittlich recht hoch. Die größte Gruppe machen die 80- bis 89-Jährigen aus, gefolgt von den 70- bis 79-Jährigen, dann kämen Menschen jenseits der 90.

Dignitas Deutschland

Schluss.PUNKT ist eine gemeinsame Informationsinitiative der DGHS und der Dignitas Deutschland (www.dignitas.de). Unter der kostenfreien Telefonnummer 0800 80 22 400 beraten Mitarbeite-

rinnen und Mitarbeiter ergebnisoffen zu Fragen rund um das Lebensende, zum selbstbestimmten Sterben, zu Sterbehilfe und Sterbebegleitung.

Verein Sterbehilfe

Von den 4.072 Mitgliedern haben 180 Mitglieder des Vereins Sterbehilfe e. V. das „Grüne Licht“. Damit verspricht der Verein (www.sterbehilfe.de) definitiv, jederzeit auf Wunsch des Mitglieds Suizidhilfe zu leisten.

Der Verein hat im vergangenen Jahr 196 und im Vorjahr 139 Suizidbegleitungen durchgeführt. Das jüngste Mitglied war 25, das älteste 99 Jahre alt.

Der Verein hat drei Methoden der Suizidbegleitung:

- oral mit Vereinsmitarbeitenden als Sterbehelfenden: 118 Fälle,
- oral mit Angehörigen als Sterbehelfenden: 21 Fälle und
- intravenös mit Ärztin oder Arzt als Sterbehelfenden: 57 Fälle.

Suizidprävention

Im Jahr 2023 entschieden sich 180 Mitglieder, nachdem sie „Grünes Licht“ bekommen hatten, fürs Weiterleben. Neben Suizidbegleitungen ist Suizidprävention der zweite Schwerpunkt der Vereinsarbeit.

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim,
Andernach



Verschiedene Sterbehilfeorganisationen in Deutschland beraten zu dem Thema.

Nachgefragt bei Dr. Anna Elisabeth Landis

Warten auf das „Grüne Licht“

Dr. Anna Elisabeth Landis ist Psychiaterin und Psychoanalytikerin, Psychosomatikerin und Medizinethikerin. Sie arbeitete sowohl als Chefärztin als auch in einer eigenen Praxis und ist seit dem Jahr 2023 überwiegend als Gutachterin bei Fragestellungen zum assistierten Suizid tätig. Auf YouTube ist ein Interview mit ihr zugänglich, mit dem über das Thema aufgeklärt werden soll. Sie hat eine eigene Empfehlung für eine Normierung des Verfahrensablaufs inklusive des gutachterlichen Vorgehens entwickelt, die sie im Gespräch vorgestellt hat.

? *Liebe Anna, Du hast als erfahrene Psychiaterin inzwischen Deine Praxistätigkeit beendet und Deine Erfahrung nun in den Dienst von sterbewilligen Menschen gestellt. Wie kam es dazu?*

Dr. Anna Elisabeth Landis: Die Entscheidung hatte vor allem eine Quelle, und zwar das Sterben meiner Eltern, vor allem meiner Mutter. Sie fragte mich mehrfach, ob ich ihr nicht helfen könnte, dieses für sie quälende, von Krankheit gezeichnete und immer mehr auf Pflegebedürftigkeit zulaufende Leben zu beenden. Im Frühjahr 2015 entschied sie sich zu dem „Freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit“ (FVNF), nachdem ihre fünf Kinder alle bereit waren, sie dabei zu unterstützen. Der Weg war dorniger, als erwartet. Nach circa 14 Tagen trat der Tod ein, wobei wir in den letzten Tagen um die Unterstützung der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) baten und diese auch bekamen. Ich wusste damals zu wenig von der Möglichkeit einer Suizidassistenten in Deutschland, die bis Dezember 2015 ja noch möglich gewesen wäre. Der Weg in die Schweiz schied aus, da meine Mutter in einer eindeutig depressiven Verfassung war.

Nach ihrem Tod trat ich Dignitas Schweiz bei. Dort erklärte ich, dass ich bereit wäre, Gutachten zu erstellen, wenn es die Möglichkeit der Suizidassistenten in Deutschland geben sollte. Ich fühlte mich durchaus in der Lage, eine krankhafte und behandelbare Depressivität von einer Trauer zu unterscheiden, die aus einer realistischen Bilanz der eigenen Lebenssituation herrührte. Oberflächlich mögen beide Zustände ähnlich erscheinen und, je weniger Einfühlung möglich ist, umso mehr miteinander ver-

wechselt werden, in der Regel zugunsten ersterem. Hier wollte ich mich für jene Patienten einsetzen, denen mit einer Pathologisierung ihrer psychischen Verfassung und Behandlungsnotwendigkeit nicht geholfen war. Ich wollte die Möglichkeit aufzeigen und verteidigen, dass Gesundheit in der Krankheit, dass ein „Fenster der Klarheit“ in der Dunkelheit der eigenen Existenz aufzufinden war, und wir die Aufgabe haben, nach diesem Fenster zu suchen. Hier reicht die äußerliche, nämlich kriteriell-materielle Betrachtungsweise der ICD allein nicht aus. Wir benötigen auch die Intuition, von der wir uns leiten lassen müssen. Der Beweis muss ergänzt werden durch die Plausibilität, Algorithmus und Checkliste durch das Narrativ.

Mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes (BVerfG) vom Februar 2020 wurde bestätigt, dass sowohl Suizid als auch Suizidbeihilfe Grundrechte sind. Rechtsanwalt Wolfgang Putz kommentierte in einem fachinternen Diskussionsbeitrag, dem ich auch juristische Klarstellungen verdanke: „Dass die Hilfe für Grundrechtswahrnehmer durch Grundrechtswahrnehmer qualifiziert, professionell, mit Wiederholungsabsicht und dann eben auch auf Gegenleistung erfolgt, lässt sich rechtlich wie ethisch nicht mehr negativ bewerten.“

Was bleibt, ist das Argument des Schutzes der Vulnerablen. Das BVerfG hat für diesen Schutz Sorge getragen. Es hat die Suizidbeihilfe an die Prüfung der Freiverantwortlichkeit des Suizidwilligen gebunden, also an die Differenzierung, ob es sich hier um eine Selbstgefährdung oder um die Wahrnehmung eines Grundrechts handelt. Um eine Selbstgefährdung handelt es sich



© A. Landis

Dr. Anna Elisabeth Landis

dann, wenn der Suizidwunsch kausal auf relevanten (und nicht nur signifikanten!) geistigen oder seelischen krankhaften Störungen beruht. In diesem Fall erübrigt sich die Prüfung der weiteren Faktoren der Freiverantwortlichkeit wie Wohlerwogenheit und Dauerhaftigkeit. Um eine potenzielle Grundrechtswahrnehmung handelt es sich jedoch, wenn der Suizidwunsch nicht kausal auf eine solche Störung zurückgeführt werden kann. Das Eingangstor zu der umfassenden Freiverantwortlichkeit ist die Einsichts-, Urteils- und Entscheidungsfähigkeit als Fähigkeit zu rationalem Handeln.

Jeder ist bis zum Beweis des Gegenteils einwilligungsfähig. Nur bei Anhaltspunkten für eine relevante psychische oder hirnororganisch bedingte Störung der Einsichts- und Urteilsfähigkeit ist eine entsprechend kompetente Kollegin oder ein Kollege für ein Konsil oder Gutachten hinzuzuziehen.

Hinterfragen müssen wir, ob der Facharztstandard der Psychiatrie zum Thema „Einwilligungsfähigkeit bei psychischen Er-

krankungen“ ethischen Vorstellungen im Lichte des Verfassungsrechts genügt, oder ob dieser Standard nicht veraltet ist und weiterentwickelt werden muss. In der Psychiatrie haben wir bisher eine geradezu berufstypische Pathologisierung des Suizids. Ein in einem freien Willen gründender Suizidwunsch wurde nicht nur nicht anerkannt, sondern schien nicht einmal denkbar. Diese unterkomplexe Haltung muss grundlegend reflektiert und differenziert werden. Die geforderte Differenzierung der Genese und Motive eines Suizidwunsches, damit die Feststellung oder der Ausschluss einer relevanten psychischen oder hirnorganischen Störung der Einwilligungsfähigkeit von Suizidwilligen muss geleistet werden können.

Ein Suizidentschluss von Psychiatriepatientinnen und -patienten bei Einwilligungsfreiheit kann eine Grundrechtswahrnehmung sein, mit der Konsequenz, dass der bisher mit allen rechtlichen und medizinischen Möglichkeiten zu verhindernde GAU der Psychiatrie, der Tod des Patienten, nun gegebenenfalls als willensfreie Grundrechtswahrnehmung respektiert werden muss. (Ich bedanke mich bei Rechtsanwalt Putz für diese juristischen Klarstellungen im Februar 2024.)

Das Urteil des BVerfG zum § 217 StGB wurde Ende Februar 2020 gefällt, also zu Beginn der COVID-19-Zeit. Vermutlich deswegen ging es in der öffentlichen Wahrnehmung unter. Ende 2020 kam Dignitas erstmals auf mich zu und bat um eine Gutachtenerstellung. Es ging um eine Patientin mit amyotropher Lateralsklerose (ALS) und zwei noch jugendlichen Kindern. Der Beginn dieser Arbeit entwickelte sich also parallel zur COVID-19-Zeit, die Anfragen nahmen rasch zu, die Krankheitsbilder der Patienten wurden komplexer.

Mitte des Jahres 2022 kündigte ich daher den Patientinnen und Patienten an, dass ich die Praxis Mitte des Jahres 2023 schließen werde, um mich der neuen Aufgabe widmen zu können. Das war genügend Zeit für ordentliche Abschlüsse.

Seither bin ich fast ausschließlich mit Gutachten, Vorträgen etcetera befasst. In geringem Umfang arbeite ich beratend weiter. Dann buche ich stunden- oder tagesweise einen Besprechungsraum in dem Büroturm, in dem auch meine Praxis war. Der Charme dieser Räume ist reduziert, das stört aber nicht weiter.

? Wie war Dein persönlicher Weg, hier einen eigenen Entscheidungspfad zu entwickeln?

Landis: Ich habe mir zunächst anhand der ausführlichen Urteilsbegründung aus dem Urteil des BVerfG die Punkte herausgeschrieben, die das Gericht selbst als relevant für die Beurteilung der Freiverantwortlichkeit sah. Diese vier Punkte, die vier Facetten der Freiverantwortlichkeit sind Einsichts- und Urteilsfähigkeit, Wohlerwogenheit, Dauerhaftigkeit und das Fehlen autonomiegefährdender Risiken. Diese Faktoren galt es im Gespräch mit Patientinnen und Patienten abzuklären. Das Gericht hat nicht nur Stichpunkte geliefert, sondern diese auch ausgeführt. Damit ließ sich das Gespräch strukturieren.

»Ich spreche sehr gerne mit diesen Menschen und freue mich auf jedes Gespräch. Diejenigen, die ihr Leben abschließen, haben oft eine eindrucksvolle Luzidität. Sie suchen ein stimmiges Bild für das, was hinter ihnen liegt, für sich selbst und ihre Angehörigen.«

Das Gutachten ist ansonsten aufgebaut wie jedes andere auch. Es enthält die Aktenlage mit dem Patientenantrag mit ausführlicher Antragsbegründung und Lebenslauf sowie Arztunterlagen. Hinzu kommt ein Gespräch, in dem die Freiverantwortlichkeit abgeklärt wird. Es folgt die Schilderung des Tagesablaufs, ein psychischer Befund und die Medikation. Diese Punkte sollten sich von der logischen Struktur her einigermaßen decken. Das heißt, wenn zum Beispiel jemand ein Leben lang unselbstständig und passiv gewesen war, wird der Erklärungsaufwand für eine Entscheidung zum assistierten Suizid am Lebensende eher hoch sein.

? Du hast Dich auch juristisch beraten lassen?

Landis: Erst habe ich eine Dateivorlage erstellt. Diese habe ich einer Kanzlei für Medizinrecht vorgelegt, die auch in Karlsruhe bei den Klägern war und bat sie um Kommentierung. Dort zeigte man sich einverstanden, ich hatte offenbar nichts aus dem Urteil übersehen.

? Wie viel Zeit planst Du jeweils für ein Gutachten ein?

Landis: Der erste Schritt für das Gutachten sind die Unterlagen sowie erste Telefonate

mit den Patientinnen und Patienten. Der Zeitaufwand hierfür schwankt. Die Unterlagen eines ALS-Patienten sind andere als die einer multimorbiden Patientin, die mehrfach in psychosomatischen Kliniken war. Von einer bis fünf Stunden ist hier alles möglich. Danach benötige ich in der Regel zwei Stunden für das Gespräch, im Anschluss noch einmal zwei bis drei Stunden (bei psychischen Zusatzdiagnosen auch mehr) für die Abfassung, Korrektur und Dokumentation. Die Erfahrung zeigt, dass wenn ich in zwei Stunden kein schlüssiges Bild erhalten habe, etwas „nicht stimmt“. Möglicherweise ist der Patient nicht wirklich entschlossen, oder hinter einer verblüffend intakten Fassade kommt eben doch eine deutliche Hirnorganik zum Vorschein. Eine

Patientin wünschte sich zum Beispiel die Freitodbegleitung (FTB), weil sie mit einem möglichen nächsten Infarkt eine Demenz fürchtete. Von dieser meinte sie, dass sie sie noch nicht habe. In dem zweieinhalbstündigen Gespräch zerfiel jedoch die erstaunlich intakte Fassade, von der ich mich anfangs habe täuschen lassen. Es wurden ausgeprägte Auffassungsstörungen, Konfabulationen, Perseveration, Merk- und Gedächtnisstörungen erkennbar. Sie erzählte sehr viel, etwa zu ihrem Tagesablauf, diese Erzählung nachzuvollziehen gelang mir jedoch nicht, Widersprüche konnten nicht aufgelöst werden. Ich fragte sie schließlich: „Sollte ich Sie jetzt im Notfall reanimieren?“ Empört antwortete sie: „Aber natürlich!“ Es wurde klar, dass die Patientin den assistierten Suizid ganz abstrakt als Mittel gegen eine zukünftige demenzielle Erkrankung sah. Am besten sollte er knapp einen Tag vor Eintritt einer solchen, keinesfalls einen Tag zu früh stattfinden. Sie sah die vermeintlich bevorstehende Demenz als Folge eines potenziell weiteren Schlaganfalls. Diese vorangegangenen Schlaganfälle hatte sie aber, wie sie bestätigte, nicht vorher gespürt. Deshalb stimmte sie mir schließlich zu, dass ein assistierter Suizid, der einem zukünftigen Schlaganfall zuvor-

kommen sollte, immer zu früh durchgeführt werden müsste. Und genau dieses „zu früh“, so bestätigte die Patientin mit Nachdruck, wollte sie auf gar keinen Fall. Sie hing an ihrem Leben. Ich verabschiedete mich schließlich von Patientin und Betreuerin mit der Übereinkunft, dass beide das Gesuch zurückziehen.

? Wie erlebst Du die Kontakte mit den Sterbewilligen? Was sind die häufigsten Gründe, dass Menschen den Weg des selbstbestimmten Todes gehen wollen?

Landis: Manche Menschen möchten vor allem wissen, ob sie das sogenannte „provisorische grüne Licht“ erhalten. Fällt das Gutachten tatsächlich positiv aus, entspannen sie sich häufig eindrucksvoll. Manchmal können sie dann von Woche zu Woche und von Monat zu Monat abwarten, bis sie eines Tages eines natürlichen Todes versterben. Das heißt, hier hat das Wissen um eine mögliche Begrenzung dessen, was als unbegrenztes Leiden erlebt wird, das Weiterleben ermöglicht. Wenn Sie daran denken, dass Heilung nur im Vagotonus stattfindet, also im entspannten Zustand, verwundert das nicht.

Es geht natürlich nicht mehr um körperliche Heilung, sondern um seelische, also um die Heilung von Ängsten bis hin zur Panik angesichts eines Kontrollverlusts. Durch medikamentöse Linderung solcher Ängste findet eher keine Entwicklung mehr statt. In ruhigem Zustand jedoch kann jemand eher in Frieden mit sich und seiner Umgebung mit dem Leben abschließen. Das Gefühl, die Kontrolle behalten und das Ende bestimmen zu können, ermöglicht daher vielen, den Kontrollverlust auf sich zukommen zu lassen und sich ihm möglicherweise auch zu überlassen. Für diejenigen, für die der Kontrollverlust nach wie vor nicht akzeptabel erscheint, bleibt immer noch die Möglichkeit der FTB.

Die Gutachten fallen zu circa 90% positiv aus. In etwa 10% der Fälle ist für mich die Freiverantwortlichkeit nicht erkennbar. Das Gesuch muss abgelehnt werden, entweder vorerst oder definitiv.

Ich spreche sehr gerne mit diesen Menschen und freue mich auf jedes Gespräch. Diejenigen, die ihr Leben abschließen, haben oft eine eindrucksvolle Luzidität. Sie suchen ein stimmiges Bild für das, was hinter ihnen liegt, für sich selbst und ihre Angehörigen. Sie wollen in Frieden gehen

können und sind dankbar für jede Hilfe bei dieser letzten Etappe. So ein Gutachten dokumentiert auch für sie selbst wie für ihre Angehörigen, dass es stimmig ist, wie sie gehen. Fest steht dann, dass sie nicht einfach „den Bettel hinwerfen“, wie manche es ausdrücken, sondern eine überlegte Entscheidung treffen, die sie ihre Angehörigen bitten, mitzutragen.

Die Gründe für den Wunsch nach selbstbestimmtem Sterben sind praktisch immer der Verlust der Selbstständigkeit und der Bewegungsfähigkeit, die zunehmende Abhängigkeit von Pflege und die Sorge vor einem Fortschreiten eines schon in seinen Anfängen bemerkten demenziellen Prozesses. Die Grunderkrankungen hierbei sind meist neurodegenerativer Natur, Karzinome, Autoimmunerkrankungen mit den Nebenwirkungen einer jahrzehntelangen Medikation, massive chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD), Multimorbidität, aber auch Unfallfolgen mit hohem Querschnitt.

? Wie gehen diese Menschen Deiner Erfahrung nach mit einem „positiven Gutachten“ um, das ihnen die Suizidbeihilfe bejaht?

Landis: Oft erlebe ich, dass ein Patient, der eben noch auf den Termin für das Gutachten drängte, weil er den Weg so schnell wie möglich gehen wolle, nach einem positiven Gutachten plötzlich alle Zeit der Welt zu haben scheint. Etwa 50% der Patienten warten nach einem Gutachten eine unterschiedlich lange Zeit ab. Manche versterben dann eines natürlichen Todes. Sie alle berichten, dass der reale und greifbare Notausgang sie entspannt und ihnen den Mut gibt, noch Wochen und Monate, oder sogar zwei Jahre abzuwarten.

Mit dem provisorischen grünen Licht wird die Unendlichkeit des eigenen Leids plötzlich eingrenzbar. Die Ohnmacht diesem gegenüber weicht der Gewissheit, eingreifen und es beenden zu können. Das ist eine potente Linderung von Angst. Die Menschen kommen von einer sympathikotonen in eine eher vagotone Verfassung, werden ruhiger und oft sogar fröhlicher.

? Stellt Dich die vorher bereits bestehende Diagnose einer Depression oder das akute Vorliegen einer Depression vor besondere Herausforderungen in Deiner gutachtlichen Entscheidung?

Landis: Ja, natürlich. Der Begriff „Depression“ dürfte allerdings der am meisten fehlerhaft verwendete diagnostische Begriff in der Medizin sein, vielleicht ähnlich, wie Psychopharmaka vermutlich die am meisten fehlindiziert verordneten Medikamente sein dürften. Oft steht dieser Begriff in einem Arztbrief, ohne durch einen psychischen Befund oder Patientenaussagen belegt zu sein. Ich vergleiche den Begriff „Depression“ gerne mit dem Begriff „Fahrzeug“. Letzteres kann ein Dreirad, Panzer, PKW, Fahrrad, Flugzeug oder Schiff sein. Man muss sich die Mühe machen, zu differenzieren und die Selbsteinschätzung der Betroffenen hinzuzunehmen. Geht es um eine eventuell wiederkehrende depressive Episode, um eine depressive Persönlichkeitsstruktur oder um eine depressive Reaktion auf die Diagnose und ihre Implikationen auf die Lebensqualität? Ist die Person eingemauert in dieser Stimmung, oder ist sie durchaus schwingungsfähig, wenn auch vielleicht endgradig eingeschränkt? Also: Worum geht es eigentlich? Hier sind psychodynamische Kenntnisse von Vorteil, um von der Abhängigkeit vom Augenschein wegzukommen, die inneren Prozesse wahrnehmen und einordnen und das Gespräch entsprechend führen zu können.

? Was möchtest Du den Psychiaterinnen und Psychiatern zu diesem Thema mit auf den Weg geben?

Landis: Ich möchte ermutigen, sich dem Thema Tod nicht als Gegensatz zum Leben, sondern als einem Bestandteil des Lebens zu stellen. Das ist ein ähnlicher, ebenso nur anscheinender Gegensatz wie der von Gesundheit und Krankheit. Gesundheit gehört zu Krankheit dazu und umgekehrt. Das Interesse an diesem Phänomen wird belohnt, die Sicht auf das Leben wird komplexer und man wird, meine ich, widerstandsfähiger.

! Liebe Anna, vielen Dank für das Interview!

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach

Nachgefragt bei Dr. Dietmar Beck

Grundrecht auf Selbstbestimmung

Dr. Dietmar Beck ist als Anästhesist und Notfallmediziner leitender Arzt des Palliative-Care-Teams Stuttgart. Er klagte erfolgreich gegen § 217 – den Paragrafen im Strafgesetzbuch, der die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung verboten hatte. Im Gespräch erklärt Beck unter anderem die Gründe für die Klage.

? Lieber Herr Beck, Sie sind darauf spezialisiert, Leben zu retten, aber auch Schmerzen zu behandeln. In den 1990er-Jahren haben Sie eine stationäre Palliativstation aufgebaut. Wie kam es dazu?

Dr. Dietmar Beck: Die Palliativmedizin entwickelte sich in den 1980er-Jahren in Deutschland, etwa 20 Jahre später als in angelsächsischen Pionierländern. Gesundheitsfachkräfte begannen, sich mehr für die Bedürfnisse von schwer und unheilbar Erkrankten zu interessieren. Anfang der 1990er-Jahre kam an der Universitätsmedizin Göttingen die Idee auf, eine Palliativstation einzurichten. Weil ich dort in der Schmerzambulanz tätig war, bekam ich mit weiteren Mitstreitenden den Auftrag, ein palliatives Konzept zu entwickeln und eine stationäre Einrichtung aufzubauen. Anfangs musste die Arbeit nebenher erfolgen. Manchmal hatte ich Dienst auf dem Rettungshubschrauber und versorgte zwi-

schendurch die Station. Schon damals habe ich Intensiv- und Palliativmedizin als zwei Seiten einer Münze angesehen. Bei jüngeren und gesünderen Patientinnen und Patienten hat die Intensivmedizin ihre unbedingte Berechtigung. Mit hochentwickelten lebenserhaltenden Möglichkeiten hilft sie nach Unfällen, Apoplexien, Herz-Kreislaufentgleisungen und anderen lebensbedrohlichen Erkrankungen. Manchmal jedoch ist Heilung nicht möglich und Lebensverlängerung nicht sinnvoll. Dann steht Lebensqualität im Vordergrund, und die Leiden zu lindern. Das haben wir damals in die Praxis umgesetzt und uns mit der zeitgleich entstehenden Hospizversorgung abgestimmt. Unsere Erfahrungen haben wir geteilt, daraus entstand eine neue Fachgesellschaft.

Seitdem hat sich die Palliativmedizin in Deutschland weiterentwickelt und ist zu einem integralen Bestandteil der Versorgung geworden. Sie zielt darauf ab, die Lebensqualität von Erkrankten und ihren Familien zu verbessern. Dazu lindert sie Schmerzen und andere belastende Symptome, unterstützt psychosozial und hilft Betroffenen, mit der Krankheit und dem Sterbeprozess umzugehen.

? Wie hat sich die Palliativmedizin in Deutschland entwickelt?

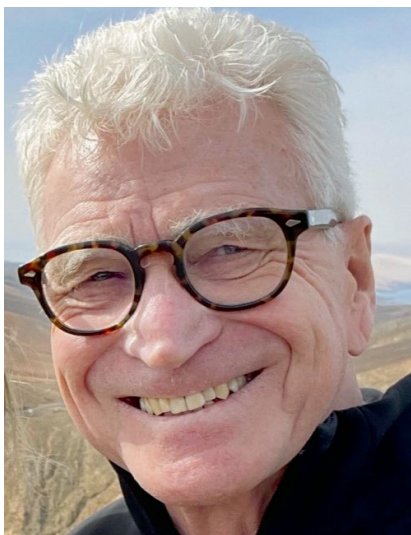
Beck: Der Kanon palliativmedizinischer Möglichkeiten hat sich erweitert, auch in Kooperation mit anderen Fächern. Dazu zählen Onkologie, Neurologie und Innere Medizin im weitesten Sinne, denn Palliativmedizin richtet sich nicht nur an Krebs-erkrankte. Die Therapieoptionen zum Beispiel von Krebs oder ALS haben sich deutlich verbessert. Dadurch können Patientinnen und Patienten länger leben, manchmal zu Lasten der Lebensqualität, die teils durch aggressive Behandlungsmaßnahmen, aber

auch das längere Aushalten einer belastenden Erkrankung abnimmt. Palliativmedizin kann oft den medizinischen Fortschritt der Lebensverlängerung flankieren und helfen, Nebenwirkungen und Begleiterscheinungen zu lindern. Sie wurde zu einem selbstständigen Fach mit eigenen Behandlungskonzepten und akademischer Ausrichtung in Forschung und Lehre entwickelt. In manchen angelsächsischen Ländern hat sie Facharztstatus, in Deutschland gibt es eine palliativmedizinische Zusatzweiterbildung.

? Was genau bedeutet „terminale Sedierung“? Welchen Stellenwert hat sie heute?

Beck: Die „palliative Sedierung“ – früher „terminale Sedierung“ – ist eine medizinische Intervention, die bei Erkrankten mit schweren Symptomen im fortgeschrittenen Stadium unheilbarer Krankheiten genutzt wird. Das geschieht, wenn andere Maßnahmen zur Symptomkontrolle nicht ausreichen. Ziel ist, das Leiden der Erkrankten zu lindern, indem sie in ein künstliches Koma versetzt werden. Darin nehmen sie keine Schmerzen mehr wahr.

Die palliative Sedierung ist nur ein letztes Mittel. Erst werden Schmerzmedikation, Atemwegsunterstützung, angstreduzierende Medikamente und psychosoziale Betreuung angewendet, um die Symptome zu kontrollieren. Wenn das nicht reicht, wird die palliative Sedierung unter sorgfältiger ärztlicher Überwachung durchgeführt. Ziel ist, das Leiden zu verschlafen, ohne das Leben aktiv zu verkürzen. Sie kann auch zu Hause oder im Pflegeheim durchgeführt werden, zum Beispiel von der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). Manche Behandelnde argumentieren, dass damit ein Mittel zur Verfügung steht, das assistierten Suizid ersetzt. Dieser Meinung schließe ich mich explizit nicht an.



© D. Beck

Dr. Dietmar Beck

Dr. Dietmar Beck stellt einen Patienten vor

Herr Mailänder war 71 Jahre alt, als ich ihn kennenlernte. Er war bis zum 65. Lebensjahr als Ingenieur tätig, kinderlos und lebte mit seiner Ehefrau zusammen. Sie waren viel gereist, die Toskana wurde zur zweiten Heimat. Er war gesund und aktiv. Im Alter von 68 Jahren wurde ALS diagnostiziert. Die Krankheit begann schleichend mit spastisch aufsteigender Lähmung zuerst der Extremitäten und des Rumpfs.

Ein Jahr später wurde eine perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) angelegt. Nach einem weiteren Jahr war seine Atmung so schwach, dass eine nichtinvasive Beatmung indiziert war. Sie wurde zunächst nur nachts eingesetzt. Ab dann verschlechterte sich der Zustand kontinuierlich, die Muskulatur in Brust und Hals wurde schwächer und der Patient konnte Schleim und Speichel nicht abhusten. Er musste auch tagsüber häufiger beatmet werden, dennoch trat regelmäßig Atemnot auf. Sein Leben wurde immer beschwerlicher. In seinen Augen überlagerten die Belastungen der Krankheit sein gesamtes Leben und Mailänder nahm mit der Dignitas Schweiz Kontakt auf, um sein Leben zu beenden. Er holte Informationen ein, aber seine Frau war dagegen, sie wollte ihn noch nicht verlieren. Mailänder gab daraufhin den Suizidedanken in der Schweiz auf.

Dem Ehepaar stand ein befreundeter, kompetenter Hausarzt zur Seite, der die SAPV ein-

schaltete. Der Patient war sehr freundlich, er formulierte höflich bei meinem ersten Besuch zu Hause, er wisse, dass ich keine Sterbehilfe leisten dürfe, aber eigentlich sei das sein Wunsch. Er konnte noch mithilfe einer tagsüber ständig anwesenden Pflegekraft für wenige Stunden das Bett zu verlassen, am Schreibtisch arbeiten und mühsam mit seiner Frau und Freunden kommunizieren. Die nächtliche Pflege und Bedienung des Beatmungsgeräts übernahm seine Frau. Oft kam es nachts zu Attacken mit Atemnot und Panik, die Beatmungsmaße musste immer wieder abgenommen und neu angelegt werden.

Wir behandelten ihn mit Medikamenten, die seine Symptome, Atemnot und Schmerzen linderten und kümmerten uns auch um seelische Bedürfnisse. Bald äußerte Mailänder den Wunsch nach Sedierung, die dann einsetzen sollte, wenn er seine Erstickungsangst und Panik nicht mehr aushalten könnte. Unter der Sedierung würde er auch auf die Beatmung verzichten, um das Leben nicht noch weiter zu verlängern. Ich sah es als meine ärztliche Pflicht an, zu helfen und bei geeigneter Indikation den Wunsch zu erfüllen. Diese Zusage hat den Patienten sehr erleichtert. Er beschloss, die künstliche Ernährung über die PEG-Sonde zu reduzieren.

So wünschte sich Mailänder sein Ende zunehmend herbei und seine Frau unterstützte ihn. Eines Tages war er alleine. Er robbte zum

Schrank, in dem sich eine Pistole befand. Warum er diese besaß, ist mir nicht bekannt. Mailänder begab sich zur geöffneten Balkontür, um sich zu erschießen, jedoch missglückte der Suizid. Ein Streifschuss an der Schläfe mit leichter Weichteilverletzung war die Folge. Danach wurde nur noch Flüssigkeit durch die PEG gegeben, ohne die Flüssigkeit war das Leben für ihn unerträglich. Einige Wochen später begannen wir die palliative Sedierung, nach einer weiteren Woche verstarb der Patient.

Ich telefonierte noch öfter mit seiner Frau. Sie erzählte, dass ihr Mann sehr froh über die Hilfe der SAPV und die Zusage zur palliativen Sedierung gewesen war. Das habe ihn in den letzten Monaten am Leben gehalten. Sie erzählte mir, ihr Mann habe den Sedierungstermin herbeigesehnt. Er habe geweint, als ich den Zeitpunkt wegen einer anderen beruflichen Verpflichtung um einige Tage verschieben musste. Das Ehepaar hat seine Erlaubnis erteilt, diese Kasuistik zu teilen. Sie wollten auf die Notwendigkeit von Suizidassistenten in qualvollen Situationen hinweisen. Warum ich ihm seinerzeit – noch vor der Einführung des § 217 – keine Suizidassistenten angeboten hatte? Ich hätte nicht um die Durchführung gewusst. Zudem hätte ich die Assistenten nicht mit einem Palliative-Care-Team verrichten können, in dem auch Mitarbeitende tätig waren, die dem ablehnend gegenüberstanden.

? Sie haben dazu beigetragen, dass das BVerfG am 26. Februar 2020 den § 217 abgeschafft hat. Was waren Ihre Gründe, den Prozess zu führen?

Beck: Das „Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung“ hatte unsägliche Auswirkungen. Es führte zu Hemmnissen in Therapie, Beratung und im Arzt-Patienten-Gespräch und damit auch zur Hemmung der ärztlichen Berufsausübung.

Manche Ärztinnen und Ärzte haben zum Beispiel nur kleine Mengen starkwirksamer Opioiden für wenige Tage verordnet. Das war belastend für Angehörige, die ständig Rezepte abholen mussten. Die Ärztinnen und Ärzte befürchteten einen Verstoß gegen § 217, wenn sie übliche Mengen verordneten, die, auf einmal eingenommen, potenziell tödlich wirken könnten.

Oder sie wagten nicht mehr, lebensverlängernde Maßnahmen entsprechend einer Patientenverfügung und dem Votum der

Betreuung abzubrechen. Beispielsweise, wenn die Sondenernährung bei einer Person beendet werden sollte, die sich ohne Chance auf Besserung im Wachkoma befand und die Behandlungseinstellung für diese Situation in der Verfügung festgelegt hatte. In anderen Fällen waren Menschen zum Sterbefasten im Hospiz oder Pflegeheim entschlossen. Die Leitung nahm sie nicht auf, weil sie eine Kollision mit § 217 befürchtete. Solche Fragen führten zu Verunsicherung im Gesundheitsbereich. Hier kollidierte der § 217 mit der Berufsordnung.

Auch war das Gespräch über Suizid verboten. Es galt als Förderung der Selbsttötung, auch wenn jemand nur über die Idee, zur Suizidassistenten in die Schweiz zu fahren, sprechen wollte. Das BVerfG hat festgestellt, dass das Grundrecht auf Selbstbestimmung auch das Recht beinhaltet, selbst zu entscheiden, wie und wann ein Mensch sterben möchte. In Würde und ohne unzumutbare

Leiden zu sterben, sei ein grundlegendes Element der menschlichen Würde und damit geschützt. Daraufhin wurde der § 217 StGB aufgehoben. Dennoch befinden wir uns nicht im rechtsfreien Raum. Wichtig ist, dass ein Mensch den Wunsch nach Suizidhilfe freiverantwortlich und unbeeinflusst von äußeren Zwängen, hirnorganischen oder akuten psychischen Erkrankungen formulieren kann. Falls Helfende bei einem Suizid ohne freiverantwortliche Entscheidung der betroffenen Person assistieren, drohen Klagen wegen Totschlags in mittelbarer Täterschaft (§ 212 StGB). Die Strafbefreiung fällt höher aus als unter § 217. Unser Recht schützt also schon heute vor missbräuchlicher Suizidassistenten.

! Lieber Herr Beck, vielen Dank für das Interview!

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach

Aktuelle Sicherheitsprofile von Medikamenten

Rote Hand bedeutet Risiko

Bei in Zulassungsstudien für sicher befundenen Medikamenten treten bei der breiten Anwendung manchmal trotzdem unerwartete Nebenwirkungen auf. Rote-Hand-Briefe weisen auf diese Risiken hin, um Patientinnen und Patienten zu schützen.



Rote-Hand-Briefe sind schnelle postalische Informationen, die auf Risiken von Arzneimitteln hinweisen. Im angloamerikanischen Raum heißen sie Direct Healthcare Professional Communication (DHPC). Die Briefe beziehen sich meist auf Wirkstoffe oder allgemein den Umgang mit Arzneimitteln. Sie weisen zum Beispiel auf Besonderheiten bei Einnahme, Umgang, Behältnissen, Lagerung, Spritzen sowie auf Verunreinigungen hin.

Nachdem Zulassungsstudien an einem ausgewählten Patientenklientel durchgeführt werden, ergibt sich nach der Zulassung teils ein anderes Sicherheitsprofil. Untersuchungen zur Arzneimittelsicherheit finden zunehmend auch auf europäischer Ebene in Risikobewertungs- oder Signalverfahren statt. Über neue Erkenntnisse informieren die Rote-Hand-Briefe. Später fließen sie in die Fachinformation ein. Pharmazeutische Unternehmen sind nach dem Arzneimittelgesetz verpflichtet, diese Informationen bekannt zu geben. Das kann auch durch Behörden angeordnet werden.

Briefe in ZNS-Bereichen

In den ZNS-Fachgebieten gab es in letzter Zeit die in **Tab. 1** aufgeführten Rote-Hand-Briefe.

Im Jahr 2021 berichteten wir im NeuroTransmitter über damalige Rote-Hand-Briefe in den Fachgebieten [1]. Das betraf folgende Medikamente:

- Gilenya® (Fingolimod): Risiko für Leberversagen,
- Tecfidera® (Dimethylfumarat): Progressive multifokale Leukenzephalopathie bei Lymphopenie,
- Lemtrada® (Alemtuzumab): Myokardinfarkt oder Hirnblutung und
- Tolperison: Spastik nach Apoplex, anaphylaktischer Schock.

Folgen der Briefe

Die Briefe wirken sich auf das Verschreibungsverhalten aus. So wird zum Beispiel Alemtuzumab kaum noch eingesetzt, seit Risiken durch die Einnahme bekannt wurden. Das liegt sicher auch daran, dass es sichere Alternativen gibt.

Abzugrenzen vom Rote-Hand-Brief ist der seltenere Informationsbrief, der

als Blaue-Hand-Brief bezeichnet wird. Er kommt etwa zum Einsatz, wenn die Zulassung erweitert wird. Das war zum Beispiel der Fall für Betaferon bei Schwangeren und in der Stillzeit, oder als eine Patientenkarte für Valproat veröffentlicht wurde. Der Blaue-Hand-Brief wird auch genutzt, wenn beispielsweise eine neue Farbgebung für Medikamente existiert oder sich die entsprechenden Handelsnamen ändern.

Beide Briefe haben ein einheitliches, geschütztes Logo. Das Logo des Rote-Hand-Briefes sehen Sie oben rechts auf dieser Seite. Der Aufbau ist im Kodex der Freiwilligen Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie e. V. und des Vereins für Arzneimittel und Kooperation im Gesundheitswesen e. V. festgehalten. Die Anzahl der pro Jahr versandten Briefe steigt. Sie beträgt für alle Fachgruppen insgesamt etwa 40. Auch im digitalen Zeitalter werden die Briefe wegen ihrer Relevanz und um die Lesewahrscheinlichkeit zu erhöhen per Post versendet. Wer die elektronische Variante bevorzugt, kann sich auf der Internetseite des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte aktiv informieren [2]. Eine andere Option ist die kostenlose Zeitschrift der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft [3].

Prof. Dr. med. Markus Weih, Nürnberg

Tab. 1: Aktuelle Rote-Hand-Briefe (Stand: März 2024)		
Datum	Arzneimittel	Risiken
19.2.2024	Valproinsäure	Neurologische Entwicklungsstörungen bei Kindern, deren Väter behandelt wurden
15.2.2024	Pseudoephedrin (enthalten in Erkältungsmitteln)	Fallberichte eines posterioren reversiblen Enzephalopathiesyndroms und eines reversiblen zerebralen Vasokonstriktionssyndroms
2.11.2023	Topiramate	Implementierung eines Schwangerschaftsverhütungsprogramms
18.8.2023	Ozanimod	Dosisreduktion bei leichter oder mittelschwerer chronischer Leberfunktionseinschränkung
16.2.2022	Cladribin	Leberschäden, einschließlich schwerwiegender Fälle

Literatur

1. Weih M. So bleiben Sie über Rote-Hand-Briefe auf dem Laufenden. 2021;32(1-2):24
2. Rote-Hand-Briefe und Informationsbriefe. www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/Risikoinformationen/Rote-Hand-Briefe/_node.html (Zugriff am 5.3.2024)
3. Arzneiverordnung in der Praxis (AVP). www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/avp (Zugriff am 5.3.2024)

Radiologische Bilder auf CD in der Praxis betrachten

Besser einen Zaun bauen, als die Pferde jedes Mal neu einfangen

Radiologisches Bildmaterial auszuwerten, führt in der Praxis öfter zu Ärgernissen. Eine einfache Lösung bietet die Installation einer eigenen Bildbetrachtungssoftware.

In einem kürzlich publizierten Kurzbeitrag in *Der Nervenarzt* [1] beklagt der Autor – wie viele Nicht-Radiologinnen und -Radiologen –, dass es mühselig sei, von Patientinnen und Patienten mitgebrachtes Bildmaterial auf CD zu sichten, da man sich stets an neue Software und Formate sowie unterschiedliche Darstellungsarten gewöhnen müsse. Früher sei es einfacher gewesen; Röntgenbilder hätten sich zur Not auch gegen das Fenster ansehen lassen. Bei professioneller Herangehensweise war der Lichtkasten jedoch Pflicht. Und analog argumentiert wäre es daher auch früher anstrengend gewesen, den von Patientinnen und Patienten leihweise mitgebrachten Lichtkasten jedes Mal neu montieren zu müssen.

Auf das Problem hatten wir bereits mehrfach hingewiesen und ausführlich Lösungsvorschläge vorgestellt [2, 3, 4]. Wäre früher ein eigener Lichtkasten eine nützliche Investition gewesen, ist heutzutage die nach wie vor einfachste Option die Installation einer eigenen Bildbetrachtungssoftware. In diese müssen Sie sich nur ein einziges Mal einarbeiten, dann können Sie alle mitgebrachten CDs in der gewohnten Umgebung betrachten. Es ist sinnvoll, die CDs bereits am Tresen von den MFA einlesen zu lassen. So sind einige Handgriffe bereits erledigt und geht keine Zeit während des Patientenkontaktes verloren.

Wichtiger Sicherheitsaspekt beim Einlesen: Erlauben Sie in der Systemeinstellung keinesfalls das selbstständige Abspielen von CDs. Sonst darf Ihr PC unbekannte Software ausführen und ist akut virengefährdet! Wenn Sie dagegen nur Dicom-Daten einlesen, ist das Risiko deutlich geringer.



© MarcDietrich / Fotolia

Goldene Lösung – Mit einer eigenen Bildbetrachtungssoftware verliert die Darstellungsvielfalt von radiologischem Bildmaterial auf CD ihren Schrecken.

Ohne Anspruch auf Vollständigkeit möchten wir Ihnen zwei Softwarevarianten empfehlen, die einfach zu installieren sind und stabil funktionieren: Für Mac-User gibt es die kostenfreie Software „Horos“. Sie läuft separat, kann aber auch in das Praxisverwaltungsprogramm Tomedo integriert werden. Für Windows können wir das Programm „RadiAnt“ (www.radiantviewer.com) empfehlen. Es kostet knapp 40 € pro Jahr.

Literatur

1. Golder WA. Die Bilder springen nicht in die Augen – Die Betrachtung radiologischen Bildmaterials auf Datenträgern erfordert Geduld. *Nervenarzt*. 2023;94:1148-9
2. Freund W. MRT-Bilder auf CD – Ärger oder Bereicherung? *NeuroTransmitter*. 2017;28(3):25-7
3. Freund W. MRT-Bilder auf CD (Teil 2) – Ein konstruktiver Lösungsvorschlag. *NeuroTransmitter*. 2017;28(4):16-9

4. Freund W, Weih M. Patient mit MRT-CD: Ärger oder Bereicherung? *NeuroTransmitter*. 2021;32(3):33-5

AUTOREN

Prof. Dr. med. Wolfgang Freund

Arzt für Neurologie, Diagnostische Radiologie und Psychotherapie
Waaghausstraße 9
88400 Biberach

freund-ulm@t-online.de



Prof. Dr. med. Markus Weih

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

Neue STIKO-Mitglieder berufen

Impfen – wen, wann, wogegen?

Seit Februar 2024 hat die Ständige Impfkommission neue Mitglieder. Vor dem Wechsel wurden allerdings noch aktuelle Empfehlungen gegeben. Darin steht unter anderem, wer gegen COVID-19, Meningokokken und Pneumokokken geimpft werden soll.

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat gemeinsam mit den obersten Gesundheitsbehörden der Länder turnusmäßig die Mitglieder der Ständigen Impfkommission (STIKO) neu berufen. Insgesamt sitzen 19 Personen im Gremium. Neben Fachleuten aus Immunologie, Virologie, Mikrobiologie, Pädiatrie, Gynäkologie, Allgemein- und Arbeitsmedizin wurde die STIKO um eine Expertise in Modellierung und Kommunikation erweitert. Angelehnt an Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sowie an Berufungszeiten in anderen Ländern wurde die der neuen Mitglieder auf maximal drei Perioden von je drei Jahren begrenzt. Das soll die Unabhängigkeit sichern. Die neu bestellte STIKO trat am 12. und 13. März 2024 zu ihrer konstituierenden Sitzung zusammen [1].

Impfempfehlungen

Kurz vor der Neuberufung aktualisierte die bisherige Kommission Ende Januar 2024 die Impfempfehlungen. Drei von ihnen sind besonders für die Neurologie und Kinderneurologie relevant [2].

COVID-19

Die STIKO rät zur Basisimmunität mit mindestens drei Antigenkontakten in Form von Impfungen mit mindestens einer Impfdosis oder Infektion

- allen Personen ab 18 Jahren,
- Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeeinrichtungen und Personen mit relevanten Grunderkrankungen ab sechs Monaten,
- medizinischem beziehungsweise pflegendem Personal mit direktem Kontakt zu Patientinnen und Patienten oder Bewohnenden,

- Familienangehörigen und engen Kontaktpersonen ab dem Alter von sechs Monaten von Personen, bei denen nach einer COVID-19-Impfung keine schützende Immunantwort zu erwarten ist, und

- Frauen im gebärfähigen Alter sowie Schwangeren.

Zudem empfiehlt die STIKO eine jährliche Impfung im Herbst mit einem zugelassenen mRNA- oder proteinbasierten COVID-19-Impfstoff mit jeweils einer von der WHO empfohlenen Variantenanpassung

- allen Personen ab einem Alter von 60 Jahren,

- Personen mit relevanten Grunderkrankungen ab sechs Monaten,

- Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeeinrichtungen,

- medizinischem beziehungsweise pflegendem Personal mit direktem Kontakt zu Patientinnen und Patienten oder Bewohnenden sowie

- Familienangehörigen und engen Kontaktpersonen ab dem Alter von sechs Monaten von Personen, bei denen nach einer COVID-19-Impfung keine schützende Immunantwort zu erwarten ist, zum Beispiel durch eine Immuntherapie bei Multipler Sklerose.

Meningokokken B

In Deutschland wurde seit dem Jahr 2004 ein Rückgang der Inzidenz von Meningokokkeninfektionen beobachtet. Gegenwärtig liegt die bundesweite jährliche Inzidenz bei unter 0,4 Erkrankungen pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern. Die Mehrzahl der Erkrankungen wird durch Erreger der Serogruppe B (60%) und seltener der Serogruppen C, W und Y (jeweils 10–15%) verursacht, während andere Serogruppen



Für COVID-19, Meningokokken und Pneumokokken hat die STIKO die Informationen darüber aktualisiert, welche Personen dringend geimpft werden sollen.

pen selten beobachtet werden. Der Anteil der Erkrankungen durch Erreger der Serogruppe C hat sich vor allem bei Kleinkindern verringert, seitdem im Jahr 2006 für alle Kinder im ersten Lebensjahr eine Impfung mit einem monovalenten Meningokokken-C-Konjugatimpfstoff empfohlen wird. Bei der Geburtskohorte aus dem Jahr 2016 lag die Meningokokken-C-Impfquote im Alter von zwei beziehungsweise drei Jahren bei 78 % und 83 %. Zum Schulanfang lag sie im Jahr 2018 bei 90 %. Die COVID-19-Schutzmaßnahmen haben zu einer drastischen Reduktion der Zahl invasiver Meningokokkenfälle von 257 im Jahr 2019 auf 138 im Jahr 2020 geführt.

Die STIKO befürwortet seit Januar 2024 auch eine Standardimpfung von Säuglingen gegen Meningokokken der

Serogruppe B. Da die Erkrankung bereits in den ersten Lebensmonaten gehäuft auftritt, soll mit einer 2+1-Impfserie zum frühestmöglichen Zeitpunkt begonnen werden. Die Impfungen sollen im Alter von zwei, vier und zwölf Monaten erfolgen. Bei Säuglingen und Kleinkindern von unter zwei Jahren ist eine Paracetamolgabe empfohlen, die zeitgleich mit der Impfung oder kurz danach begonnen werden sollte. Nachholimpfungen sollen spätestens bis zum fünften Geburtstag verabreicht werden.

Pneumokokken

Für die Standardimpfung von Personen ab 60 Jahren sowie die Indikationsimpfung von Personen ab 18 Jahren mit Risikofaktoren wird die Verwendung des 20-valenten Konjugatimpfstoffs

(PCV20) angeraten. Wer berufliche Tätigkeiten wie Schweißen und Trennen von Metallen durchführt, die zu einer Exposition gegenüber Metallrauch einschließlich metalloxidischem Schweißrauch führen, soll eine Impfung mit PCV20 erhalten. Die Anwendung von PPSV23 allein oder als sequenzielle Impfung wird für Personen ab 18 Jahren nicht mehr vorgeschlagen.

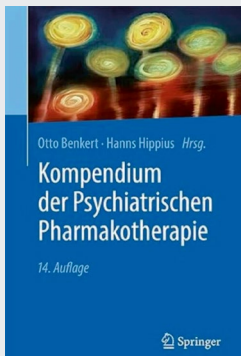
Dr. med. Sonja Faust, Berlin

Literatur

1. Robert Koch Institut. www.rki.de (Zugriff am 24.1.2024)
2. Bundesgesundheitsministerium beruft neue STIKO-Mitglieder. 12.1.2024. www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/bundesgesundheitsministerium-beruft-neue-stiko-mitglieder-pm-12-02-2024.html (Zugriff am 24.1.2024)

Buch-Tipp!

Einstieg in die Pharmakotherapie



Otto Benkert, Hanns Hippus (Herausgeber)

Kompendium der psychiatrischen Pharmakotherapie

Springer Verlag 2023, 14. aktualisierte Auflage, 1.047 Seiten, 65 €, ISBN: 978-3662676844

Die psychiatrische Pharmakotherapie hat in den letzten Jahrzehnten große Fortschritte gemacht. Das Buch mit dem Titel „Kompendium der psychiatrischen Pharmakotherapie“ von Prof. Dr. Otto Benkert und dem im Jahr 2021 verstorbenen Herausgeber Prof. Dr. Hanns Hippus hat diese Fortschritte stets begleitet. Verlässlich bietet es eine detaillierte und gut strukturierte Exploration des komplexen Themenfeldes. Mit der 14. Auflage liefert das Werk jetzt eine umfassende

Ressource, die sowohl für Fachleute als auch für Studierende der Psychiatrie wertvoll ist. Erneut ist das Buch in seinem Umfang gewachsen. Hatte die letzte Auflage noch 956 Seiten, sind es nun 1.047. Das Buch führt zu Beginn detailliert in die Grundlagen der Psychopharmakologie ein. Das ist insbesondere für Leserinnen und Leser mit geringen Vorkenntnissen oder für Ärztinnen und Ärzte aus anderen Fachgebieten nützlich. Die klare und präzise Sprache ermöglicht einen leichten Einstieg, obwohl komplexe Konzepte erläutert werden. Die Autoren nehmen sich Zeit, die Grundlagen verschiedener psychiatrischer Störungen zu erklären, wodurch die Wirkmechanismen der Psychopharmaka leichter verständlich sind.

Ein herausragendes Merkmal des Buches ist die systematische Darstellung verschiedener Medikamentenklassen. Kapitel eins fängt mit Antidepressiva an, es folgen bipolare Störungen, Antipsychotika und Anxiolytika. Jede Klasse wird ausführlich behandelt, wobei die Autoren sowohl auf die klinische Anwendung als auch mögliche Neben- und Wechselwirkungen eingehen. Dies ermöglicht es, fundiert zu entscheiden, welche Medikamente in der psychiatrischen Praxis auszuwählen und anzuwenden sind. Abgerundet wird das Buch unter anderem durch Kapitel zu Medikamenten bei Schlafstörungen und bei Sucht sowie zu Antidementiva.

Neu hinzugekommen sind sechs Substanzen: Desvenlafaxin, Daridorexant, Eszopiclon, Oxybate, Lecanemab (dieses Medikament wird sehr kritisch behandelt) und Semaglutid, das keine Zulassung im psychiatrischen Bereich hat.

Positiv hervorzuheben ist, dass das Buch auf neueste wissenschaftliche Entwicklungen eingeht. Das ist besonders wichtig in einem Bereich, der sich ständig wandelt, weil neue Erkenntnisse veröffentlicht werden und Medikamente auf den Markt kommen. Die Abdeckung neuartiger Therapieansätze und innovativer Medikamente spiegelt den aktuellen Stand der Forschung wider.

Die praxisorientierte Herangehensweise des Buches wird leider nicht durch Fallstudien und klinische Beispiele verstärkt. Das ist bei einem derartigen Standardwerk aber auch nicht unbedingt nötig. Es bietet ohnehin eine wertvolle Ressource für Fachleute, Studierende und angehende Psychiaterinnen und Psychiater. Der aktuelle „Benkert-Hippus“ liefert erneut ein umfassendes Kompendium und eine gut recherchierte Darstellung der psychiatrischen Pharmakotherapie. Er ist eine unverzichtbare Lektüre für alle, die ihr Wissen in diesem dynamischen Gebiet mit schnell wirkenden Medikamenten wie etwa Antidepressiva vertiefen möchten.

Prof. Dr. med. Markus Weih, Nürnberg

Migräneprophylaxe

Hilfestellungen zur wirtschaftlichen Verordnung monoklonaler Antikörper

Mit der Einführung der monoklonalen Antikörper gegen CGRP oder dessen Rezeptor ist die Migräneprophylaxe vielfältiger, aber auch komplexer geworden. Lesen Sie, wie Sie bei der Verordnung der vergleichsweise teuren Präparate das Gebot der Wirtschaftlichkeit einhalten.

Von Migräne sind in Deutschland circa 15 % aller Frauen und 6 % der Männer betroffen [1]. Treten Migräneattacken häufig auf oder gehen mit ausgeprägten Beschwerden oder anhaltender Aura einher, sollten neben der Vorbeugung durch Information und Verhaltensmodifikation Migräneprophylaktika angeboten werden [2]. Ziel der Prophylaxe ist es, Häufigkeit, Schwere und Dauer der Attacken zu senken. Von einer effektiven Behandlung wird eine Reduktion dieser Parameter um 50 % erwartet [2, 3]. Erreicht werden kann dies mit monoklonalen Antikörpern, die als neue effektive Therapieoptionen anerkannt sind. Das ist ein Fortschritt für Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte. Bürokratie stellt in Deutschland aller-

dings eine Hürde in der Verordnung dar, obgleich von Unterversorgung berichtet wird [4, 5].

Wirksamkeit

Seit dem Jahr 2019 sind mittlerweile vier verschiedene monoklonale Antikörper auf dem deutschen Markt eingeführt worden. Sie sind zur prophylaktischen Behandlung von episodischer und chronischer Migräne zugelassen und können Migräneattacken wirksam und verträglich vorbeugen. Dies sind (in alphabetischer Reihenfolge): Eptinezumab (Vyepiti®), Erenumab (Aimovig®), Fremanezumab (Ajovy®) und Galcanezumab (Emgality®).

Nach der aktuellen S1-Leitlinie „Therapie der Migräneattacke und Prophyla-

xe der Migräne“ können Unterschiede in der Wirksamkeit oder anderer Charakteristika der monoklonalen Antikörper nicht bewertet werden, da keine direkten Vergleichsstudien existieren [2]. Untersuchungen, die die Ergebnisse der jeweiligen Zulassungsstudien vergleichen [6, 7, 8], werden in der S1-Leitlinie als „methodisch kritisch“ bewertet. Das liegt daran, dass die jeweiligen Studien unterschiedliche Ein- und Ausschlusskriterien sowie Dosierungen beinhalten. Zudem wird darin auf ungleiche Weise berechnet, wie stark die Zahl der Migränetage reduziert werden konnte. Auch nach Zusammenfassung aller Daten zeigten sich keine Unterschiede in der Wirksamkeit der monoklonalen Antikörper gegen das Calcitonin Gene-Rela-



Auch in der Migräneprophylaxe ist das Gebot der Wirtschaftlichkeit einzuhalten. Bei der Wahl eines Arzneimittels sind (individuelle) medizinische Gründe jedoch gewichtiger als wirtschaftliche.

ted Peptide (CGRP) oder den CGRP-Rezeptor. Weder unterschieden sich die durchschnittliche Reduktion der Zahl der monatlichen Migränetage noch die Ansprechraten. Alle Präparate sind in der Prophylaxe der episodischen und chronischen Migräne wirksam und haben ein gutes Verträglichkeitsprofil. Auch neueste Metaanalysen zeigen kein eindeutiges Bild einer Überlegenheit eines einzelnen monoklonalen Antikörpers [9, 10]. Abweichungen gibt es jedoch in der Darreichungsform, manche Antikörper werden intravenös und andere subkutan verabreicht.

Wie also können diese Antikörper in der vertragsärztlichen Versorgung wirtschaftlich eingesetzt werden, und wie wirken sich deren Unterschiede dabei aus?

Wirtschaftlichkeitsgebot

In der ärztlichen Versorgung gilt grundsätzlich das Wirtschaftlichkeitsgebot. Sind mehrere gleichwertige Behandlungsstrategien verfügbar, um ein Therapieziel zu erreichen, schreibt § 9 Abs. 2 Arzneimittelrichtlichtlinie vor, dass die nach Tagestherapiekosten und Gesamtbehandlungsdauer wirtschaftlichste Alternative gewählt werden muss.

Ob eine „preisgünstige“ Verordnung auch immer „wirtschaftlich“ und „gleichwertig“ ist, ergibt sich nach der Rechtsprechung aus den individuellen Behandlungsumständen. Es gibt keine Verpflichtung zur „Billigmedizin“. Damit das **Minimalprinzip** Anwendung findet, bedarf es zunächst einer feststehenden therapeutischen Gleichwertigkeit im jeweiligen Behandlungsfall, zum Beispiel im Vergleich einer oralen und einer nichtoralen Therapie. Vor Beginn einer Migräneprophylaxe ist daher zu bewerten,

- ob der Behandlungserfolg mit bisherigen Arzneimitteln (Vortherapien) herbeigeführt werden kann,
- ob dafür sämtliche Vortherapien (Topiramat, Metoprolol, Propranolol, Flunarizin, Amitriptylin; bei chronischer Migräne zusätzlich Botulinumtoxin A) ausgereizt sein müssen,
- welcher der vier Antikörper eingesetzt werden kann,
- wann welcher der Antikörper als „wirtschaftlich“ gilt,

- ob eine sachgemäße Selbstapplikation gewährleistet ist,
- ob Belange der Wirtschaftlichkeit gegenüber medizinischen Erwägungen oder der möglichen Compliance gewichtiger sind, und
- ob ein Rabattvertrag mit der jeweiligen Krankenkasse besteht.

Medizinische Gründe vor Wirtschaftlichkeit

Ärztinnen und Ärzte schulden ihren Patientinnen und Patienten eine effektive Therapie. Medizinische Gründe sind rechtlich vorrangig, finanzielle Aspekte bei der Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit der Heilbehandlung sekundär (BGH vom 12. März 2003 – IV ZR 278/01). Vertragsärztinnen und -ärzte können aus behandlungsindividuellen Umständen von der preiswertesten Alternative abweichen (BSG vom 31. Mai 2006 – B 6 KA 13/05 R, RN 32). Solche Umstände ergeben sich zum Beispiel bei Kontraindikationen, Nebenwirkungen oder unzureichender Wirkung (LSG Berlin-Brandenburg vom 28. Oktober 2009 – L 7 KA 131/06), sodass durch die Therapiefreiheit entschieden werden kann, welches der generell in Betracht kommenden Alternativpräparate im konkreten Fall vorzugswürdig ist.

Im Einzelfall ist zu prüfen, ob ein „Anlass zur Verordnung eines teureren Medikamentes“ besteht (BSG vom 20. Oktober 2004 – B 6 KA 41/03). Somit müssen nicht zuvor alle preiswerteren, aber im konkreten Behandlungsfall medizinisch ungeeigneten Alternativen probiert werden. Ärztinnen und Ärzte sind nicht gezwungen, Therapieexperimente zu machen (LSG Berlin-Brandenburg vom 28. Oktober 2009 – L 7 KA 131/06), die voraussichtlich nicht den gewünschten Behandlungserfolg bringen.

Wird im Rahmen der partizipativen Entscheidungsfindung patientenseitig eine bestimmte Therapie abgelehnt, ist dies zu berücksichtigen. Ärztinnen und Ärzte müssen auch auf Angaben der Patientinnen und Patienten zu Erfahrungen mit den bisherigen Wirkstoffen für die Migräneprophylaxe vertrauen können und diese bei der Therapieplanung bedenken.

Für die Migräneprophylaxe fehlen mit einer Ausnahme direkte Wirkstoffver-

Minimalprinzip

Zu „medizinisch gleichwertigen Therapieansätzen“ stellt die Rechtsprechung fest, dass der Vertragsarzt nach dem sogenannten Minimalprinzip (mit dem geringstmöglichen Aufwand die erforderliche Leistung zu erbringen) verpflichtet ist, bei zwei zur Behandlung zur Verfügung stehenden, medizinisch gleichwertigen Therapieansätzen, den kostengünstigeren zu wählen (BSGE 96, 261 = SozR 4-2500 § 92 Nr. 5 RdNr 44; vgl. auch BSG Beschluss vom 31. Mai 2006 – B 6 KA 68/05 B – Juris RdNr 11; ebenso z. B. Noftz in Hauck/Noftz, Stand Einzelkommentierung 2000, SGB V, Juni 2014, § 12 RdNr 23; Roters in Kasseler Komm, § 12 SGB V RdNr 41).

Das Minimalprinzip ist grundsätzlich auch im Verhältnis zweier therapeutisch gleichwertiger, aber unterschiedlich teurer Arzneimittel zu beachten (so ausdrücklich LSG Berlin-Brandenburg Urteil vom 28. Oktober 2009 – L 7 KA 131/06 – Juris RdNr 52; in diesem Sinne auch BSGE 96, 261 = SozR 4-2500 § 92 Nr. 5 RdNr 44; BSG SozR 4-2500 § 106 Nr. 6 RdNr 28; BSG SozR 4-2500 § 35 Nr 6 RdNr 14).

gleiche [11]. Der G-BA hätte sich gewünscht, für die monoklonalen Antikörper vergleichende Daten zu anderen älteren und etablierten Wirkstoffen zu haben. Damit hätte er leichter eine frühe Nutzenbewertung erstellen können. Mittlerweile liegen erste direkte Vergleichsdaten für Erenumab vor. Es war in den Studien wirksamer und nebenwirkungsärmer als Topiramat [11]. Aufgrund dieser Daten hat der G-BA einen „Anhaltspunkt für einen beträchtlichen Zusatznutzen“ festgestellt [12].

Durch diese Bewertung kommt es jedoch zu einer kniffligen Entscheidungskonstellation für behandelnde Ärztinnen und Ärzte. Alle vier Antikörper sind zur Migräneprophylaxe bei Erwachsenen mit mindestens vier Migränetagen pro Monat zugelassen. Aus den Fachinformationen selbst ist mithin keine Notwendigkeit einer anderweitigen Vorbehandlung vorgeschrieben [13, 14, 15, 16]. In den G-BA-Nutzenbewertungsverfahren wurden hingegen auch Studien vorgelegt, in denen zuvor zwei bis vier andere Prophylaxen erfolglos ausprobiert wurden (Topiramat, Metoprolol, Prop-

Rechtlicher Rahmen für die wirtschaftliche Verordnung in der Migräneprophylaxe

- Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, effektiv zu therapieren.
- Sie müssen sich auf Angaben von Patientinnen und Patienten verlassen können.
- Bei der Wahl eines Arzneimittels für die Migräneprophylaxe sind medizinische Gründe gewichtiger als wirtschaftliche. Die Verordnungsmöglichkeit jedes einzelnen monoklonalen Antikörpers wird durch die Ergebnisse der G-BA-Nutzenbewertungen und den darauf basierenden Praxisbesonderheiten nicht eingeschränkt.
- Ärztinnen und Ärzte müssen nur bei Gleichwertigkeit der alten und neuen Migräneprophylaktika im jeweiligen Behandlungsfal das jeweils günstigere verordnen.
- Der Wechsel von einem auf einen anderen monoklonalen Antikörper ist möglich, ohne gegebenenfalls noch nicht berücksichtigte Vortherapien „nachholen“ zu müssen.
- Rabattverträge sichern die Wirtschaftlichkeit des Einsatzes der monoklonalen Antikörper für die Migräneprophylaxe umfassend ab; Praxisbesonderheiten nur im Rahmen ihrer Vorgaben.
- Die medizinischen Gründe für die Auswahl eines Antikörpers sollten fallbezogen dokumentiert werden.

ranolol, Flunarizin, Amitriptylin und Botulinumtoxin A). Diese Vortherapien hat der G-BA bei der Nutzenbewertung in seinen Beschlüssen integriert beziehungsweise gründet seine Beschlüsse zur Feststellung eines Zusatznutzen darauf.

Die im Nachgang zwischen drei Herstellern und den GKV-Spitzenverband vereinbarten bundesweiten Praxisbesonderheiten schreiben vor, eine oder mehrere dieser Vortherapien auch zu berücksichtigen. Diese Vorgabe kann im Einzelfall bis zu zwei Jahre dauern, zumal es Zeit braucht, die Wirksamkeit einer Prophylaxe zu beurteilen. Hierbei darf jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass weder Vertragsärztinnen und -ärzte noch pflichtversicherte Patientinnen und Patienten gehalten sind, zahlreiche Therapievorsuche durchzuführen.

Macht eine Vertragsärztin beispielsweise geltend, einem Versicherten bereits zwei preiswertere Arzneimittel mit demselben Anwendungsgebiet verordnet zu haben, die beide zu unerwünschten Nebenwirkungen führten, dürfte sie nicht verpflichtet sein, vor Verordnung des teureren (Original-)Präparates zunächst sämtliche preiswerteren Generika auszutesten.

Es erscheint selbst im Lichte des Wirtschaftlichkeitsgebots unzumutbar, (Pflicht-)Versicherten während der Versorgung mit Arzneimitteln Therapieexperimente abzuverlangen. Unabhängig hiervon kann der Versuch, vor Verordnung eines teureren zunächst möglichst viele preiswertere Arzneimittel zum Einsatz zu bringen, im Ergebnis auch unwirtschaftlich sein. Denn nach jedem Abbruch der Therapie mit einem preiswerteren, aber medizinisch – etwa wegen Nebenwirkungen – ungeeigneten Präparat bleibt oft der größte Teil der verordneten Medikamentenpackung ungenutzt (LSG Berlin-Brandenburg vom 20. Oktober 2009 – L 7 KA 131/06).

Eine Praxisbesonderheit kann allerdings nur geltend gemacht werden, wenn die jeweiligen geforderten Vortherapien auch wirklich beachtet wurden. Im Übrigen gelten solche „bundesweiten Praxisbesonderheiten“ nur im Fall der (kaum noch relevanten) statistischen Auffälligkeitsprüfungen und nicht (!) bei Einzelfallprüfungen. Weiterhin ist zu bedenken, dass das „Abarbeiten“ von Vortherapien dazu führen würde, dass Patientinnen und Patienten über einen langen Zeitraum eine effektivere Therapie und damit Schmerzreduktion vorenthalten wird. Das könnte gemäß Effektivitätsgebot einen haftungsrechtlich relevanten Unterlassensvorwurf nach sich ziehen.

Außerdem ist problematisch, dass der G-BA dem jüngsten der vier Antikörper (Eptinezumab) kein Zusatznutzen attestiert [17], auch weil er zwischenzeitlich die zweckmäßige Vergleichstherapie (jetzt: andere monoklonale Antikörper) neu festgelegt hat. Daten für diesen Vergleich waren jedoch nicht vorhanden. Es wurde daher keine Praxisbesonderheit vereinbart.

Vor dem Hintergrund der fehlenden Evidenz für Wirksamkeitsunterschiede

der einzelnen monoklonalen Antikörper untereinander bedeutet das für Ärztinnen und Ärzte, dass jede Verordnung eines Antikörpers gegen CGRP oder dessen Rezeptor eine individuelle fallbezogene medizinische Entscheidung bleibt. Neben- und Wechselwirkungen, relative und absolute Kontraindikationen, Adhärenzfragen und letztlich Wirksamkeitsaspekte spielen dabei die wesentliche Rolle. Sie stehen über den Aspekten der Wirtschaftlichkeit. Entscheidend für die Frage, welcher der vier Antikörper eingesetzt werden soll, können die Art der Verabreichung und/oder das Dosierungsintervall sein. So sind Erenumab [13], Fremanezumab [14] und Galcanezumab [15] zur subkutanen Selbstverabreichung gedacht, Eptinezumab hingegen erhalten Migränepatientinnen und -patienten als intravenöse Infusion [16]. Dieses schließt eine Selbstapplikation aus, kann aber vorteilhaft sein, wenn die Adhärenz abgewogen, potenzielle Fehler bei der Selbstapplikation berücksichtigt und ein schneller Wirkeintritt präferiert werden. Die vorgegebenen Dosierungsintervalle reichen von 28 (Erenumab) über 30 (Fremanezumab und Galcanezumab) bis zu 84 Tagen (Eptinezumab, Fremanezumab). In der Praxis werden die Wirkstoffe monatlich oder dreimonatlich verabreicht.

Soweit eine Migränepatientin oder ein -patient auf einen der vier Antikörper nur unzureichend anspricht, darf auf einen anderen Antikörper gewechselt werden. Und dies, ohne gegebenenfalls noch nicht berücksichtigte Vortherapien „nachholen“ zu müssen. Entscheidend ist hierbei, dass sämtliche der vier Antikörper gleichermaßen für die Prophylaxe einer Migräne mit vier und mehr monatlichen Migränetagen zugelassen und somit auch erstattungsfähig sind. Eine Verordnung richtet sich auch in diesen Fällen primär nach ärztlichem Ermessen. Entscheidend sind individuelle Behandlungsumstände, erst danach ist die Wirtschaftlichkeit zu berücksichtigen.

Trotzdem mag für Ärztinnen und Ärzte fraglich sein, wie das Wirtschaftlichkeitsgebot bei solchen Voraussetzungen zu interpretieren ist. Schließlich kann es auf unterschiedliche Weise beachtet werden: sowohl nach der Nutzwertungen des G-BA als auch über den

Preis oder die Beachtung von Rabattverträgen. Entscheidend ist, dass Patientinnen und Patienten möglichst auf ein preisgünstiges Arzneimittel eingestellt werden. Als preisgünstige biotechnologisch hergestellte biologische Arzneimittel gelten nach § 40a Abs. 2 AM-RL vorrangig solche Arzneimittel, für die ein Rabattvertrag mit Wirkung für die jeweilige Krankenkasse der oder des Versicherten besteht. Das bedeutet, dass nicht automatisch oder in erster Linie auf die Nutzenbewertung als Bundesrecht, auf das Vorhandensein von Rabattverträgen oder auf den niedrigsten Preis nach Lauer-Taxe abzustellen ist. Auf den Kostenvergleich kommt es nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot erst dann an, wenn mehrere wirklich gleichwertige Therapieoptionen zur Verfügung stehen. Vorrangig bleiben medizinische Erwägungen, um dem ärztlichen Behandlungsauftrag zu entsprechen. Erst wenn ein vom G-BA festgestellter Zusatznutzen im Behandlungsfall nicht relevant ist, zum Beispiel bei Gleichwertigkeit der Arzneimittel, Therapieversagen oder Nebenwirkungen, kommt es auf den Kostenvergleich und damit auf die Frage an, ob ein Rabattvertrag existiert. Das ist nicht nur bei der Verordnung, sondern auch bei Informationen durch Krankenkassen und KVen zu beachten. Ihre Regelungen müssen entsprechende Handlungsmöglichkeiten gewährleisten und dürfen die Therapiefreiheit von Ärztinnen und Ärzten nicht beschränken (BSG vom 28. September 2016 – B 6 KA 43/15 R). In solchen Fällen ist die Therapieentscheidung immer patienten- und fallindividuell zu dokumentieren.

Fazit für die Praxis

Die Verordnungsmöglichkeit jedes monoklonalen Antikörpers wird durch die Ergebnisse der G-BA-Nutzenbewertungen und den darauf basierenden Praxisbesonderheiten nicht eingeschränkt. Bei der Therapie beruht die Wahl des Arzneimittels nicht allein auf Vorgaben oder Kostenaspekten, sondern hängt von patientenindividuellen Faktoren ab. Somit kann ein Präparat auch außerhalb von Populationen mit Zusatznutzen oder auch ein Präparat ohne Zusatznutzen wirtschaftlich eingesetzt werden. Die Arzneimittelzulassung wird nicht durch die

Nutzenbewertung ausgehöhlt (BSG 95, 94 Rn. 6). Mit der Nutzenbewertung ist daher kein Verordnungs Ausschluss für bestimmte Gruppen von Patientinnen und Patienten verbunden (BT-Drucks. 17/2413, zu Nr. 13). Entscheidend und ausschlaggebend für die Therapieentscheidung ist der „medizinisch rationale“ individuelle Einsatz. Vorteile einer Therapie können deshalb auch höhere Kosten rechtfertigen (BSG vom 31. Mai 2006 – B 6 KA 13/05 R). Das Wirtschaftlichkeitsgebot wiederum kann dabei auf verschiedene Weise erfüllt werden, zum Beispiel durch die Verordnung von rabattierten Arzneimitteln oder, bei gleichwertigen Therapieoptionen, des preislich günstigeren. Deshalb muss bei Auswahl rabattierter Arzneimittel nicht wegen der Wirtschaftlichkeit auf ein anderes Präparat ausgewichen oder umgestellt werden, nur weil es bei der frühen Nutzenbewertung einen Zusatznutzen erhalten hat.

Literatur

1. Porst M et al. Migräne und Spannungskopfschmerz in Deutschland. Prävalenz und Erkrankungsschwere im Rahmen der Krankheitslast-Studie BURDEN 2020. *Journal of Health Monitoring*. 2020;5(5):2
2. Diener HC, Förderreuther S, Kropp P et al. Therapie der Migräneattacke und Prophylaxe der Migräne, S1-Leitlinie, 2022, DGN und DMKG, in: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. dgn.org/leitlinie/therapie-der-migraneattacke-und-prophylaxe-der-migrane-2022 (Zugriff am 18.1.2024)
3. Tassorelli C et al. & International Headache Society Clinical Trials Standing Committee. Guidelines of the International Headache Society for controlled trials of preventive treatment of chronic migraine in adults. *Cephalalgia*. 2018;38(5):815-32
4. Evers S, Wallasch TM. Die Versorgungssituation von Kopfschmerzpatienten in Deutschland. *Nervenheilkunde*. 2009;6:351
5. Presseinformation zur DGS-Initiative chronischer Kopfschmerz – für eine Verbesserung in der Primärversorgung – Unzureichende Versorgung belastet Betroffene und die Volkswirtschaft. Berlin, 28. Juni 2023. www.dgschmerzmedizin.de/presse/dgs-pressemitteilungen/ (Zugriff am 18.1.2024)
6. Shi M et al. Network meta-analysis on efficacy and safety of different anti-CGRP monoclonal antibody regimens for prophylaxis and treatment of episodic migraine. *Neurolog Res*. 2021;43(11):932-49
7. Wang X et al. Efficacy and safety of monoclonal antibody against calcitonin gene-related peptide or its receptor for migraine patients with prior preventive treatment failure: a network meta-analysis. *J Headache Pain*. 2022;23(1):105
8. Frank F et al. CGRP-antibodies, topiramate and botulinum toxin type A in episodic and chronic migraine: A systematic review and meta-analysis. *Cephalalgia*. 2021;41(11-12), 1222-39
9. Naghdi S et al. Clinical effectiveness of pharmacological interventions for managing chronic migraine in adults: a systematic review and network meta-analysis. *J Headache Pain*. 2023;6,24(1):164
10. Sun W et al. Comparative Efficacy and Safety of Five Anti-calcitonin Gene-related Peptide Agents for Migraine Prevention: A Network Meta-analysis. *Clin J Pain*. 2023;39(10):560-9
11. Reuter U et al. Erenumab versus topiramate for the prevention of migraine – a randomised, double-blind, active-controlled phase 4 trial. *Cephalalgia*. 2022;42(2):108-18
12. G-BA-Beschluss zu Erenumab (Neubewertung aufgrund neuer Wissenschaftlicher Erkenntnisse (Migräneprophylaxe) vom 21.10.2021; www.g-ba.de/downloads/39-261-5066/2021-10-21_AM-RL-XII_Erenumab_D-669_BAnz.pdf (Zugriff am 19.1.2024)
13. Fachinformation Aimovig®, Stand Juni 2023
14. Fachinformation Ajovy®, Stand November 2023
15. Fachinformation Emgality®, Stand September 2023
16. Fachinformation Vyepti®, Stand November 2022
17. G-BA-Beschluss zu Eptinezumab (Migräneprophylaxe) vom 16.2.2023. www.g-ba.de/downloads/39-261-5877/2023-02-16_AM-RL-XII_Eptinezumab_D-861_BAnz.pdf (Zugriff am 19.1.2024)

AUTOR

Jörg Hohmann,
Fachanwalt für
Medizinrecht,
Justiziar des BVDN/
BDN/BDP



Kanzlei für Gesundheitsrecht
Prof. Schlegel Hohmann Diarra & Partner
Partnerschaftsgesellschaft mbB
Brandstwierte 4, 20457 Hamburg
www.gesundheitsrecht.com

Apps und Webanwendungen für die Therapie

Dynamik bei DiGA

Fast die Hälfte aller digitalen Gesundheitsanwendungen stammt aus den ZNS-Fachgebieten. Obwohl die Anwendung nicht mit einer Therapie in Person gleichzusetzen ist, sind Apps und Webanwendungen für viele Patientinnen und Patienten ein hilfreiches Angebot. Deshalb lohnt es sich, die Entwicklung auf diesem Gebiet im Blick zu behalten.

Personal und Ressourcen werden immer knapper, vor allem im psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich. Umso wichtiger ist es, die dynamische Entwicklung von verordnungsfähigen digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) und Internet- und mobilebasierten Interventionen (IMIs) zu verfolgen. Sie ermöglichen zum Beispiel teilweise, therapiebegleitend Fortschritte bei der Depressionsbehandlung zu erzielen. Im NeuroTransmitter wurde schon mehrfach über Onlinetherapien beziehungsweise DiGA berichtet [1].

Für die Therapie neurologischer Erkrankungen wie Morbus Parkinson eignen sich DiGA ebenfalls als Unterstützung. Bei Bewegungsstörungen ist es hilfreich, digitale Biomarker zu evaluieren. ParkinsonGo ist dabei ein System, das in einer Studie untersucht wird und auch über Selektivverträge bereits verordnungsfähig ist [2].

Von den inzwischen 60 verordnungsfähigen DiGA stammen 28 aus dem Bereich Nervensystem und Psyche. Manche Indikationen, wie Adipositas, Stress, Reizdarm und Tinnitus, betreffen nach ICD-10 nicht die ZNS-Fachgebiete. Sie können allerdings trotzdem verordnet werden, sofern die Diagnose gesichert ist. Wir dürfen sie verschreiben, da DiGA auch verhaltenstherapeutische Prinzipien verwenden.

Zahl der DiGA steigt

Inzwischen haben einige Firmen bereits mehrere DiGA auf den Markt gebracht. Das kann auch als Zeichen einer Dynamik und Professionalisierung gewertet werden. Die Preise hingegen sind bei einigen Anwendungen inzwischen gesunken. So kostet Selfapy nun statt 480 € nur noch 229 €. Noch stärker fällt das bei Hello Better Panik auf, für das statt 599 € nur noch 230 € zu bezahlen sind.

Wir möchten daher auf den vorherigen Artikel im NeuroTransmitter 9/2023 [1] Bezug nehmen und das aktuelle Angebot an DiGA für Sie darstellen. In **Tab. 1** finden Sie die aktuellen Anwendungen, sortiert nach ICD-10-Codes mit Diagnose, Preis und der im Praxisverwaltungssystem hinterlegten Pharmazentralnummer (PZN).

Auffällig ist, dass DiGA im Bereich der häufigen Ängste und Depressionen dominieren. Zu beachten ist dabei, dass bei Depressionen üblicherweise organische psychische Störungen, Demenzen, psychotische Störungen, bipolare Depressionen, Sucht und Suizidalität eine Kontraindikation darstellen. Hervorzuheben ist das mehrsprachige Angebot der Anwendung Deprexis. Bis auf Edupression stammen alle DiGA von deutschen Softwarefirmen.

Üblich ist eine Anwendungsdauer über ein Quartal hinweg. Unterschiedlich gestalten sich die DiGA, was die Einbeziehung der Behandelnden betrifft. Bei Somnio sind beispielsweise ein Monitoring und eine Auswertung möglich. Die EBM-Ziffer 01471 kann dafür zur Abrechnung verwendet werden [3]. Die Anwendung Invirto bietet eine kostenfreie Weiterbildung, es gibt ein Manual und ein Zertifikat auf Wunsch. Die Therapeutin oder der Therapeuten können sich auch bei der Verwendung von der Software Elona beteiligen.

Oft ist es im hektischen Praxisalltag nicht möglich, sich in die verschiedenen Portale einzuwählen und es bestehen keine Schnittstellen an die Praxissoftware. Deshalb empfiehlt es sich, nach der Verordnung mit der Patientin oder dem Patienten einen Verlaufstermin zu vereinbaren. Seit das E-Rezept eingeführt



dodotone / stock.adobe.com (Symbolbild mit Fotomodel)

Begleitend zu einer Therapie können DiGA eine niederschwellige Hilfe bieten.

Tab. 1: Aktuell verfügbare DiGA, Stand 1. März 2024, sortiert nach ICD-10. Einige DiGA sind vorläufig (v) und andere dauerhaft (d) in die Liste verordnungsfähiger DiGA aufgenommen. Sie sind als Webanwendung (w) oder als App (a) verfügbar.

Name, Hersteller	v/d	a/w	PZN	Preis in €	Diagnose	ICD-10
Neuro Nation, Synaptikon	v	a	18787822	499	Leichte kognitive Störung	F06.7
Vorvida, GAIA	d	w	17506382	192	Alkoholabhängigkeit	F10
Nichtraucherhelden, Sanero	d	a	17575561	211	Nikotinabhängigkeit	F17.2
Smoke Free, Smoke Free 23	v	a	18500476	389	Nikotinabhängigkeit	F17.2
Deprexis, GAIA	d	w	17265872	210	Depression	F32
edupression, SOFY	d	w	18458283	357	Depression	F32-33
elona therapy Depression, Elona	v	a, w	18458314	535	Depression	F32
Selfapy Depression, Selfapy	d	a, w	16954730	217	Depression	F32, F33
My7stepsApp, My7steps	v	w	18672881	470	Depression	F32, F33
Novego Depression, IVPNetworks	d	w	17865862	199	Depression	F32
Invirto, Sympatient	d	a	17148043	220	Panikstörung, Phobien	F40
Velibra, GAIA	d	w	16879359	230	Panikstörung, Phobien, generalisierte Angststörung	F40, F41
Mindable Panik und Agoraphobie, Mindable	d	a	17454202	576	Panikstörung, Phobien	F40, F41
Mindable soziale Phobie, Mindable	v	a	19166938	765	Soziale Phobie	F40
Selfapy Angst, Selfapy	d	a, w	17554323	229	Generalisierte Angststörung	F41
Hello Better Panik, GET.ON	d	w	18094846	230	Panikstörung	F40, F41
Novego Ängste, IVPNetworks	v	w	18726714	220	Ängste	F40
Selfapy gen. Angst, Selfapy	d	a, w	17554323	229	Generalisierte Angststörung	F41.1
Selfapy chron. Schmerz, Selfapy	v	a, w	18759010	540	Chronischer Schmerz	F45.40, M54
Hello Better chronischer Schmerz, GET.ON	d	w	17946626;	599	Chronischer Schmerz	F45, M79
Selfapy Bulimie, Selfapy	d	a, w	18468376	232	Bulimie	F50
Selfapy Binge-Eating, Selfapy	d	a, w	18468382	232	Binge-Eating	F50
Somnio, mementor	d	a, w	16898724	225	Schlafstörung	F51, G47
HelloBetter schlafen, GET.ON	v	w	18453937	249	Schlafstörung	F51, G47
HelloBetter Vaginismus, GET.ON	d	w	18016941	235	Vaginismus	F52
Priovi, GAIA	v	w	18704486	856	Borderlinestörung	F60.31
Elevida, GAIA	d	w	17161032	243	Fatigue bei Multipler Sklerose	G35
levidex, GAIA	v	w	18467678	2077	Multiple Sklerose	G35
sinCephalaea, Perfood	v	a	18358966	690	Migräne	G43

ist, wirkt es zunehmend absurd, dass das DiGA-Rezept ausgedruckt werden muss. Zum Teil muss es von den Patientinnen und Patienten per Post verschickt werden, teilweise erhalten sie auch ihren Freischaltcode per Post.

Neben der Seite des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte [4] lohnt es sich auch, die Website des Zentralinstituts kassenärztliche Versorgung zu besuchen [5], um sich weiter über DiGA zu informieren. Hierfür ist eine Registrierung nötig und die Seite befindet sich noch im Aufbau.

Literatur

1. Steubl L, Baumeister H. Therapie Online in der Routineversorgung. *NeuroTransmitter*. 2023;34(9):28-32
2. ParkinsonGo: Molekulare Neurologie leitet multizentrische Studie für Smartphone-App. 2023. www.fau.de/2023/04/news/wissenschaft/parkinsongo-molekulare-neurologie-leitet-multizentrische-studie-fuer-smartphone-app/ (Zugriff am 5.3.2024)
3. Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA). www.kbv.de/html/diga.php (Zugriff am 5.3.2024)
4. DiGA-Verzeichnis. diga.bfarm.de/de (Zugriff am 5.3.2024)
5. Informationen zu Gesundheitsapps. www.kvapradar.de (Zugriff am 5.3.2024)

AUTOR

Prof. Dr. med. Markus Weih

Stellvertretender
Vorsitzender BVDN
Bayern
Neurologe und
Psychiater
Schweinauer
Hauptstraße 43
90441 Nürnberg

markus.weih@gmx.de



Fortbildung

Die Früherkennung und -behandlung von Psychosen könnte in der Zukunft mit einem auf künstlicher Intelligenz basierten Programm zur personalisierten Risikoerschätzung verbessert werden.

Präventive Psychiatrie

Früherkennung und -behandlung von Psychosen

Psychosen, vor allem des schizophrenen Spektrums, zählen nach ihrer Erstmanifestation zu den belastendsten und teuersten neuropsychiatrischen Erkrankungen. Daher wird seit etwa drei Jahrzehnten intensiv ihre frühzeitige Erkennung und Behandlung im Rahmen einer indizierten Prävention erforscht. Erste Ergebnisse erscheinen nun reif für den Transfer in die Praxis und werden im Folgenden dargestellt.

FRAUKE SCHULTZE-LUTTER, EVA MEISENZAHN UND DAS CARE-KONSORTIUM

Psychothische Störungen verursachen nach ihrer Erstmanifestation trotz aller Behandlungsfortschritte weiterhin enorme Kosten und Belastungen, weshalb die Prävention als wichtige Maßnahme zur Reduktion ihrer hohen Gesamtbelastungen angesehen wird [1]. Die Erstmanifestation erfolgt überwiegend im Jugend- und jungen Erwachsenenalter, wobei ihr in mehr als 85 % der Fälle ein durchschnittlich mehr als fünfjähriges Prodromalstadium vorausgeht [2]. In diesem entwickeln sich bereits Funktionseinbußen und etwa 25 % der Betroffenen suchen Hilfe, jedoch wird die beginnende Psychose häufig nicht als solche erkannt [2, 3, 4]. Die lange Prodromaldauer ermöglicht eine indizierte Prävention, deren Ziel zur Verbesserung der Gesamtprognose nicht nur die Verhinderung oder zumindest Abmilderung der Erstepisode, sondern auch die Reduktion aktueller Beschwerden und Vermeidung persistierender Funktionseinbußen ist [5]. Ein indizierter Präventionsansatz, der auf Personen mit ersten Anzeichen, aber ohne Vollbild der Erkrankung abzielt, wurde auch wegen der geringen Lebenszeitprävalenz von Psychosen von 1–3,5 % [6, 7], der Vielzahl ätiologischer und Risikofaktoren, die jeweils für sich genommen nur einen relativ kleinen Anteil am Erkrankungsbeginn haben, sowie dem Fehlen spezifischer, gut verträglicher, kostengünstiger und breit bei symptomfreien Personen anwendbarer Interventionen gewählt. Sie lassen universelle und selektive Präventionsansätze, die auf die Allgemeinbevölkerung beziehungsweise beschwerdefreie Risikogruppen abzielen, für Psychosen nicht geeignet erscheinen [3, 5].

Früherkennung

Seit Anfang der 1990er-Jahre wurden für die indizierte Prävention Kriterien eines klinischen Hochrisikos (clinical high-risk, CHR) entwickelt, um eine beginnende Psychose hinreichend

valide diagnostizieren zu können [3, 5]: drei Kriterien für ein ultrahohes Risiko (UHR) zur Detektion eines unmittelbaren Psychoserisiko innerhalb der nächsten zwölf Monate und zwei Basissymptomkriterien zur frühestmöglichen Detektion des Psychoserisikos. Diese unterschiedlichen Zielstadien spiegeln sich auch in heutigen Modellen des Frühverlaufs wieder, wobei das neuere Stufenmodell [8] lediglich den UHR-Ansatz für die Früherkennung berücksichtigt (**Abb. 1**) [5, 8].

In Stichproben von überwiegend zwischen zwölf und 40 Jahre alten Patientinnen und Patienten waren drei dieser fünf Kriterien, Risikosynonyme mit attenuierten psychotischen (APS) oder mit kurzen intermittierenden beziehungsweise transienten psychotischen Symptomen (BIPS, brief intermittend psychotic symptoms) oder kognitiven Basissymptomen (COGDIS, Cognitive Disturbances) (**Tab. 1**) [9, 10, 11] in verschiedenen Studien mit Übergangsraten in eine Psychose zwischen 30 % und 50 % binnen drei Jahren verbunden. Sie zeigten damit hinreichend Evidenz für den Einsatz in der klinischen Praxis [5]. Dabei hatte COGDIS in Beobachtungszeiträumen von mehr als drei Jahren einen signifikant höheren Zuwachs an Übergangsraten als die symptomatischen UHR-Risikosynonyme [5].

Von den beiden anderen Kriterien verursachte die im UHR-Ansatz enthaltene Kombination von genetischem Risiko in Form erstgradiger Verwandter mit gesicherter Psychose oder Vorliegen einer schizotypen Persönlichkeitsstörung mit einem signifikanten Funktionsverlust in den vergangenen zwölf Monaten (GRFD, genetic risk and functional decline) keinen signifikanten Anstieg der Übergangsraten gegenüber Patientinnen und Patienten ohne CHR-Status. Hingegen wies das Basissymptomkriterium „Cognitive-Perceptive Basic Symptoms“ (COPER) zwar mit COGDIS vergleichbare Übergangsraten auf, die aber teils nur durch eine Studie getragen wurden, sodass

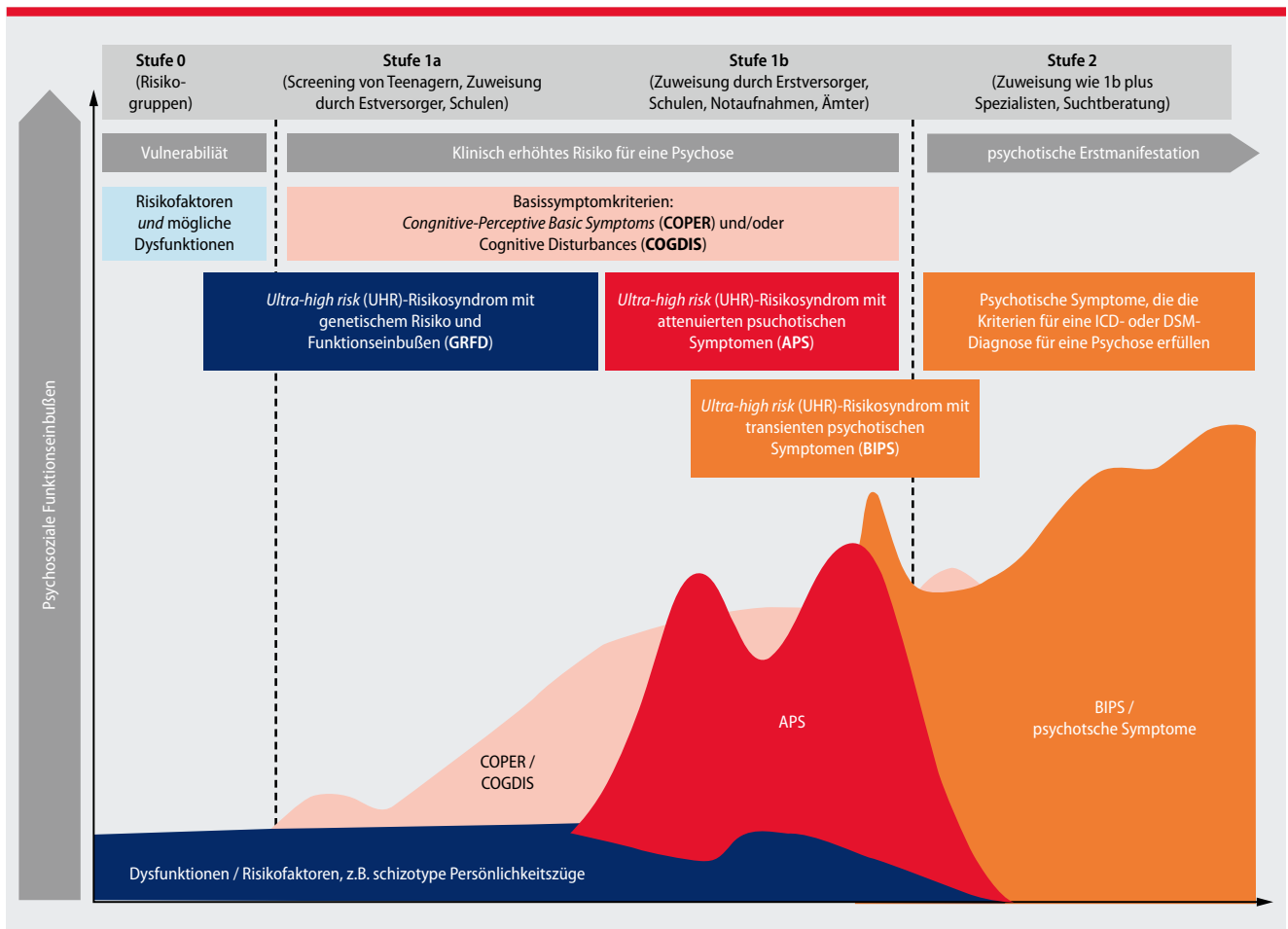


Abb. 1: Modell des Frühverlaufs von Psychosen [5] in Relation zum vorgeschlagenen Stufenmodell (staging modell) von McGorry et al. [8]. In der Stufe 0 liegen keine Beschwerden vor, sondern lediglich Risikofaktoren, insbesondere in Form einer positiven Familienanamnese für Psychosen. Die Stufe 1a ist durch milde oder unspezifische Symptome einer Psychose, einschließlich neurokognitiver Defizite gekennzeichnet, wozu in diesem ganz auf die UHR-Kriterien ausgerichteten Modell auch die Basissymptome gezählt werden; zudem können bereits leichte funktionelle Einbußen auftreten. Die potenzielle Zuweisung erfolgt durch breit angelegte Screenings von Adoleszenten oder durch Zuweisung von Hausärztinnen und -ärzten, Pädiaterinnen und Pädiatern oder Beratungsstellen an Schulen. In Stufe 1b liegt ein ultrahohes Risiko (UHR) gemäß den UHR-Kriterien vor, zu dem sich mäßige neurokognitive Veränderungen und deutliche, behandlungsbedürftige funktionelle Einbußen gesellen. Die potenzielle Zuweisung erfolgt hier über Bildungseinrichtungen, Hausärztinnen und -ärzte, Pädiaterinnen und Pädiater, Notfalleinrichtungen, Sozialämter und Jugendhilfen, nicht aber mehr durch Screening in bestimmten Altersstufen. Die Stufe 2 ist dann durch die Erstmanifestation einer Psychose gekennzeichnet; die Zuweisung erfolgt hier zusätzlich über Psychologinnen und Psychologen, Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Neurologie sowie Suchtberatungsstellen; nicht aber mehr über Bildungseinrichtungen.

hier die Evidenzbasis bisher als zu gering für den Einsatz in der Praxis erachtet wurde [5].

Bei 16- bis 40-Jährigen aus der Allgemeinbevölkerung erzielten die drei für die Praxis bereits empfohlenen Kriterien zudem eine niedrige Punktprävalenz von 1 % [12] und eine dreijährige Übergangsrate in manifeste Psychosen von 11 % auf [13]. Damit zeigen diese drei Kriterien, die symptomatischen UHR-Risikosyndrome mit APS und/oder BIPS sowie COGDIS, gegenüber der allgemeinen 3-Jahres-Inzidenz von 16- bis 40-Jährigen zwischen 0,078–0,144 % [7] durchschnittlich in der Allgemeinbe-

völkerung ein gut 100-fach und in klinischen Stichproben ein mindestens 300-fach erhöhtes Psychoserisiko an.

Trotz dieser enormen Risikoanreicherung durch diese drei Kriterien entwickeln viele CHR-Patientinnen und -Patienten kurz- und mittelfristig keine Psychose, wobei Langzeitstudien mit einer Dauer, die wenigstens die durchschnittlich fünfjährige Prodromaldauer umfasst, bisher selten sind. Daher und auch wegen des oftmals deutlich fluktuierenden Verlaufs der CHR-Symptomatik ist der finale, langfristige Status von CHR-Patientinnen und -Patienten hinsichtlich des Übergangs in eine

Tab. 1: Kurzdefinition der für die Praxis empfohlenen klinischen Hochrisikokriterien gemäß dem Structured Interview for Psychosis-Risk Syndromes (SIPS [9]) und dem Schizophrenia Proneness Instrument, Child & Youth (SPI-CY [10]) and Adult version (SPI-A [11])

Symptomatische UHR(Ultra-High-Risk)-Kriterien	Basissymptomkriterium „Cognitive Disturbances“ (COGDIS)
<p>Risikosyndrom mit attenuierten psychotischen Symptomen (APS)</p> <p>Mindestens eines der folgenden attenuierten psychotischen Symptome (APS)</p> <ul style="list-style-type: none"> — ungewöhnliche Denkinhalte (z. B. magisches Denken, Beziehungsideen) oder wahnhaft anmutende Ideen (z. B. Ich-Störungen, paranoide, nihilistische oder Größenideen), die nicht mit vollständiger Überzeugung gehalten werden — Wahrnehmungsabweichungen (z. B. Präsenzgefühl, Sehen von Schatten in den Augenwinkeln) oder Halluzinationen mit noch vorhandener Einsicht in ihre abnorme Natur — desorganisierte Kommunikation oder Sprache, die noch inhaltlich verständlich ist und auf Strukturierungshilfen anspricht <p>Erstauftreten in den letzten zwölf Monaten <i>oder</i> Verringerung der Distanzierungsfähigkeit und/oder Zunahme der Verhaltensrelevanz in den letzten zwölf Monaten <i>und</i> derzeitiges Auftreten mindestens 1×/Woche <i>und</i> nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärbar</p>	<p>Mindestens zwei der folgenden kognitiven Basissymptome, die auch bei ansonsten guter Konzentration/Aufmerksamkeit auftreten</p> <ul style="list-style-type: none"> — Gedankeninterferenzen mit Einschließen vollständig irrelevanter und banaler Bewusstseinsinhalte — Gedankenblockaden und/oder Verlieren des gedanklichen Fadens — Gedankenjagen, -drängen von thematisch unzusammenhängenden Gedanken, das schwer zu stoppen ist — Störung der rezeptiven Sprache oder des Sprachverständnisses der Muttersprache auch in Alltagsgesprächen/-lektüren — Störung der expressiven Sprache oder ungewöhnliche Wortfindungsstörungen in der Muttersprache im Alltag — Störung der Symbolerfassung im Sinne des fälschlich konkreten Verständnisses von abstrakten, metaphorischen oder symbolischen Inhalten — Unfähigkeit zur Spaltung der Aufmerksamkeit bei Aufgaben, die für sich genommen nicht die volle Aufmerksamkeit benötigen und vorrangig unterschiedliche Sinne betreffen, etwa abwaschen und sich unterhalten — Fesselung der Aufmerksamkeit durch banale, uninteressante Reize, sodass die willentliche Auslenkung der Aufmerksamkeit auf relevantere Reize behindert wird — Eigenbeziehungstendenz bei der das Beziehungsgefühl sofort, noch bevor eine Beziehungsidee entsteht als unzutreffend erkannt wird
<p>Risikosyndrom mit kurzen intermittierenden psychotischen Symptomen (BIPS)</p> <p>Mindestens eines der folgenden BIPS</p> <ul style="list-style-type: none"> — Wahn mit Überzeugung ohne jeden Zweifel — Halluzination mit vollständiger und nicht angezweifelter Externalisierung — formale Denkstörungen, die das Verstehen des Standpunktes der Patientinnen und Patienten teils deutlich erschweren <p>Erstauftreten in manifest psychotischer Ausprägung binnen der letzten drei Monate <i>und</i> Dauer von weniger als einer Woche mit spontaner Remission zumindest auf ein attenuiertes Niveau <i>und</i> nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärbar</p>	<p>Sofortige Selbstwahrnehmung durch die Patientinnen und Patienten <i>und</i> Neuartigkeit mit Erstauftreten zu einem bestimmten Zeitpunkt in der Vergangenheit, das heißt, das Basissymptom ist den Patientinnen und Patienten nicht aus ihrer „gesunden Zeit“ bekannt <i>und</i> Auftreten innerhalb der letzten drei Monate zumindest zeitweilig wöchentlich oder häufiger</p>
<p>Allgemeine Ausschlusskriterien: Vorliegen einer derzeitigen oder vergangenen manifesten Psychose, Verursachung der Risikosymptomatik durch eine körperliche oder neurologische Erkrankung, Induzierung der Risikosymptomatik durch psychotrope Substanzen oder Psychopharmaka oder ausschließliches Auftreten in hypnagogen oder hypnopompen Zuständen</p>	

Psychose in vielen Studien unklar und je nach Katamnesezeitraum mehr oder weniger vorläufig. Allerdings weist ein Großteil der CHR-Patientinnen und Patienten ohne kurz- oder mittelfristigen Übergang auch längerfristig psychische Probleme oder nicht psychotische Störungen und Funktionseinbußen auf. Deshalb sind auch andere Ausgänge wie Funktionseinbußen immer mehr von Interesse [3] und es wurde argumentiert, dass CHR-Syndrome nicht nur als Risikosyndrome, sondern wie die schizotypische Störung (F21) innerhalb des Psychosepektrums gesamthaft als eigenständiges Syndrom mit unterschiedlichen Verläufen angesehen werden sollten [14].

Personalisierte Risikoeinschätzung

Fortschritte in Methoden maschinellen Lernens beziehungsweise in der künstlichen Intelligenz (KI) machten es zuneh-

mend möglich, diese unterschiedlichen Verläufe im Einzelfall genauer zu präzisieren und damit über die gruppenbasierte Vorhersage der CHR-Kriterien hinaus personalisierte Vorhersagen zu treffen [15, 16]. Hierzu werden ausgefeilte Klassifizierungsalgorithmen auf der Grundlage klinischer und neurokognitiver Daten verwandt, die durch neurobiologische Algorithmen (vor allem MRT, Magnetresonanztomografie) und auch der Verlaufseinschätzung der Klinikerinnen und Kliniker ergänzt werden [15, 16]. So können etwa die zwei in einer großen europäischen Studie „Personalisierte prognostische Werkzeuge für das Frühe Psychose-Management“ (PRONIA) entwickelten und validierten Algorithmen [15, 16] über einen Zeitraum von einem Jahr psychosoziale Funktionsdefizite mit einer balancierten Genauigkeit (BAC) von 85 % und den Psychoseübergang mit einer BAC von 84 % vorhersagen. Die so erstellten Ri-

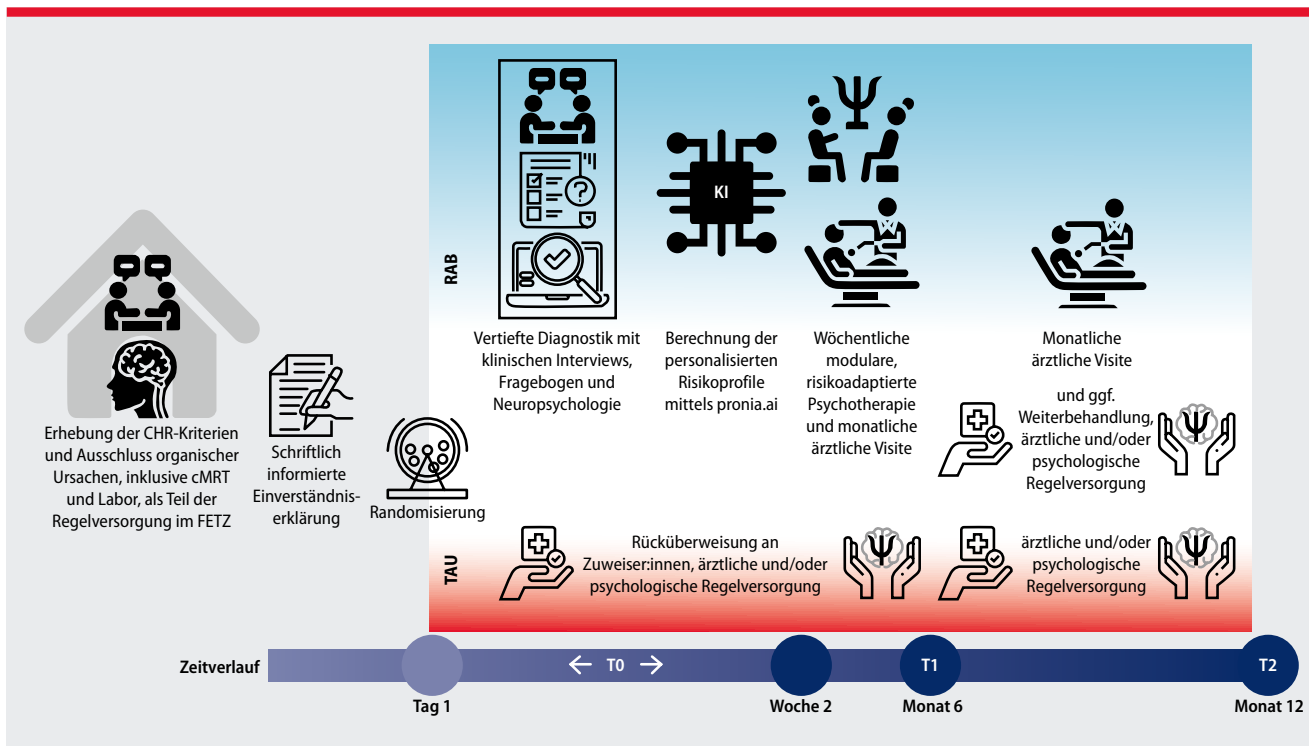


Abb. 2: Ablauf und Erhebungszeitpunkte im aktiven Behandlungsarm, der neuen Versorgungsform CARE und der Kontrollbedingung. Anmerkung: ohne Darstellung der Zusatzzeitpunkte für ausschließlich ökonomische oder ethische Evaluationen in den Monaten 3 und 9. (FETZ = Früherkennungs- und -therapiezentrum, cMRT = kraniale Magnetresonanztomografie, RAB = risikoadaptierte Behandlung, TAU = treatment as usual/Regelversorgung, T0 = Basiserhebung, T1 = erste Nachuntersuchung, T2 = Abschlussuntersuchung, verwandte Icons: Flaticon.com)

sikoprofile können als Grundlage einer auf die individuellen Risiken adaptierten, stratifizierten Behandlung fungieren.

Frühbehandlung

Ein stratifizierter Interventionsansatz bietet im Gegensatz zur traditionellen „Eine-für-alle“-Behandlung eine breite Palette spezifischer Interventionen mit unterschiedlichen Zielen an, die sich am individuellen Risikoprofil von Patientinnen und Patienten orientieren können [17]. Bei CHR-Patientinnen und -Patienten zeigten psychotherapeutische, vor allem kognitiv-verhaltenstherapeutische und pharmakologische Interventionen eine vergleichbare Reduktion der Übergangsraten im Behandlungszeitraum, wobei der positive Effekt psychotherapeutischer Interventionen länger anzuhalten scheint [18]. Daher wurde empfohlen, dass bei CHR-Patientinnen und -Patienten ein gestuftes Interventionsmodell einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung zum Einsatz kommen sollte, das den am wenigsten restriktiven kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungsansatz als erste Wahl anbietet. Nur wenn sich dieser als ineffektiv erweist, kann er durch niedrig dosierte atypische Antipsychotika ergänzt werden, falls die Risikosymptomatik stark ausgeprägt ist und deutlich exazerbiert. Dies sollte mit dem primären Ziel geschehen, ein Ausmaß an symptomatischer Stabilisierung herzustellen, das notwendig ist, damit psychotherapeutische Interventionen wirksam

werden können [18]. Eine langfristige antipsychotische Medikation mit primär präventiver Ausrichtung sollte hingegen nicht erfolgen [18]. Zudem wurde empfohlen, dass jede Behandlung im Risikostadium auch die individuellen Bedürfnisse berücksichtigen und die Behandlung weiterer psychischer Komorbiditäten, insbesondere depressiver und Angststörungen, gemäß den jeweiligen aktuellen Behandlungsleitlinien beinhalten sollte [18].

Von den psychotherapeutischen Verfahren waren bei CHR-Patientinnen und -Patienten die kognitive Verhaltenstherapie und integrative psychologische Therapie besonders wirksam hinsichtlich der Übergangsraten, die familienorientierte Therapie in punkto Symptombelastung und die kognitive Remediation bezüglich einiger neurokognitiver Leistungen und der sozialen Anpassung [19]. Eine modulare kognitiv-verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Intervention, die „Integrierte Präventive Psychologische Intervention“ (IPPI [20]), wurde daher in Zusammenarbeit von Expertinnen und Experten der Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychotherapie entwickelt, um eine Anpassung der Therapieintensität und -inhalte auf die individuellen Bedürfnisse und Risiken von CHR-Patientinnen und -Patienten zu erlauben. Sie soll so die Wirksamkeit, Compliance und das Anhalten des Therapieerfolgs erhöhen und negative Behandlungsfolgen minimieren [17, 20]. Das IPPI umfasst maximal 22 Sitzungen, in denen neben der Erläuterung

der Unterschiede von manifester Störung, Risikostatus und der Problem- und Ressourcenerhebung (Sitzung 1) sowie der Psychoedukation (Sitzung 2), vor allem das Stressmanagement (Sitzungen 3–5), das Symptommanagement (Sitzungen 6–11), verschiedene Aspekte der sozialen Kognition (Sitzungen 12–19) und soziale Problemlösestrategien (Sitzungen 20–22) thematisiert werden [20].

Das CARE-Projekt

Die dargestellten Ergebnisse aus 30 Jahren Präventionsforschung bei Psychosen fließen nun zusammen in dem vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geförderten interdisziplinären Versorgungsprojekt „Computer-assistierte Risiko-Evaluation in der Früherkennung psychotischer Erkrankungen“ (CARE; Förderkennzeichen: 01NVF20004, <https://care-network.eu/>), in dem deutschlandweit Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater, -psychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, Erwachsenenpsychiaterinnen und -psychiater, -psychotherapeutinnen und -psychotherapeuten sowie Ethikerinnen und Ethiker, Gesundheitsökonominnen und -ökonominnen sowie gesetzliche Krankenkassen eng miteinander kooperieren. CARE wendet sich an 16- bis 40-jährige Patientinnen und Patienten mit ausreichenden Deutschkenntnissen und Hörvermögen, bei denen in einem Früherkennungs- und -therapiezentrum (FETZ) von in den Früherkennungsinstrumenten trainiertem Fachpersonal mindestens eines der drei empfohlenen CHR-Kriterien (**Tab. 1**) festgestellt und eine aktuelle oder vergangene Psychose ausgeschlossen wurde. Neben den in **Tab. 1** genannten Ausschlusskriterien, die schon bei der Erfassung etwaiger Risikosymptome berücksichtigt werden, ist zudem die Teilnahme an CARE ausgeschlossen bei

- schwerer aktueller Suizidalität,
- einer vergangenen kumulativen antipsychotischen Medikation von mehr als 30 Tagen in oder über der Minimaldosis für eine psychotische Erstepisode nach den DGPPN S3-Leitlinien oder einer antipsychotischen Medikation in oder über dieser Dosierung in den vergangenen drei Monaten, unabhängig von deren Dauer,
- einem derzeitigen oder vergangenen Schädeltrauma mit Bewusstlosigkeit für mehr als fünf Minuten,
- einer derzeitigen oder vergangenen Alkoholabhängigkeit und einer derzeitigen Polytoxikomanie oder einer Polytoxikomanie in den vergangenen sechs Monaten.

Zudem muss eine kraniale MRT (cMRT) durchführbar sein. Eine weitere Diagnose, etwa eine depressive, Angst- oder Entwicklungsstörung, sind dabei kein Ausschlusskriterium für ein erhöhtes Psychoserisiko und können neben beziehungsweise unabhängig von der Teilnahme/Behandlung in CARE leitliniengerecht behandelt werden. Die Teilnahme an CARE erfolgt freiwillig und kostenlos nach schriftlicher Einwilligung.

Klinische Prüfung

CARE, das seine Rekrutierung im Mai 2023 gestartet hat, ist als klinische Prüfung in Form einer zwölfmonatigen multizentrischen, randomisiert-kontrollierten Studie mit einem Medizinprodukt konzipiert, wobei CHR-Patientinnen und -Patienten zufällig der neuen Versorgungsform CARE (RAB) oder der

bisherigen Regelversorgung (TAU) zugeteilt werden (**Abb. 2**). Bei dem Medizinprodukt handelt es sich um die Software pronia.ai (ai, künstliche Intelligenz), ein algorithmisches System, bei dem die beiden in PRONIA entwickelten computergestützten Verfahren für die personalisierte Risikoerfassung eines Übergangs in eine Psychose und des Bestehens eines Funktionsdefizits in zwölf Monaten [15, 16] zur Anwendung kommen.

Risikoprofil

In der aktiven RAB-Bedingung (**Abb. 2**) findet zunächst eine vertiefte klinische Diagnostik statt. Sie umfasst neben der vollständigen Erhebung der Früherkennungsinstrumente SIPS (Structured Interview for Psychosis-Risk Syndromes) und SPI-A (Schizophrenia Proneness Instrument, adult version) oder SPI-CY (Schizophrenia Proneness Instrument, child and youth version) und strukturierter Erhebungen von psychiatrischen Komorbiditäten und des rollenbezogenen und sozialen Funktionsniveaus auch die Erfassung von Kindheitstraumata und -vernachlässigungen und Selbststigmatisierungstendenzen per Fragebogen sowie eine neuropsychologische Testung (prä-morbide verbale Intelligenz, Verständnis nonverbaler Kommunikation, exekutive Funktionen, Verarbeitungsgeschwindigkeit, verbale Flüssigkeit, verbales Gedächtnis und räumliches Arbeitsgedächtnis). Auf Grundlage dieser Erhebungen sowie der zuvor als Teil der Routinediagnostik angefertigten cMRT wird im nächsten Schritt pronia.ai durchgeführt, um Vorhersagen über die persönlichen Risiken zu treffen, in den folgenden zwölf Monaten eine Psychose zu entwickeln und Funktionseinbußen im Alltag zu erleiden.

Präventive spezifische psychotherapeutische Behandlung

Anschließend erfolgt unter Berücksichtigung des individuellen Risikoprofils die auf dem IPPI basierende präventive spezifische psychotherapeutische Behandlung, die insgesamt 16- bis 24-wöchentliche Termine in einem Zeitraum von sechs Monaten umfasst. Dabei können neben einer Einführungs-, einer Psychoedukations- und einer Abschluss-sitzung aus den Modulen Stressmanagement, Symptommanagement, Emotionswahrnehmung und -verarbeitung, Soziale Wahrnehmung, Theory of Mind und Empathie, Soziale Attributionsstile und Selbststigmatisierung sowie Soziales Problemlösen und soziale Kompetenzen je nach Modul zwischen maximal zwei bis maximal sieben Sitzungen ausgewählt werden. Ergänzend erfolgen über die gesamte zwölfmonatige Studiendauer monatliche ärztliche Visiten. Darüber hinaus können flankierend alle laufenden oder geplanten ärztlichen und/oder psychologischen Behandlungen, die nicht das CHR-Stadium als primäres Behandlungsziel haben, fortgesetzt beziehungsweise aufgenommen werden, da sich die neue Versorgungsform der aktiven CARE-Studien-gruppe als ein spezialisiertes, zeitlich begrenztes Zusatzangebot versteht.

In der Kontrollgruppe (TAU) wird die aktuell übliche standardisierte Regelversorgung weitergeführt, wobei jegliche Arten von Behandlungen begonnen oder fortgesetzt werden können (**Abb. 2**). Die Erhebungen des primären (Psychose) und sekundären Outcomes (Funktionsdefizit, Selbststigmatisierung, Patientinnen- und Patientenzufriedenheit) erfolgen im Monat

6 und 12, die Erhebungen der direkten und indirekten Kosten zur Abschätzung der kurz- und mittelfristige Kosten-Nutzen-Effizienz finden in dreimonatigen Abständen statt.

Fazit für die Praxis

Im Erfolgsfall ist die Aufnahme der neuen Versorgungsform in CARE mit der umfangreichen Diagnostik einschließlich KI-gestützter Risikostratifizierung und die modulare Psychotherapie in den Katalog der gesetzlichen Krankenkassen vorgesehen, womit die Chance einer wirklich flächendeckenden Implementierung der Behandlung von CHR-Stadien und damit für diese Patientinnen- und Patientengruppe eine Verbesserung der deutschen Versorgungslandschaft besteht. Damit könnte CARE zudem zukünftig als Modell für weitere Schritte hin auf eine präventive Psychiatrie fungieren [21].

Literatur

- Castelpietra G, Knudsen AKS, Agardh EE, Armocida B, Beghi M, Iburg KM, et al. The burden of mental disorders, substance use disorders and self-harm among young people in Europe, 1990-2019: Findings from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Reg Health Eur*. 2022;16:100341
- Schultze-Lutter F, Rahman J, Ruhrmann S, Michel C, Schimmelmann BG, Maier W, et al. Duration of unspecific prodromal and clinical high risk states, and early help-seeking in first-admission psychosis patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015;50(12):1831-41
- Meisenzahl E, Walger P, Schmidt SJ, Koutsouleris N, Schultze-Lutter F. Früherkennung und Prävention von Schizophrenie und anderen Psychosen. *Nervenarzt*. 2020;91(1):10-7
- von Reventlow HG, Krüger-Özgürdal S, Ruhrmann S, Schultze-Lutter F, Heinz A, Patterson P, et al. Pathways to care in subjects at high risk for psychotic disorders - a European perspective. *Schizophr Res*. 2014;152(2-3):400-7
- Schultze-Lutter F, Michel C, Schmidt SJ, Schimmelmann BG, Maric NP, Salokangas RKR, et al. EPA guidance on the early detection of clinical high risk states of psychoses. *Eur Psychiatry*. 2015;30(3):405-16
- Moreno-Küstner B, Martín C, Pastor L. Prevalence of psychotic disorders and its association with methodological issues. A systematic review and meta-analyses. *PLoS One*. 2018;13(4):e0195687
- Kirkbride JB, Fearon P, Morgan C, Dazzan P, Morgan K, Tarrant J, et al. Heterogeneity in incidence rates of schizophrenia and other psychotic syndromes: findings from the 3-center AeSOP study. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(3):250-8
- McGorry PD, Hickie IB, Yung AR, Pantelis C, Jackson HJ. Clinical staging of psychiatric disorders: a heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006;40(8):616-22
- McGlashan T, Walsh B, Woods SW. *The psychosis-risk syndrome. Handbook for diagnosis and follow-up*. New York (NY), USA: Oxford University Press, 2010
- Schultze-Lutter F, Koch E. *Schizophrenia Proneness Instrument, Child & Youth version (SPI-CY)*. Rom, ITA: Giovanni Fioriti Editore s.r.l., 2010
- Schultze-Lutter F, Addington J, Ruhrmann S, Klosterkötter J. *Schizophrenia Proneness Instrument, Adult version (SPI-A)*. Rom, ITA: Giovanni Fioriti Editore s.r.l., 2007
- Schultze-Lutter F, Michel C, Ruhrmann S, Schimmelmann BG. Prevalence and clinical relevance of interview-assessed psychosis-risk symptoms in the young adult community. *Psychol Med*. 2018;48(7):1167-78
- Schultze-Lutter F, Schimmelmann BG, Michel C. Clinical high-risk of and conversion to psychosis in the community: A 3-year follow-up of a cohort study. *Schizophr Res*. 2021;228:616-8
- Ruhrmann S, Schultze-Lutter F, Klosterkötter J. Probably at-risk, but certainly ill--advocating the introduction of a psychosis spectrum disorder in DSM-V. *Schizophr Res*. 2010;120(1-3):23-37
- Koutsouleris N, Dwyer DB, Degenhardt F, Maj C, Urquijo-Castro MF, Sanfelici R, et al. Multimodal Machine Learning Workflows for Prediction of Psychosis in Patients With Clinical High-Risk Syndromes and Recent-Onset Depression. *JAMA Psychiatry*. 2021;78(2):195-209
- Koutsouleris N, Kambeitz-Illankovic L, Ruhrmann S, Rosen M, Ruef A, Dwyer DB, et al. Prediction Models of Functional Outcomes for Individuals in the Clinical High-Risk State for Psychosis or With Recent-Onset Depression: A Multimodal, Multisite Machine Learning Analysis. *JAMA Psychiatry*. 2018;75(11):1156-72
- Martinez-Aran A, Vieta E. Precision psychotherapy. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2022;55:20-1
- Schmidt SJ, Schultze-Lutter F, Schimmelmann BG, Maric NP, Salokangas RKR, Riecher-Rössler A, et al. EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses. *Eur Psychiatry*. 2015;30(3):388-404
- Worthington MA, Cannon TD. Prediction and Prevention in the Clinical High-Risk for Psychosis Paradigm: A Review of the Current Status and Recommendations for Future Directions of Inquiry. *Front Psychiatry*. 2021;12:770774
- Schmidt SJ, Hurlmann R, Schultz J, Wasserthal S, Kloss C, Maier W, et al. Multimodal prevention of first psychotic episode through N-acetyl-L-cysteine and integrated preventive psychological intervention in individuals clinically at high risk for psychosis: Protocol of a randomized, placebo-controlled, parallel-group trial. *Early Interv Psychiatry*. 2019;13(6):1404-15
- Schultze-Lutter F, Meisenzahl E. The clinical high-risk of psychosis approach as an emerging model for precision prevention in psychiatry. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2023;76:17-19

Dieser Artikel wurde mit freundlicher Unterstützung der Mitglieder des CARE Netzwerks, vertreten durch Univ.-Prof. Dr. med. Eva Meisenzahl erstellt (<https://care-network.eu/netzwerk-mitglieder/>).

Interessenkonflikt

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

AUTOREN

PD Dr. phil. Frauke Schultze-Lutter

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, LVR-Klinikum Düsseldorf/Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Bergische Landstraße 2, 40629 Düsseldorf

frauke.schultze-lutter@lvr.de

Univ.-Prof. Dr. med. Eva Meisenzahl

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, LVR-Klinikum Düsseldorf/Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Bergische Landstraße 2, 40629 Düsseldorf

eva.meisenzahl@lvr.de



Früherkennung und -behandlung von Psychosen

FIN gültig bis 25.4.2024:

NT24N48e

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.

? Wie stark ist das Risiko der Entwicklung einer psychotischen Erstmanifestation binnen drei Jahren in Patientenstichproben mit CHR (clinical high-risk)-Kriterien gegenüber der 3-Jahresinzidenz in der Allgemeinbevölkerung erhöht?

- Etwa 50-fach
- Etwa 100-fach
- Etwa 100- bis 250-fach
- Etwa 300-fach
- Mindestens 400-fach

? Was liegt vor, wenn eine Patientin oder ein Patient über Stimmenhören berichtet?

- Sicher immer eine manifeste Schizophrenie.
- Ein Psychoserisiko, wenn die Stimmen als nicht real erkannt werden.
- Sicher immer eine manifeste Psychose.
- Eine manifeste Psychose, auch wenn die Stimmen als nicht real erkannt werden.
- Ein Psychoserisiko, wenn die Stimmen nach acht Tagen als nicht real erkannt werden.

? In welchem Fall liegt *kein* für die Praxis empfohlenes klinisches Hochrisiko für eine Psychose vor?

- Wenn eine positive Familienanamnese für Psychosen besteht.
- Wenn ein Risikosyndrom mit attenuierten psychotischen Symptomen besteht.

- Wenn ein Risikosyndrom mit kognitiven Basissymptomen besteht.
- Wenn ein Risikosyndrom mit nur kurzzeitigen, spontan remittierenden psychotischen Symptomen besteht.
- Wenn ein Risikosyndrom mit attenuierten psychotischen Symptomen und kognitiven Basissymptomen besteht.

? Welche Form der Prävention wird bei Psychosen verfolgt?

- Primäre
- Selektive
- Universelle
- Sekundäre
- Indizierte

? Wie hoch ist die Punktprävalenz der drei für die Praxis empfohlenen klinischen Hochrisikokriterien für eine Psychose in der 16- bis 40-jährigen Allgemeinbevölkerung?

- 0,5 %
- 1,0 %
- 5,0 %
- 10,0 %
- 25,0 %

? Mit welcher Genauigkeit lässt sich der Übergang in eine Psychose binnen eines Jahres bei CHR (clinical high-risk)-Patientinnen oder -Patienten mittels dem Prognose-Tool *pronia.ai* vorhersagen?

- Mit etwa 48 %iger Genauigkeit
- Mit etwa 64 %iger Genauigkeit

- Mit etwa 78 %iger Genauigkeit
- Mit etwa 84 %iger Genauigkeit
- Mit etwa 94 %iger Genauigkeit

? Was ist neben der modularen Psychotherapie im Behandlungsarm von Computer-assistierter Risikoevaluation in der Früherkennung und -behandlung psychotischer Erkrankungen (CARE) erlaubt?

- Keine weitere Psychotherapie
- Jede weitere Therapie
- Keine weitere Therapie
- Ausschließlich eine niedrigdosierte antipsychotische Medikation
- Keine Pharmakotherapie

? Welche Daten gehen derzeit *nicht* in das Diagnose-Tool *pronia.ai* ein?

- Verlaufseinschätzung der Behandelnden
- Neuropsychologische Daten
- Genetische Daten
- Bildungsdaten
- Klinische Daten

? Wann sollten gemäß den aktuellen Empfehlungen für die Behandlung eines klinischen Hochrisikos einer Psychose Antipsychotika zum Einsatz kommen?

- Sofort in einer für Erstmanifestationen empfohlenen Dosis
- Sofort in niedriger Dosierung
- Niemals
- Immer flankierend zu einer psychologischen Intervention

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](https://www.springermedizin.de/CME) tutorielle Unterstützung. Bei technischen Problemen erreichen Sie unseren Kundenservice kostenfrei unter der Nummer 0800 7780777 oder per Mail unter kundenservice@springermedizin.de.



© piro / fotolia.com

Aktuelle CME-Kurse aus der Psychiatrie

► ADHS aktuell – Mythen und Bedenken versus Fakten

aus: NeuroTransmitter 1-2/2024

von: G. Endrass

zertifiziert bis: 6.2.2025

CME-Punkte: 2

► Laborkontrollen bei Therapie mit Psychopharmaka

aus: NeuroTransmitter 12/2023

von: M. Weih, T. Samusch

zertifiziert bis: 7.12.2024

CME-Punkte: 2

► Antidepressivakombinationen in der Akuttherapie der Depression

aus: NeuroTransmitter 11/2023

von: J. Hensler, C. Baethge

zertifiziert bis: 13.11.2024

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.



- Bei ausbleibendem Effekt psychotherapeutischer Interventionen und starker, exazerbierender Risikosymptomatik
- ? Welches der folgenden kognitiven Symptome ist Teil des CHR (clinical high-risk)-Kriteriums COGDIS (Cognitive Disturbances)?**
- Selbsterlebtes und -berichtetes Einschließen irrelevanter, banaler Bewusstseinsinhalte
- Im Interview beobachtete Denkblockaden
- Selbsterlebte und -berichtete Konzentrationsprobleme
- Im Interview beobachtetes Verlieren des gedanklichen Fadens
- Selbsterlebte und -berichtete erhöhte Ablenkbarkeit

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.

Gute Verträglichkeit von Nabiximols bei MS bestätigt

➔ Nabiximols, ein cannabinoidhaltiges Spray zur Anwendung in der Mundhöhle, ist in der Behandlung spastischer Symptome bei Multipler Sklerose (MS) etabliert. Studien bestätigen, dass das Spray verträglich und wirksam ist.

Die klassischen Muskelrelaxanzien wie Baclofen oder Tizanidin sind laut Prof. Dr. Matthias Mäurer, Neurologie, Klinikum Würzburg Mitte, bei vielen MS-Betroffenen nicht besonders beliebt. Das liege unter anderem daran, dass die damit erreichte Muskeltonussenkung über das Ziel hinausschießen und zu Kraftminderungen führen kann. Zudem wirken die Medikamente sedierend. Als Fertigpräparat mit gut dokumentierter Wirksamkeit und Sicherheit sei Nabiximols (Sativex®) anderen cannabinoidhaltigen

Medikamenten wie Cannabisblüten unbedingt vorzuziehen, betonte Mäurer. Einer systematischen Metaanalyse von Anwendungsstudien zufolge waren die meisten Nebenwirkungen unter Nabiximols mild bis moderat und klangen nach der Titrationsphase ab [Akgün K et al. J Cent Nerv Syst Dis. 2019;11:1179573519831997]. Als häufigste Nebenwirkungen traten Schwindel ($\leq 4\%$), Benommenheit ($\leq 1,9\%$), Fatigue ($\leq 2,5\%$) und Übelkeit ($\leq 2\%$) auf. „Selbst bei Überdosierung waren unerwünschte Ereignisse wie psychotische Symptome oder Angstzustände selten“, berichtete Mäurer. Nach seiner Erfahrung wird Nabiximols von den meisten Behandelten in der richtigen Dosierung eingenommen und scheine einen Substanzmissbrauch nicht zu fördern.

Das Rauchen von Cannabis kann nachweislich kognitive Funktionen beeinträchtigen [Feinstein A et al. Mult Scler. 2015;21:1755-60]. Mäurer führte eine systematische Metaanalyse randomisierter und nicht interventioneller Studien an, die keinen negativen Einfluss von Nabiximols auf kognitive Funktionen gezeigt habe [Dyukha I et al. Mult Scler Relat Disord 2022;68:104173]. Auch die Fahrtüchtigkeit werde durch Nabiximols nicht gemindert. Einzelne Dimensionen des Fahrtests verbesserten sich sogar [Freidel M et al. Acta Neurol Scand. 2015; 131:9-16].

Dr. Thomas Heim

Industriesymposium „Neue Arzneimittelrichtlinie Cannabis – Warum Fertig Arzneimittel die bessere Option sind“, Deutscher Schmerzkongress, 20.10.2023; Veranstalter: Almirall

FXa-Inhibitor-Antidot überzeugt bei intrakranieller Blutung

➔ Bei Blutungen unter Therapie mit den direkten Faktor Xa (FXa)-Inhibitoren Apixaban oder Rivaroxaban kann das modifizierte FXa-Protein Andexanet alfa (Ondexxya®) die Gerinnungshemmung spezifisch antagonisieren. Die ANNEXa-I-Studie belegt jetzt die Überlegenheit gegenüber der Vergleichstherapie.

An der Studie nahmen Patientinnen und Patienten mit akuter intrakranieller Blutung innerhalb von sechs Stunden nach Symptombeginn und bei denen die letzte Ein-

nahme von Apixaban oder Rivaroxaban maximal 15 Stunden zurück lag teil. Behandelt wurde entweder mit Andexanet alfa oder Standardversorgung. Dabei kam bei 87% der Patientinnen und Patienten Prothrombinkomplex-Konzentrat (PPSB) zum Einsatz. Primärer Endpunkt war die hämostatische Wirksamkeit nach zwölf Stunden, definiert als Hämatomexpansion $\leq 35\%$, gleichzeitig keine neurologische Verschlechterung und keine hämostatische Notfalltherapie drei bis zwölf Stunden nach

Randomisierung. Wie die Studienleitung berichtete, wurde die Studie infolge einer präspezifizierten Interimsanalyse nach der Teilnahme von 450 statt geplanten 900 Personen vorzeitig beendet [Connolly SJ. Vortrag auf dem World Stroke Congress; Toronto. Oktober 2023]. Der Grund: Andexanet alfa war bei der hämostatischen Wirksamkeit klar überlegen. Den primären Endpunkt erreichten 63,9%, gegenüber 52,4% bei Vergleichstherapie ($p=0,008$). Der Vorteil war unabhängig von Faktoren wie dem Alter, Symptombeginn, Zeit bis zur Behandlung, Größe des Hämatoms zu Beginn und auch davon, ob PPSB gegeben wurde oder nicht.

Beim sekundären Endpunkt, der Entwicklung medianer Anti-FXa-Aktivität von der Baseline bis zum Nadir nach ein bis zwei Stunden, zeigte sich auch eine signifikante Überlegenheit (Abb. 1, $p < 0,0001$). Keine Unterschiede gab es in der Gesamtsterblichkeit. Thrombotische Ereignisse waren mit 10,3% vs. 5,6% bei Therapie mit Andexanet alfa erhöht ($p=0,048$), getrieben durch Schlaganfälle und akute Koronarsyn-drome.

Philipp Grätzel von Grätz

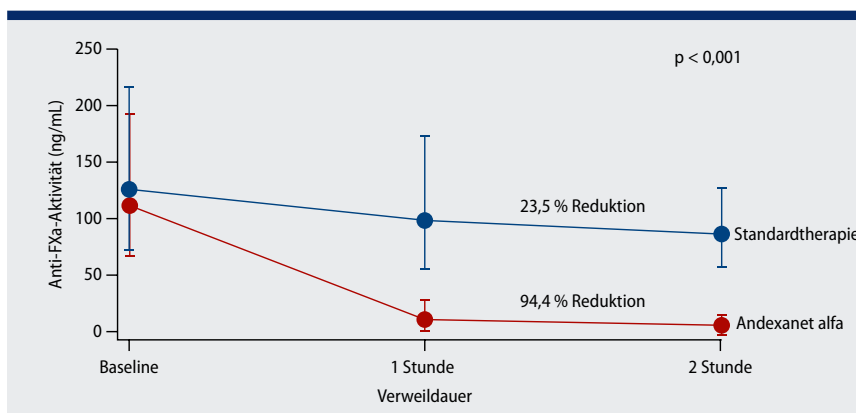


Abb. 1: Sekundärer Endpunkt der ANNEXa-I-Studie war die Anti-FXa-Aktivität bei Therapie mit Andexanet alfa beziehungsweise Vergleichstherapie inklusive PPSB (mod. nach [Connolly SJ. Vortrag auf dem World Stroke Congress 2023; Toronto. Oktober 2023]).

Webinar „ANNEXa-I ‘Meet the experts’“ am 17.10.2023. Veranstalter: AstraZeneca

Gentherapie bei SMA: Sicherheitsprofil bei schwereren Kindern bestätigt

➔ In der SMART-Studie wurde erstmals die Sicherheit der Einmal-Gentherapie mit Onasemnogen-Abepravovec (Zolgensma®) bei Kindern mit spinaler Muskelatrophie (SMA) und einem Körpergewicht von bis zu 21 kg untersucht. Neue Sicherheitssignale zeigten sich nicht.

Die Zulassung von Onasemnogen-Abepravovec bei SMA im Mai 2020 stützte sich auf Daten zu Kindern mit einem Körpergewicht von weniger als 8,5 kg [Day JW et al. *Lancet Neurol.* 2021;20:284-93; Mendell JR et al. *N Engl J Med.* 2017;377:1713-22]. Die finalen Ergebnisse der SMART-Studie erweitern nun bereits vorliegende Erfahrungen zur Sicherheit und Wirksamkeit der Einmal-Gentherapie. Untersucht wurden die Effekte bei Kindern mit einem Körpergewicht von 8,5 bis 21 kg [Mc Millan HJ et al. 28. Jahrestagung der World Muscle Society, Charleston, SC, USA. 2023, Präsentation O20]. Wie Prof. Dr. Günther Bernert, Kinderarztpraxis Schumannngasse, Wien, Österreich, berichtete, schloss die Studie 24 Kin-

der im Alter zwischen 1,5 und 9,1 Jahren ein. 45,8% von ihnen wiesen eine SMA Typ 2 und 75,0% drei SMN2-Genkopien auf. 79,2% waren mit Nusinersen und 8,3% mit Risdiplam vorbehandelt.

Häufigkeit und Schwere unerwünschter Ereignisse waren in den drei ausgewerteten Gewichtsgruppen ($\geq 8,5$ bis ≤ 13 kg, > 13 bis ≤ 17 kg und > 17 bis ≤ 21 kg) ähnlich. Bei 83,3% der Patientinnen und Patienten wurden hepatotoxische Nebenwirkungen beobachtet. Mit Ausnahme eines Falles mit Verlängerung der Prothrombinzeit handelte es sich um meist asymptomatische Anstiege der Lebertransaminasen, die mit der Steroid-Begleitmedikation beherrschbar waren und komplikationslos verliefen. „Keines der Kinder ist verstorben oder vorzeitig aus der Studie ausgeschieden“, so Bernert. Bei älteren und schwereren Kindern sei dennoch ein engmaschiges Monitoring geboten. Hinsichtlich der Wirksamkeit blieben alle vor Durchführung der Gentherapie erreichten motorischen Mei-

lensteine bei 23 der 24 Kinder während der einjährigen Nachbeobachtungszeit erhalten. Vier Kinder erreichten mindestens einen weiteren Meilenstein.

Dr. Claudia Weiß, Klinik für Pädiatrie mit Schwerpunkt Neurologie, Charité Universitätsmedizin Berlin, präsentierte die Ergebnisse einer in Deutschland und Österreich durchgeführten Kohortenstudie mit 76 Kindern mit SMA im Alter von 0,8 bis 59,0 Monaten zum Zeitpunkt der Gentherapie. Übereinstimmend mit anderen Daten ist die Wirksamkeit der Gentherapie den Ergebnissen zufolge um so besser, je jünger die Kinder zum Zeitpunkt der Behandlung sind [Weiß C et al. *Lancet Child Adolesc Health.* 2022;6:17-27].

Dr. Matthias Herrmann

Lunch-Symposium „Spotlight Gentherapie: neue Daten bei kleinen und großen Patient*innen mit spinaler Muskelatrophie (SMA)“; 48. Jahrestagung der Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP); Dortmund, 16.11.2023. Veranstalter: Novartis

Migränetherapie mit Antikörpern individuell anpassen

➔ Gegen das Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP) oder dessen Rezeptoren (CGRP-R) gerichtete Antikörper haben sich als wirksame und sichere Migräneprophylaktika erwiesen. Bei fehlendem Ansprechen auf einen oder mehrere dieser Wirkstoffe ist der Wechsel auf einen anderen Antikörper zu erwägen. Neue Daten bestätigen zudem die langanhaltende Wirksamkeit des einzigen intravenös applizierten CGRP-gerichteten Antikörpers in der Migränetherapie.

„Wir verfügen heute über ein breites Repertoire der medikamentösen Migräneprophylaxe,“ erklärte Prof. Dr. Dr. Stefan Evers, Neurologie, Krankenhaus Lindenbrunn, Coppenbrügge. Dabei hätten, so der Experte, die gegen CGRP oder CGRP-R gerichteten Antikörper das beste Verhältnis von Wirksamkeit zu Nebenwirkungen. Die Auswahl des verwendeten Prophylaktikums und die Behandlungsdauer seien letztlich immer eine individuelle Entscheidung. Die höchsten Effektstärken in der Migränebehandlung erreiche man, so PD Dr. Charly

Gaul vom Kopfschmerzzentrum Frankfurt, durch eine Kombination aus medizinischen und psychologischen Verfahren im Rahmen eines multimodalen Gesamtbehandlungsplans.

„Bei Migränekranken, die nicht auf einen bestimmten Antikörper angesprochen haben, ist der Wechsel auf einen anderen Antikörper immer noch mit einer realen Erfolgchance verbunden,“ erklärte Evers. Das habe kürzlich eine österreichische Studie anhand der Registerdaten von 196 Migränebetroffenen gezeigt [Kaltseis K et al. *BMC Neurol.* 2023;23:174]. 72% davon hatten nicht auf den ersten Antikörper angesprochen. 42% der daraufhin mit einem anderen Antikörper Behandelten sprachen auf den neuen Antikörper an. Auf einen dritten Antikörper nach vorherigem Therapieversagen sprachen 29% an.

Auch die Langzeitwirksamkeit der Antikörper in der Migränetherapie ist Evers zufolge mittlerweile gut belegt. Für den einzigen intravenös applizierten Vertreter der Wirkstoffklasse, den gegen CGRP gerichteten

Antikörper Eptinezumab, seien dazu die auf dem diesjährigen Kongress der European Academy of Neurology vorgestellten Daten aus der 48-wöchigen Nachbeobachtungsphase der randomisiert placebokontrollierten Studie DELIVER relevant [Ashina M et al. *European Journal of Neurology.* 2023; 30(Suppl.1),372]. An DELIVER hatten 891 Erwachsene mit episodischer oder chronischer Migräne teilgenommen, die zuvor auf zwei bis vier herkömmliche Prophylaktika nicht angesprochen hatten [Ashina M et al. *Lancet Neurol.* 2022;21:597-607]. Die zum Ende der 24-wöchigen placebokontrollierten Phase unter Verum erreichte Reduktion der Migränetage pro Monat blieb unter der dosisverblindeten in zwölfwöchigen Intervallen fortgeführten Weiterbehandlung mit Eptinezumab 100 mg oder 300 mg erhalten.

Dr. Thomas Heim

Industriesymposium „Wenn Schema F nicht passt – Erfahrungen mit komplexen Migränpatienten in der Praxis“ anlässlich des Deutschen Schmerzkongresses, Mannheim, 19.10.2023. Veranstalter: Lundbeck

Vutrisiran punktet bei ATTRv-Amyloidose mit Dreimonatsgabe

➔ Ursächlich für die hereditäre Transthyretin-Amyloidose (ATTRv-Amyloidose) sind Mutationen im *TTR-Gen*. Sie führen zur Fehlfaltung des Transthyretins, wodurch sich Amyloidfibrillen vor allem im Nervensystem und im Herz ablagern. Wie PD Dr. Katrin Hahn, Amyloidosis Center Charité, Universitätsmedizin Berlin, erläuterte, reduzieren derzeit verfügbare Therapien wie die RNA-Interferenztherapien Patisiran und Vutrisiran (Amvuttra®) TTR im Serum. Vutrisiran ist seit September 2022 zur Behandlung der ATTRv-Amyloidose-assoziierten Polyneuropathie im Stadium 1 oder 2 zugelassen. Im Unterschied zu Patisiran wird Vutrisiran subkutan statt intravenös und alle drei Monate statt alle drei Wochen appliziert, außerdem ohne Prämedikation.

In der offenen Phase-III-Studie HELIOS-A wurden 164 Erkrankte im Verhältnis 3:1 zwischen Vutrisiran und Patisiran randomisiert [Adams D et al. *Amyloid*. 2023;30: 1-9]. Verglichen wurden die Ergebnisse mit der historischen Placebogruppe (n=77) der Patisiran-Zulassungsstudie APOLLO. Primärer Endpunkt war die mit dem modifizierten Neuropathy Impairment Score + 7 (mNIS+7) gemessene Änderung neuropathischer Schädigung nach neun Monaten. Unter Vutrisiran sank der mNIS+7 gegenüber dem Ausgangswert um durchschnittlich 2,24 Punkte. In der Placebogruppe verschlechterte er sich dagegen um 14,76 Punkte. Der Unterschied zwischen den Gruppen war signifikant ($p = 3,54 \times 10^{-12}$). Nach 18 Monaten stabilisierte sich der Wert

unter Vutrisiran auf -0,46 Punkte, unter Placebo lag er bei 28,1 Punkten ($p = 6,50 \times 10^{-20}$ vs. Baseline). Die mittlere Änderung des mNIS+7 korrelierte mit der Lebensqualität gemäß Norfolk QOL-DN-Score. Weitere sekundäre Endpunkte wie der 10-Meter-Gehstest, tägliche Aktivität und soziale Teilhabe besserten sich unter Vutrisiran ebenfalls. Das Sicherheitsprofil von Vutrisiran war laut Hahn akzeptabel. So gab es keine therapieassoziierten Behandlungsabbrüche. In der Reduktion der TTR-Spiegel war Vutrisiran Patisiran nicht unterlegen.

Dr. Günter Springer

Satellitensymposium „ATTRv-Amyloidose in der Praxis – kennen, erkennen und behandeln“, beim 96. DGN-Kongress, Berlin, 8.11.2023. Veranstalter: Alnylam

Mit BTK-Hemmern bei MS neue Wege beschreiten

➔ Vier Bruton-Tyrosinkinase (BTK)-Inhibitoren werden derzeit in Phase-III-Studien zur Therapie der Multiplen Sklerose (MS) untersucht. Darunter befindet sich mit Fenebrutinib ein wirksamer, hochselektiver Hemmer der BTK, der als einziger nicht kovalent und reversibel an der Kinase bindet. Neben einem Effekt auf die akute Entzündung und MS-Schübe erhofft man sich durch die zentrale Wirkung auf proinflammatorische Mikroglia eine Reduktion der chronischen Inflammation und damit eine Verringerung

der Progression unabhängig von Krankheitsaktivität (progression independent of relapse activity, PIRA).

Positive Daten für Fenebrutinib liegen aus der Phase-II-Studie FENopta bei schubförmiger MS vor [Bar-Or A et al. Vortrag beimECTRIMS-ACRIMS Meeting, 13.10.2023]. Darin konnte unter Fenebrutinib 200 mg (n=73) im Vergleich zu Placebo (n=36) eine signifikante Reduktion der Zahl aller gadolinium-anreichernden T1-Läsionen gezeigt werden. Im primären Endpunkt, einer Kombination

der Ergebnisse aus den Wochen 4, 8 und 12, betrug die Reduktion 69% (95%-Konfidenzintervall [KI] 34%–85%; $p = 0,0022$, **Abb. 1**). Die Teilnehmenden waren 18 bis 55 Jahre alt und hatten einen EDSS von 0,5 bis 5,5. Die Zahl unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAW) war unter Verum (n=40) und Placebo (n=19) nicht signifikant verschieden. Schwere oder gar fatal verlaufende UAW traten in beiden Gruppen nicht auf. Bei 5,5% der Patientinnen und Patienten unter Fenebrutinib wurden aber erhöhte Laborwerte für hepatische Transaminasen festgestellt, in der Placebogruppe stiegen die Leberenzyme nicht an.

Gegenwärtig laufen zwei randomisierte doppelblinde Phase-III-Studien: In FENhance (n=736) wird Fenebrutinib bei schubförmiger MS mit Teriflunomid verglichen, primärer Endpunkt ist die jährliche Schubrate. In FENTrepid (n=946) wird der BTK-Hemmer bei primär progredienter MS dem Antikörper Ocrelizumab gegenübergestellt. Primärer Endpunkt ist die Zeit bis zum Beginn der zusammengesetzten zwölfwöchigen bestätigten Behinderungsprogression.

Dr. Gunter Freese

Symposium „neuro journal MS-Pipeline Spezial: MS-Therapie heute und morgen – Navigation in die Zukunft“, 96. Kongress der DGN, 9.11.2023, Berlin. Veranstalter: Roche

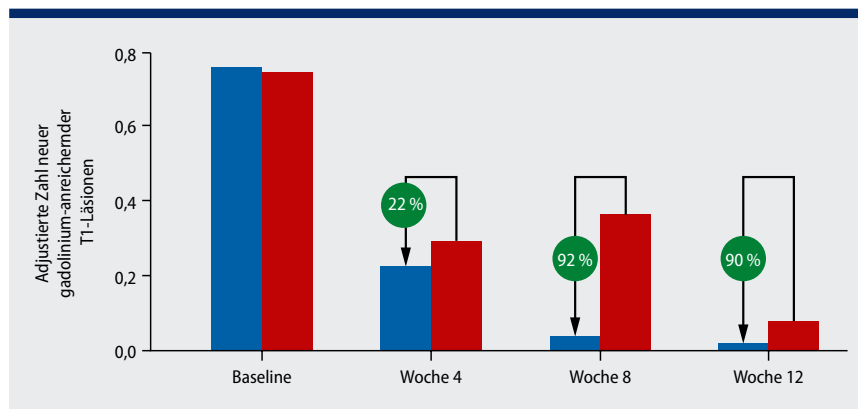


Abb. 1: Phase-II-Studie FENopta: Reduktion der Zahl gadoliniumanreichernder T1-Läsionen (primärer Endpunkt) über zwölf Wochen unter dem BTK-Hemmer Fenebrutinib und Placebo (mod. nach [Bar-Or A et al. Vortrag beimECTRIMS-ACRIMS Meeting, 13.10.2023])

Umstellung von Alglucosidase alfa auf Avalglucosidase alfa bei Morbus Pompe

➔ Patientinnen und Patienten mit Late Onset Pompe Disease (LOPD) zeigen nach dem Beginn der Enzyersatztherapie mit Alglucosidase alfa (Myozyme®) im Mittel einen deutlichen Anstieg der forcierten Vitalkapazität (FVC). Nach einigen Jahren setzt dann allerdings eine schleichende Abnahme ein [Schoser B et al. J Neurol. 2017;264:621-30].

„Viele unserer Patientinnen und Patienten befinden sich mittlerweile in dieser Phase, in der wir klinisch wieder einen Krankheitsprogress nachweisen können“, berichtete Dr. Alexander Mensch, Oberarzt am Neuromuskulären Zentrum des Universitätsklinikums in Halle. Dieser Progress werde teilweise der suboptimalen Aufnahme von Alglucosidase alfa in die Muskelzellen zugeschrieben.

Mit der Entwicklung der seit Juni 2022 in Deutschland zugelassenen Enzyersatztherapie der zweiten Generation mit Aval-

glucosidase alfa (Nexviadyme®) konnte die Aufnahme maßgeblich verbessert werden [Pena LDM et al. Neuromuscul Disord. 2019;29:167-86].

In der zulassungsrelevanten Phase-III-Studie COMET zeigten sich bei therapienaiven Patientinnen und Patienten mit LOPD unter Avalglucosidase alfa hinsichtlich der Atemfunktion und des Gehvermögens eine klinisch bedeutsame Verbesserung im Vergleich zur Standardtherapie mit Alglucosidase alfa [Diaz-Manera J et al. Lancet Neurol. 2021;20:1012-26].

An die 49-wöchige Doppelblindphase schließt sich eine offene Extensionsstudie an, zu deren Beginn die mit Alglucosidase alfa behandelten Patientinnen und Patienten auf Avalglucosidase alfa umgestellt wurden. Patientinnen und Patienten, die seit Beginn der Studie Avalglucosidase alfa erhielten, zeigten eine anhaltende Verbesserung der klinischen Endpunkte, während

diese Verbesserung in der Switch-Population geringer ausfiel [Kishnani PS et al. JAMA Neurol. 2023;80:558-67].

Am Neuromuskulären Zentrum in Halle seien inzwischen alle 13 der 19 dort betreuten Patientinnen und Patienten mit LOPD, die einen Wechsel favorisierten, von Alglucosidase alfa auf Avalglucosidase alfa umgestellt worden, berichtete Mensch. Bei denjenigen mit Heiminfusion erfolgen die Erstinfusion und die ersten zwei Folgeinfusionen am Zentrum, um eventuell auftretende neue unerwünschte Ereignisse erfassen zu können. Die Umstellung erwies sich aber als unkompliziert.

Dr. Matthias Herrmann

Symposium „Diagnostische Umwege bei Muskelerkrankungen und ein Jahr Erfahrung mit Avalglucosidase alfa“, Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN), 9.11.2023, Berlin; Veranstalter: Sanofi-Aventis

Erstmals Medikament für unbefristete Langzeittherapie bei chronischer Insomnie zugelassen

➔ Für Patienten und Patientinnen mit chronischer Insomnie steht mit Daridorexant (Quviviq®) ein Medikament zur Verfügung, das für die Langzeit- und Dauertherapie zugelassen ist. Auch der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in einem Beschluss die für Schlafmittel übliche zeitliche Anwendungsbeschränkung für Daridorexant außer Kraft gesetzt, was eine unbefristete Langzeittherapie ermöglicht.

Schätzungsweise 9% der Bundesbürgerinnen und -bürger weisen eine chronische Insomnie auf. Das heißt, sie leiden über mindestens drei Monate an drei oder mehr Tagen in der Woche an Ein- und Durchschlafstörungen, die ihre Tagesfunktion beeinträchtigen.

Die medikamentöse Therapie war bisher oft unbefriedigend, da alle eingesetzten schlaffördernden oder -anstoßenden Medikamente wegen des Abhängigkeitsrisikos nur für eine Kurzzeittherapie von höchstens vier Wochen zugelassen waren, erklärte Prof. Dr. Göran Hajak, Klinik für Psychiatrie

und Psychotherapie an der Sozialstiftung Bamberg. Meist sei das Problem dann aber nicht gelöst, sodass häufig Off-Label auf andere Mittel zurückgegriffen werde, die gar nicht für die Behandlung von Schlafstörungen zugelassen sind.

Daridorexant habe einen völlig anderen Wirkmechanismus als andere Schlafmittel, so Hajak weiter. Es blockiere den normalerweise nur am Tag im Hypothalamus gebildeten körpereigenen „Wachmacher“ Orexin und setze damit an der Ursache von chronischen Schlafstörungen an. Arousal und Wachantrieb in der Nacht würden reduziert, was einen natürlichen Schlaf ermögliche.

Die Wirksamkeit wurde in zwei multizentrischen randomisierten Phase-III-Studien bei Patientinnen und Patienten mit chronischer Insomnie belegt. Den Ergebnissen zufolge verkürzten sich die Gesamtdauer der Wachphasen nach Schlafbeginn und die Einschlafzeit im Vergleich zu Placebo nach ein und drei Monaten signifikant [Mignot E. Lancet Neurol. 2022;21:125-39].

Wie Hajak erläuterte, müssen die Patientinnen und Patienten darüber aufgeklärt werden, dass sich – anders als beispielsweise bei Zolpidem – die Wirkung erst allmählich entfaltet. Das bedeutet, dass erst nach etwa sechs Wochen ein Plateau in der Wirkung erreicht wird. Die Behandlung sollte deshalb für mindestens drei Monate fortgeführt werden. Bei einem Absetzen nach einem Jahr trete bei circa 80% der Betroffenen keine Rebound-Insomnie auf. Nebenwirkungen beim Absetzen der Therapie seien nicht zu befürchten, und das Medikament müsse auch nicht langsam ausgeschlichen werden.

Maria Weiß

Pressefrühstück „Wach ist das Leben bunter – Erfahrungen aus der Praxis und was jetzt bei der Langzeitverordnung von Quviviq (Daridorexant) gilt“, Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), 30.11.2023, Berlin; Veranstalter: Idorsia

Journal



Zur Therapie der Alzheimerdemenz wurden Wirkstoffe aus Blumen eingesetzt, zum Beispiel aus Schneeglöckchen.

© Ilija / stock.adobe.com

Blumen gegen das Vergessen

Zur Geschichte der Antidementiva – Teil 2

Im ersten Teil der Geschichte der Antidementiva wurden erste Acetylcholinesterasehemmer besprochen. Der zweite Teil befasst sich mit den beiden anderen Acetylcholinesterasehemmern, Rivastigmin und Galantamin. Die vier Substanzen wurden in Forschungseinrichtungen in Australien und den USA, Japan, Israel, der Sowjetunion und Bulgarien entwickelt.

Tacrin und Donepezil waren die ersten Acetylcholinesterasehemmer, die bereits im NeuroTransmitter 3/2024 behandelt wurden. Verschiedene Wirkstoffe folgten, bei denen das Augenmerk auf einer besseren Verträglichkeit lag.

Rivastigmin

Die Substanz Rivastigmin ist ein halbsynthetischer Abkömmling des Indolalkaloids Physostigmin (Eserin). Letzteres ist im Samen der westafrikanischen Kalarbohne, auch Gottesurteilbohne genannt, enthalten. Der wissenschaftliche Name „Physostigma venenosum“ stammt vom Erstbeschreiber der Pflanze (1860), dem schottischen Botaniker John Hutton Balfour (1808–1884). Physostigmin wurde im 19. Jahrhundert in Deutschland erstmals isoliert und pharmakologisch als Miosis erzeugend charakterisiert. Der Unternehmer Julius Jobst und der Chemiker Oswald Hesse gaben ihm die Bezeichnung „Physostigmin“ [1]. Seine chemische Struktur wurde in den 1920er-Jahren aufgeklärt [2]. Im Jahr 1930 erschienen Publikationen über seine Eigenschaft, das Enzym Acetylcholinesterase (AChE) zu inhibieren, das Acetylcholin abbaut [3]. Forschende erkannten, dass der Verlust an Acetylcholintransferase, dem Enzym, das Acetylcholin auch im Zentralnervensystem synthetisiert, ursächlich für die Demenz bei Morbus Alzheimer ist (siehe NeuroTransmitter 2024;3:54-7,

Lit. 10). Damit stieg das Interesse an Physostigmin als mögliches antidementielles Pharmakon.

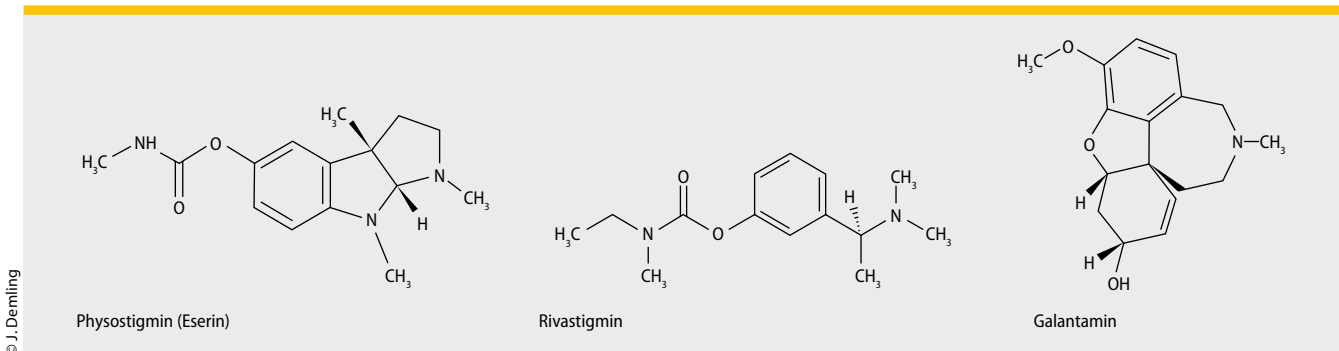
Einige Studien ergaben einen gewissen therapeutischen Effekt, jedoch wies Physostigmin eine Reihe von Nachteilen auf. Darunter waren zum Beispiel eine begrenzte therapeutische Breite, geringe chemische Stabilität, instabile Bioverfügbarkeit und eine kurze Wirkungsdauer [4]. Besonders der letzte Punkt ist ungünstig für eine Langzeitbehandlung wie bei Morbus Alzheimer. Andere, synthetische Acetylcholinesterasehemmer mit Carbamatstruktur (wie Physostigmin) waren nicht liquorgängig oder relativ instabil. Eine Arbeitsgruppe an der Hebräischen Universität Jerusalem beschäftigte sich mit diesem Thema. Sie wurde von der aus Österreich stammenden Pharmakologin Marta Weinstock (später Weinstock-Rosin, *1935) geleitet. Bei den Forschungen ging die Gruppe von Miotin aus. Dieser Physostigminabkömmling wurde als Miotikum zum Beispiel zur Glaukombehandlung eingesetzt.

Das Team um Weinstock testete eine Reihe von liquorgängigen Alkylderivaten mit Substituenten am Stickstoff der Carbamatgruppe auf ihre pharmakologischen und therapeutischen Eigenschaften [5]. Dabei erwiesen sich größere Mono- oder Dialkylderivate mit ein beziehungsweise zwei Substituenten am Carbamatstickstoff als vorteilhaft gegenüber Physostigmin [6]. Zu diesen gehörte auch das im Jahr 1985 entwickelte Ri-

vastigmin [7]. Es vereinte die meisten positiven Eigenschaften in sich. Über die Yissum Research Development Company, die Technologietransferfirma der Hebräischen Universität Jerusalem, wurde Rivastigmin an die pharmazeutische Firma Novartis in Basel verkauft. Als Exelon® wurde es auf den internationalen Arzneimittelmarkt gebracht.

Rivastigmin inhibiert die AChE und die Butyrylcholinesterase (BuChE, auch Pseudocholinesterase genannt) etwa gleich stark, mit geringer Selektivität für AChE. Das katalysierende Zentrum beider Enzyme verfügt jeweils über mehrere Bindungsstellen. Diese spielen einerseits in ihrer natürlichen Funktion beim Abbau von Acetyl- beziehungsweise Butyrylcholin, andererseits bei der Hemmung des Enzyms durch das Pharmakon eine Rolle. Bei Gesunden dominiert die AChE gegenüber der BuChE. Für den therapeutischen Effekt ist die Hemmung beider Cholinesterasen wichtig [8] (vgl. auch NeuroTransmitter 2024;3:54-7, Lit. 22). Grund dafür ist, dass mit fortschreitender Erkrankung die Aktivität der AChE konstant bleibt oder sinkt, diejenige der BuChE hingegen deutlich zunimmt [9, 10].

Beide Cholinesterasen existieren in unterschiedlichen globulären (G-)Formen, wobei die monomere G1-Form vorwiegend im Kortex und im Hippocampus auftritt. Das sind Areale, die für die Alzheimerdemenz besonders relevant sind. Nach Fraser Inglis [11] inhibiert Ri-



Molekulare Struktur von Physostigmin, Rivastigmin und Galantamin

vastigmin weitgehend spezifisch diese globuläre Form der Cholinesterasen.

Rivastigmin bindet an die „Esterbindestelle“ der Cholinesterasen, wodurch diese für zehn bis zwölf Stunden inaktiviert werden, was auch als carbamylierte AChE bezeichnet wird. Hierbei wird Rivastigmin zu einem Carbamylteil und einem pharmakologisch inaktiven Metaboliten (NAP 226-80) hydrolysiert, wodurch der hepatische Abbauprozess des Medikaments durch CYP-P 450-Enzyme umgangen wird [12].

Seit dem Jahr 2007 ist Rivastigmin der erste und bislang einzige Cholinesterasehemmer, der in Form eines transdermalen Pflasters, eines sogenannten transdermalen therapeutischen Systems (TTS), angeboten wird. Hierdurch werden eine kontinuierliche Abgabe des Wirkstoffes, konstante Wirkspiegel und damit eine bessere Verträglichkeit als bei herkömmlichen Darreichungsformen, beispielsweise oral in Kapselform, erreicht. Grundlage für die Zulassung der Pflasterform war die IDEAL-Studie (Investigation of transdermal Exelon in Alzheimer's Disease) [13].

Galantamin

Die Substanz Galantamin ist ein pflanzliches Alkaloid. Sie wird auch als Galanthamin bezeichnet, was sich aus den griechischen Wörtern „gala“ für Milch und „anthos“ für Blume zusammensetzt. Chemisch ist der Stoff ein tertiäres Amid, das heißt, das Stickstoffatom im Molekül ist an drei Kohlenstoffatome gebunden. Galantamin kann aus verschiedenen Arten von Schneeglöckchen isoliert werden. Dazu gehört das kleine Schneeglöckchen (*Galanthus nivalis*),

dessen Name sich von dem lateinischen Wort „nix“, (Genitiv „nivis“) herleitet und „Schnee“ bedeutet. Außerdem gelingt die Isolierung aus dem kaukasischen oder Kaukasus-Schneeglöckchen. Wissenschaftlich heißt es *Galanthus Woronowi* nach dem russischen Botaniker Juri Nikolajewitsch Woronow (1874–1931). Weitere mögliche Pflanzen sind die Sommerschneeflocke (*Leucojum aestivum*) und Narzissen, zum Beispiel die gelbe Narzisse oder die Osterglocke.

Im Jahr 1947 erschien im sowjetischen „Journal für allgemeine Chemie“ ein Bericht über zwei bis dahin unbekannte Alkaloide in kaukasischen Schneeglöckchen [14]. Die Autoren gaben ihnen die Bezeichnungen „Galantin“ und „Galantidin“. Der sowjetische Pharmazeut Mikhail Davidovich Mashkovsky und seine Mitarbeiterin R. P. Kruglikova-Lvova veröffentlichten im Jahr 1951 die erste pharmakologische (Ex-vivo-) Studie zur Anticholinesterasewirkung von Galantamin ([15], zitiert nach [17]). Das machte es später für die Anwendung bei Morbus Alzheimer interessant. Im Jahr 1952 gelang N. F. Proskurnina und A. R. Yakovleva aus derselben Schneeglöckchenart die Isolierung und chemische Strukturklärung eines dritten Alkaloids, das die Bezeichnung „Galantamin“ erhielt [16].

Es erscheint verwunderlich, dass laut Literatur (vgl. [17], S. 150) der Nachweis der pharmakologischen Eigenschaft von Galantamin, nämlich die Hemmung der AChE (1951), der Isolierung und chemischen Strukturklärung von Galantamin (1952) offenbar zeitlich vorausging.

Erste In-vivo-Nachweise der Anticholinesteraseaktivität gelangen in den frü-

hen 1960er-Jahren. Im Jahr 1957 isolierte die bulgarische Wissenschaftlerin L. Bubeva-Ivanova ein Alkaloid aus *Galanthus nivalis* und konnte dessen Identität mit Galantamin aus *Galanthus Woronowi* nachweisen [17, 18]. Im Jahr 1956 gewann die Forschungsgruppe um den bulgarischen Chemiker Dimitar Paskov (1914–1986) Galantamin aus der Zwiebel des kleinen Schneeglöckchens [19]. Ende der 1950er-Jahre begann auf dieser Grundlage die industrielle Verarbeitung bei der bulgarischen Firma Sopharma unter Paskovs Leitung. Allerdings erwiesen sich bald die Extrakte der Sommerschneeflocke als weit ergiebiger Quelle von Galantamin, weshalb die industrielle Gewinnung auf diese Pflanze umgestellt wurde.

Das Galantaminpräparat erhielt die Firmenbezeichnung Nivalin® (nach *Galanthus nivalis*). Seit dem Jahr 1958 war es als Hydrobromidsalz in injizierbarer, erst ab dem Jahr 1984 in oral applizierbarer Form im Handel [17]. Erste Indikationen für den Einsatz waren unter anderem Myopathien, Poliomyelitis und Aufhebung neuromuskulärer Blockaden in der Anästhesie [20].

Galantamin wirkt zweifach (dual) auf das cholinerge Neuronensystem: neben der Hemmung der Cholinesterasen auch durch allosterische Modulation prä- und postsynaptischer Cholinrezeptoren, jedoch – bei gleicher Wirkung – an anderen Angriffsorten („allosterisch“) als der Neurotransmitter selbst (Acetylcholin, Butyrylcholin), wodurch der Cholineffekt verstärkt wird [21, 22]. Auch die Ausschüttung von Glutamat hat einen positiven Effekt auf die Gedächtnisleistung [22].

Auf der Suche nach neuen Substanzen zur Therapie von Alzheimer wurde in den 1980er-Jahren mit präklinischen Untersuchungen auch von Galantamin begonnen. Im folgenden Jahrzehnt wurde Galantamin zu einem Medikament gegen Morbus Alzheimer entwickelt. Im Jahr 1996 erhielt die österreichische Firma Sanochemia das erste Patent auf ein Verfahren zur chemischen Totalsynthese der Substanz. Ab Anfang der 2000er-Jahre erschienen die ersten kontrollierten Studien [23], die insgesamt eine signifikante klinische Wirksamkeit bei guter Verträglichkeit ergaben, es gab vorwiegend gastrointestinale Nebenwirkungen. Die behördliche Zulassung von Galantamin (Handelsname: Reminyl®) erfolgte unter der Indikation „leichte bis mittelschwere Demenz bei Morbus Alzheimer“ (wie bei den anderen Cholinesterasehemmern) in mehreren europäischen und asiatischen Ländern [24]. In Deutschland wurde das Medikament für die Firma Janssen-Cilag gegen Ende des Jahres 2000 als Lösung und Anfang 2005 in Kapselform zugelassen. Im Jahr 2020 verzichtete Janssen-Cilag auf die Zulassung, Galantamin wird seither von einer Reihe von Generikafirmen angeboten und ist auch über Reimport beziehbar.

8. Giacobini E et al. Inhibition of acetyl- and butyryl-cholinesterase in the cerebrospinal fluid of patients with Alzheimer's disease by rivastigmine: correlation with cognitive benefit. *J Neural Transm.* 2002;109:1053-65 (S. 1053)
9. Greig NH et al. Butyrylcholinesterase: an important new target in Alzheimer's disease therapy. *Int Psychogeriatr.* 2002;14(Suppl 1):77-91 (S. 86)
10. Darvesh S et al. Neurobiology of butyrylcholinesterase. *Nat. Rev. Neurosci.* 2003;4:131-8 (S. 135)
11. Inglis F. The tolerability and safety of cholinesterase inhibitors in the treatment of dementia. *J Geriatr Psychopharmacol.* 2002;1:26-34 (S. 47)
12. Jann MW. Rivastigmine, a new-generation cholinesterase inhibitor for the treatment of Alzheimer's disease. *Pharmacotherapy.* 2000;20(1):1-12 (S. 6)
13. Winblad B et al. IDEAL: a 6-month, double blind, placebo-controlled study of the first skin-patch for Alzheimer disease. *Neurology.* 2007;69(4 Suppl 1):14-22
14. Proskurnina NF, Areshkina LY. Über Alkaloide von Galanthus Woronowi. *J. Gen. Chem. USSR.* 1947;17(6):1216-9 (russisch)
15. Mashkovsky MD, Kriglikova-Lvova RP. On the pharmacology of the new alkaloid galantamine. *Farmakol. Toksikol. (Moscow).* 1951;14:27-30
16. Proskurnina NF, Yakovleva AR. Die Alkaloide von Galanthus Woronowi. II. Isolierung eines neuen Alkaloids. *J. Gen. Chem. USSR.* 1952;22(11):1899-903 (russisch)
17. Heinrich M, Teoh HL. Galanthamine from snowdrop - the development of a modern drug against Alzheimer's disease from local Caucasian knowledge. *J. Ethnopharmacol.* 2004;92:147-62 (S. 150)
18. Bubeva-Ivanova L. Phytochemical study on *Galanthus nivalis* var. *gracilis*. *Pharmacia* 1957;2:23-6 (bulgarisch)
19. Galantamine. en.wikipedia.org/wiki/Galantamine, zuletzt bearbeitet am 18. Oktober 2023 (dort auch Ausführungen über die Mythologie der Pflanze und ihrer Wirkungen)
20. Mucke Hermann AM. The case of galantamine: repurposing and late blooming of a cholinergic drug. *Future Science OA.* 2015;1:4
21. Pereira EF et al. Identification and functional characterization of a new agonist site on nicotinic acetylcholine of cultured hippocampal neurons. *J Pharmacol Exp Ther.* 1993;265:1474-91
22. wie 17 (S. 151)
23. wie 17, S. 154, Tabelle 2
24. wie 17, S. 150, Tabelle 1

AUTOR

Prof. em. Dr. Joachim Heinrich Demling

Psychiatrische und Psychotherapeutische Klinik
Schwabachanlage 6
91054 Erlangen

joachim.demling@gmail.com



Ausblick

In der nächsten Ausgabe des NeuroTransmitter werden die zwei letzten relevanten und aktuell zugelassenen Antidementiva behandelt.

Literatur

1. Jobst J, Hesse O. Ueber die Bohne von Calabar. *Liebigs Ann.* 1863;129:115-21 (S. 118)
2. Stedman E, Barger G. Physostigmine (eserine). Part III. *J. Chem. Soc (London).* 1925;127:247-258
3. Petcher TJ, Pauling P. Cholinesterase inhibitors: structure of eserine. *Nature.* 1973;241:277
4. Weinstock M et al. Pharmacological activity of novel acetylcholinesterase agents of potential use in the treatment of Alzheimer's disease. In: Lachman C (ed.) *Advances in Behavioral Biology.* Plenum Press, New York. 1986;539-51 (S. 539-48)
5. wie 4, S. 540
6. wie 4, S. 548
7. Zambrano P et al. An in vitro study on the interaction of the anti-Alzheimer drug rivastigmine with human erythrocytes. *Chem. Biol. Interact.* 2020;319:1-8 (S. 1)

Kleinanzeigen aus der Praxis

Praxisbörse

Wir suchen **Psychiater/Psychosomatiker/Nervenarzt und psych. Psychotherapeuten** (m/w/d) für unser inhabergeführtes MVZ in **Bad Homburg**. Wir sind ein lustiges, familiäres Team, bieten individuelle Arbeitszeitmodelle und externe Fortbildungen. **Kontakt:** bewerbung@admedicum.net

Nachfolge für **psychiatrisch/psychotherapeutische Praxis in Frankenthal** gesucht. Biete halben oder ganzen **Kassenarztsitz** zum verhandelbaren Zeitpunkt an. Gute Bedingungen, freundliches Team, gerne mit Einarbeitungszeit. **Kontakt:** Irene Kowalik-Bräuer, irene.kowalik@gmx.de

FA/FÄ Neurologie in MVZ in **Kleinstadt im Harz** mit familienfreundlicher Infrastruktur gesucht. Diagnostik und Therapie des gesamten Spektrums neurologischer Erkrankungen. Klinik für Neurologie im Klinikum der Schwerpunktversorgung vor Ort. **Kontakt:** britta.klauss@mvz-harz.de

Exklusiv für Mitglieder: kostenlos inserieren!

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



Einsendeschluss: 20. April 2024

Elke Weickelt

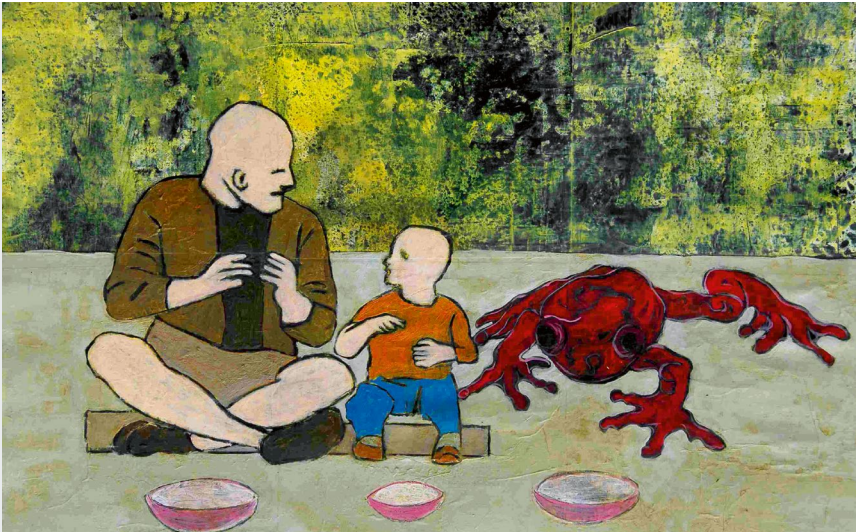
Kunst ohne Titel

Die Künstlerin Elke Weickelt – langjährig Psychiaterin im Broterwerb, wie sie es ausdrückt – hat in ihrer künstlerischen Laufbahn mehrere stark unterschiedliche Phasen durchlebt.

Im Kunstraum Vincke-Liepmann in Heidelberg sind schon ab Mitte April 2024 Werke der letzten Schaffensperiode von Elke Weickelt zu sehen. „Auf Augenhöhe“ ist der Titel der Ausstel-

lung, da die Künstlerin besonders seit einem einjährigen Aufenthalt in Südamerika im Jahr 2019 eine Frage umtreibt: Wer sind wir, die angebliche Krone der Schöpfung, in Bezug auf Natur

und Tiere überhaupt? Wie sie sagt, hat sie den entsetzlichen Raubbau, den der Mensch an der Natur durch enorme Rodungen des Regenwaldes und Quecksilberablagerungen in den Flüssen verübt, gesehen und erlebt. Seit dieser Reise malt sie nicht mehr abstrakt, sondern konkret Menschen, Tiere und Pflanzen. Sie möchte die Betrachtenden erreichen und stellt mit viel Humor Ähnlichkeiten zwischen Menschen und der sie umgebenden Natur in den Mittelpunkt ihres derzeitigen Schaffens. So nähert sich in einem ihrer Bilder von hinten ein roter Frosch einem Vater mit seinem Kind, die gerade aus vor ihnen stehenden Schüsseln essen. Auch der Frosch hat eine Schüssel vor sich und richtet seinen Blick auf deren Inhalt. Auf Augenhöhe speist hier das Tier mit den Menschen, in den Grundbedürfnissen vereint.



Demut wiedererlernen

Ein weiteres Bild der Ausstellung – ein Doppelporträt mit einer Dame und einem flusspferdähnlichen Tier – soll die Ähnlichkeit zwischen Mensch und wilder Kreatur verdeutlichen. Beide Gestalten schauen aus dem Bild heraus geradewegs auf ihr Publikum, während die Lippen der Dame und die Lippen des Tieres ein kleines ironisches Lächeln umspielt.

Die beiden Bilder sind – wie alle anderen – titellos, denn Weickelt beabsichtigt jenen, die sie ansehen, jedwede Interpretation selbst zu überlassen und nichts vorzugeben. Sie meint: „Mit meiner Kunst möchte ich auch den Weg zurück zur Einfachheit ebnen. Wenn man sich vor Augen führt, wie ausdrucksstark die Skulpturen sogenannter primitiver, ursprünglicher Völker sind und die Schöpfungen der Natur an sich, dann lernt man Demut der Natur und dem Ursprung gegenüber.“





© T. Starzinski

Performance im Projekt MERITOKRATIE im Industrietempel Mannheim im Dezember 2023



© E. Weickelt

Projekt „Malwand“ auf dem Krankenhausgelände des Psychiatrischen Zentrums Nordbadens im Jahr 2010, geschaffen von Patientinnen und Patienten.

Ich, ich, ich

Die Ichbezogenheit der Neuzeit, in der das Ego im Selfie mehr zählt als das eigentlich abzubildende Natur- oder Kulturspektakel im Hintergrund, zeigte Elke Weickelt erst vor kurzem auch in einer Performance des Industrietempels Mannheim (siehe Bild oben).

Ihre ersten Ausstellungen hatte Weickelt bereits in den 1990er-Jahren. Damals arbeitete sie noch als Psychiaterin am Psychiatrischen Zentrum Nordbaden (PZN) in Wiesloch. Eine der ersten Fragen einer Ausstellungsbesucherin widmete sich zu ihrem Leidwesen jedoch nicht ihren Werken, als vielmehr dem, wie mit der Depression der Schwester zu verfahren sei; verfahren auch für Weickelt, die fürderhin ihre Nebenberufung auf Ausstellungen verschwieg. Dabei ist zumindest ihr Lebenswerk, wenn auch vielleicht nicht das unmittelbare Schaffen als Künstlerin, untrennbar mit ihrem Beruf verbunden. So hat sie beim Aufbau der Sammlung Patientenkunst des PZN Wiesloch mit der Sammlung Prinzhorn¹ zusammengearbeitet. Einst als „Irrenkunst“ abgetane Werke werden heute wertungsfreier als

¹Die Sammlung Prinzhorn ist ein Museum für Kunst von Menschen mit psychischen Ausnahmefähigkeiten in Heidelberg und bildet heute fast 200 Jahre Psychiatriegeschichte ab.

Outsider Art eingestuft und in Museen sowie Ausstellungen neu präsentiert. Außerdem gestaltete sie das „IRO-Denkmal“ am PZN im Jahr 2007, mit dem die „IRO-Patient*innen“ (International Refugee Organisation) gewürdigt wurden. Diese stammten vor allem aus osteuropäischen Ländern, waren von Nationalsozialisten verschleppt und als Zwangsarbeiterinnen und -arbeiter geknechtet worden. In Wiesloch fanden sie eine zweite Heimat, verbrachten den Rest ihres Lebens im Wohn- und Pflegeheim und fanden auf dem Anstaltsfriedhof ihre letzte Ruhestätte.

Kunst bestärkt

Kunst ist jedenfalls vielfach nicht nur Freude und Inspiration für andere, sie macht auch die selbst Ausführenden stark, was Elke Weickelt mit einem Projekt für eine „Malwand“ auf dem Gelände des PZN im Jahr 2010 zum Ausdruck bringen wollte: Nach einer Ausschreibung unter Patientinnen und Patienten, Motive dafür zu entwerfen, wurden die ausgewählten dann von ihren Urhebern selbst unter ihrer Anleitung auf die Wand gemalt.

Wer die Werke der engagierten Kollegin kennenlernen möchte, dem seien drei Ausstellungen sehr ans Herz gelegt: 1. Kunstraum Vincke-Liepmann in Heidelberg: „Auf Augenhöhe“ | 13. April

bis 18. Mai 2024 | www.kunstraum-vincke-liepmann.de

2. Kunstverein Bretten: 7. April bis 11. Mai 2024 | www.kvbretten.de

3. Kurpfälzisches Museum in Heidelberg: Retrospektive Elke Weickelt „So-Sein und Da-Sein“, 12. Juli bis 8. September 2024, www.museum-heidelberg.de/

Die Ausstellung in Mannheim „MERITOKRATIE Mythos und Aufstieg einer sagenhaften Kultur“ fand vom 10. Dezember 2023 bis zum 11. Januar 2024 statt.

Mehr Informationen:

www.sammlung-prinzhorn.de/
www.pzn-wiesloch.de/ueber-uns/unser-unternehmen/geschichte
www.industrietempel.de/projekte-2023-2021/meritokratie/

AUTORIN

Dr. Angelika Otto

Freie Journalistin
München

angelika.s.
otto@gmail.com



Veranstaltungen BVDN/BDN/BVDP-Landesverbände 2024/2025

Datum Ort Zeit	Landesverband Titel Themen	Anmeldung
20.4.2024 online 9:15–12:15 Uhr 15.5.2024 online 17:15–20:30 Uhr 25.5.2024 online 9:15–12:15 Uhr CME-Punkte beantragt	NeuroWorkshops Von MS über Parkinson bis hin zu den Cannabinoiden wird ein kompakter Überblick über Neuerungen gegeben, immer mit Blick auf die tägliche Praxis. Zudem gibt es Updates zur 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
20.4.2024 in Stuttgart Ab 10:00 Uhr Alte Kanzlei	Jahreshauptversammlung BVDN Baden-Württemberg	geschaeftsstelle@bvdn-bawue.de
4.5.2024 in Nürnberg Arvena-Hotel CME-Punkte beantragt	BVDN-Landesverband Bayern Frühjahrstagung Fortbildung und Berufspolitik	Athene-Akademie k.braungardt@athene-qm.de
29.5.2024 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
4.6.2024 online 17:00–19:05 Uhr	Update Depression Behandlung von schweren Depressionen im Zusammenhang mit Therapieresistenzen	diaplan, siehe oben
5.6.2024 online 17:00–20:15 Uhr	„Frau Doktor/Herr Doktor, ich will sterben. Können Sie mir dabei helfen?“ Annäherung aus der Palliativmedizin und der Neurologie/Psychiatrie an das Thema „Assistierter Suizid/Sterbehilfe“	buchen.cortex-management.de
12.6.2024 online 16:00–18:00 Uhr	EBM-Abrechnungsseminar Für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie	buchen.cortex-management.de
13.–15.3.2025 in Köln Voraussichtlich 15 CME-Punkte	ZNS-Tage 2025 Aktuelle Fragestellungen der Neurologie und Psychiatrie, Berufspolitik und kollegialer Austausch	www.zns-tage.de

Fortbildungsveranstaltungen 2024

25.–27.4.2024 in Rostock Stadthalle	Deutscher Kongress für Parkinson und Bewegungsstörungen Forschungsergebnisse rund um Parkinson; Veranstaltungen für Patientinnen, Patienten und Angehörige	CPO HANSER SERVICE GmbH Paulsborner Str. 44, 14193 Berlin 030 300669-0 dpj-akbont2024@cpo-hanser.de www.cpo-hanser.de
26.–27.4.2024 in Lübeck A-ROSA-Travemünde Außenallee 10	DGN-Fortbildung: Neurologie kompakt	https://dgn.m-anage.com/Login.aspx?event=fobi24
3.–4.5.2024 in Nürnberg Germanisches Nationalmuseum Kartäusergasse 1 Voraussichtlich 5 CME-Punkte	25. Jahrestagung der Deutsche Gesellschaft für Neurowissenschaftliche Begutachtung (DGNB) Aktuelle Herausforderungen in der Begutachtung	DGNB, Jakobsstraße 31, 52391 Vettweiß www.dgnb-ev.de info@dgnb-ev.de Tel.: 024242028535
4.–7.5.2024 in Lissabon Estoril Convention Center	23rd European Congress of Trauma and Emergency Surgery (ECTES)	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena www.conventus.de
8.5.2024 in Berlin Kaiserin-Friedrich-Stiftung	4. Kongress DGBP und AGNP	https://www.dgpb.de/ https://agnp.de/
4.–6.7.2024 in Günzburg Schloss Reisenburg	Intensivseminar „Medizinische Begutachtung“ Block 1 des Curriculums, weitere Termine im 11/2024	DGNB, siehe oben
27.–28.9.2024 in Frankfurt MainHaus Stadthotel	17. Refresher-Seminar Neurologische Begutachtung	DGNB, siehe oben



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 Kumpe

Niedersachsen:

Norbert Mayer-Amberg

Nordrhein: Gereon Nelles,

Doris Augustin-Reuß

Rheinland-Pfalz: Klaus Sackenheim

Saarland: Nikolaus Rauber

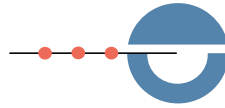
Sachsen: Ulrike Bennemann

Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe

Schleswig-Holstein: Klaus Gehring

Thüringen: Ralf Köbele, 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: Tobias Warnecke (Versorgungs-

netzwerke); Elmar W. Busch (GOÄ); Iris

Penner, Düsseldorf (Neuroedukation/

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 Kreiner

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: Sabine Köhler, Jena

2. Vorsitzende: Christa Roth-Sackenheim, Andernach

Schriftführer: Norbert Mayer-Amberg,
Hannover

Schatzmeister: Michael Krebs, Berlin

Beisitzer: Christel Werner, Mutterstadt;
Melanie Gromoll, Bad Bramstedt

BVDP-Landessprecher

Baden-Württemberg: Thomas Hug

Bayern: Christian Vogel

Berlin: Michael Krebs, Andreas Karathanasopoulos

Brandenburg: Delia Peschel

Bremen: Ulrich Dölle, Sebastian von Bergg

Hamburg: Ute Bavendamm

Hessen: Maximilian Werner, Alexej Lojko

Mecklenburg-Vorpommern:

Caterina Jacobs

Niedersachsen: Norbert Mayer-Amberg

Nordrhein: Doris Augustin-Reuß

Rheinland-Pfalz: Wolfgang Rossbach,

Alice Engel

Saarland: David Steffen, Myriam Groß

Sachsen: Kriemhild Barth, Ulrike Bennemann

Sachsen-Anhalt: Matthias Pils, Michael Schwalbe

Schleswig-Holstein: Dirk Bendfeldt

Thüringen: Dorothee Piehler

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): _____

Name, Vorname _____

Tel.-Nr.: _____ Fax: _____

E-Mail/Internet: _____

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

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

- Gratis Mailservice erwünscht

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

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

IBAN: _____

Bei der _____ BIC _____

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

Name: _____

Adresse: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Praxisstempel (inkl. KV-Zulassungs-Nr.)

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

Unterschrift: _____

NEUROTRANSMITTER

Offizielles Organ des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte e.V. (BVDN), des Berufsverbandes Deutscher Neurologen e.V. (BDN) und des Berufsverbandes Deutscher Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie e.V. (BVDP)

Herausgegeben von:

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

Geschäftsstelle BVDN, BDN, BVDP:

Bernhard Michatz, Wulffstraße 8, 12165 Berlin, Tel.: 030 948783-10, Fax: 0322 268091-22, info@bvdn.de

Schriftleitung:

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

Verlag: Springer Medizin Verlag GmbH, Berlin

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

Bezugpreise: 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.

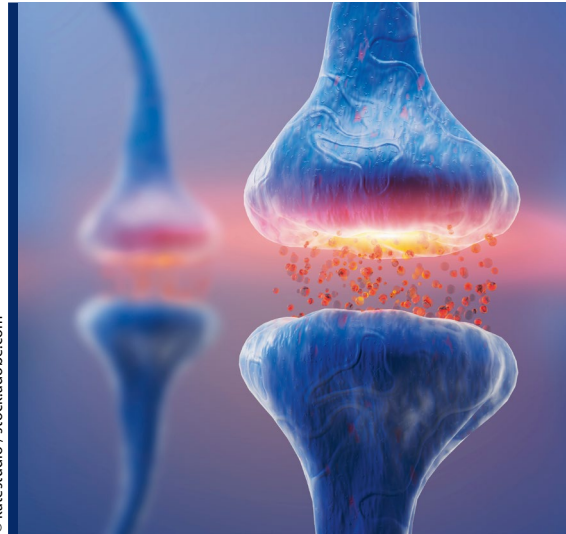
Gültige Version: Gedruckte und elektronische Fassung eines Beitrags können sich unterscheiden, maßgeblich ist die Online-Version („version of record“) unter www.springermedizin.de/neurotransmitter

© Springer Medizin Verlag GmbH

Papierausgabe: ISSN 1436-123X

Elektronische Ausgabe: ISSN 2196-6397

© katestudio / stock.adobe.com



Vorschau

Ausgabe 5/2024

Mai

erscheint am 15. Mai 2024

Myasthenia gravis

Obwohl die Myasthenia gravis schon lange bekannt ist, gehört die Entwicklung von Therapien gegen die Krankheit zu den dynamischsten Bereichen der Neurologie. Deshalb trägt jetzt eine neue SK2-Leitlinie zu myasthenen Syndromen dem genaueren Verständnis der Pathogenese und vielen neuen Behandlungsoptionen bei Myasthenia gravis Rechnung.

„Guten Tag“ nicht abrechenbar

Nur eine Begrüßung und ein Handschlag sind nicht genug, um eine Versichertenpauschale abzurechnen. Ein Arzt, der regelmäßig Krankschreibungen „wie am Fließband“ ausstellte, verliert deshalb jetzt seine Zulassung.

Psychotherapierichtlinie evaluiert

Bei der Nachbesetzung einer Psychotherapiestelle gibt es viel zu beachten. Der Platz auf der Warteliste von Bewerberin oder Bewerber ist dabei nicht der wichtigste Punkt.



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.