

NEUROTRANSMITTER

Neurologie und Psychiatrie – Berufspolitik und Fortbildung



BVDN



BDN



BVDP

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



Was zeigt dieses Bild? Seite 62

**BVDP-Ausgabe
zum
DGPPN-Kongress 2025
26. bis 29. November
in Berlin**

ePA für alle – alles gut? 22

Schweigepflicht in Gefahr

Praxen unter Druck 30

Zi-Praxis-Panel zieht Bilanz

Neue Ansätze bei IIH 42

Idiopathische intrakranielle Hypertension

Psychiatrie-Enquête 58

Wegbereiterin der modernen Versorgung



Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.



» Der BVDP ist mehr als ein klassischer Berufsverband – er ist Stimme und Rückgrat einer Fachrichtung, die in der Gesellschaft lange mit Vorurteilen zu kämpfen hatte. «

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

Ein Vierteljahrhundert für die ambulante Psychiatrie

Vor 25 Jahren wurde der Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP) in Leipzig mit dem Ziel gegründet, die Interessen von Psychiaterinnen und Psychiatern in der vertragsärztlichen Praxis zu vertreten und die psychiatrische Versorgung in Deutschland aktiv mitzubestimmen. Heute, zweieinhalb Dekaden später, blicken wir stolz auf eine bewegte Geschichte voller Engagement, fachlicher Impulse und politischer Mitgestaltung zurück.

Die Gründung im Jahr 2000 fand damals gleichzeitig mit derjenigen des Berufsverbands Deutscher Neurologen (BDN) statt. Die Auswirkungen der Änderung der Musterweiterbildungsordnung mit Aufwertung der Gebiete Psychiatrie und Psychotherapie und der Neurologie im Jahr 1995 begannen spürbar zu werden. Die Verbände BVDP und BDN gingen aus den bereits bestehenden Sektionen Psychiatrie und Neurologie des BVDN hervor und waren zunächst mit eher kleinen Mitgliederzahlen gestartet. Dieses hat sich mit der Zeit deutlich geändert!

Psychiatrie aus dem Schatten geholt

Der BVDP ist mehr als ein klassischer Berufsverband – er ist Stimme und Rückgrat einer Fachrichtung, die in der Gesellschaft lange mit Vorurteilen zu kämpfen hatte. Durch kontinuierliche Aufklärung, politische Arbeit und fachliche Positionierungen hat er wesentlich dazu beigetragen, die Psychiatrie aus dem Schatten zu holen und ihre Bedeutung im Gesundheitssystem sichtbar zu machen.

Besonders prägend war das stetige Eintreten für eine patientennahe, evidenzbasierte und humanistische Psychiatrie. Der BVDP setzte sich früh für die Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen ein, förderte eine stärkere ambulante Versorgung und kämpfte für bessere Rahmenbedingungen in der psychiatrischen Facharztausbildung.

Auch in gesundheitspolitischen Fragen war der Verband ein verlässlicher Partner und kritischer Mahner: Sei es bei der Um-

setzung des PsychVVG, bei der Diskussion um ein Primärarztssystem oder in der COVID-19-Pandemie – der BVDP hat immer wieder gezeigt, wie wichtig eine starke, fachlich fundierte Stimme der Psychiatrie ist.

Festakt am 28. November

Hinter diesem Erfolg stehen engagierte Mitglieder, ein aktiver Vorstand und zahlreiche Kooperationen – unter anderem mit der DGPPN und dem Spitzenverband ZNS SpiZ. Mit Fortbildungsangeboten, Leitlinienarbeit und politischer Unterstützung bringt sich der BVDP heute auf vielen Ebenen ein.

Zum 25. Geburtstag sagen wir: Herzlichen Glückwunsch, BVDP! Danke für ein Vierteljahrhundert Einsatz für die Psychiatrie, für engagierte Kolleginnen und Kollegen sowie den Einsatz für die vielen Menschen, die auf eine gute psychiatrische Versorgung angewiesen sind. Wir freuen uns auf die nächsten 25 Jahre – mit neuen Herausforderungen, aber auch mit der klaren Vision einer modernen Psychiatrie in einer offenen, solidarischen Gesellschaft.

Zu einem Festakt am Freitag, den 28. November 2025 laden wir herzlich ein. Er bildet ab 12:00 Uhr den Auftakt des BVDP-Forums beim DGPPN-Kongress in Berlin (CityCube, Raum M8), wo im Anschluss die Mitgliederversammlung des BVDP stattfinden wird.

Ihre

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.

Gesundheitspolitik

8 Gesundheitspolitische Nachrichten

- KBV und KZBV feiern und mahnen
- Zweitmeinung vor OP bei Karotisstenose jetzt Krankenkassenleistung

Christa Roth-Sackenheim

Aus den Verbänden

10 BVDP-Landessprechertreffen

Rolle von Primärarztmodellen im Versorgungsalltag kritisch hinterfragt

Christa Roth-Sackenheim

14 Diagnose: Zukunft

„Es macht mir Spaß, in Verhandlungen auch etwas durchzusetzen“

Sabine Köhler im Gespräch mit Hans Dannert

16 Festakt beim DGPPN-Kongress 2025

25 Jahre BVDP – das muss gefeiert werden

Christa Roth-Sackenheim

18 BVDN Rheinland-Pfalz

Vorstand jetzt mit Doppelspitze

Sven Klimpe, Alice Engel

Rund um den Beruf

22 Nutzungspflicht seit Oktober

ePA für alle – alles gut?

Andreas Meißner

30 Zi-Praxis-Panel

Praxen unter Druck

Markus Weih

33 Zu viel kritisiert?

PVS-Anbieter kündigt Vertrag

Christa Roth-Sackenheim

34 Rote-Hand-Brief zu Clozapin

Blutbildkontrollen erleichtert

Sabine Köhler

35 Allgemeinmedizinische Weiterbildungsassistenten in der ZNS-Facharztpraxis

Ausbilden und gleichzeitig die Patientenversorgung verbessern

Markus Weih

☐ = Dieser Beitrag ist ein Titelthema.



22 ePA für alle – alles gut?

Seit dem 1. Oktober 2025 gilt die Nutzungspflicht der ePA für alle Behandelnden. Doch obwohl es auch positive Rückmeldungen gab, steht das Projekt weiterhin in der Kritik. Technische Probleme, automatisierte Datenfreigaben und unklare Zugriffsrechte bedrohen die Sicherheit und Vertraulichkeit der Patientendaten.

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
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

- 38 Bundessozialgericht**
Grenzen für Sonderbedarfszulassungen eng gezogen
Jörg Hohmann
- 39 Bundesgerichtshof**
Zwangsbehandlungen weiterhin nur im Krankenhaus
Jörg Hohmann
- 39 Kopie der Behandlungsakte wird kostenlos**
Jörg Hohmann

Fortbildung

- 42 CME Idiopathische intrakranielle Hypertension**
Eya Khadhraoui, Sebastian J. Müller, Manuel Lehm, Jens Neumann, Stefanie Schreiber, Marc Pawlitzki, Daniel Behme
- 48 CME Fragebogen**
- 50 CME-Akkreditierung**
Die Landesärztekammern müssen effizienter werden
Markus Weih

Journal

- 58 GESCHICHTE DER NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE**
Wie die Psychiatrie-Enquête die Versorgung revolutionierte
Sonja Faust
- 62 NEUROTRANSMITTER GALERIE**
Ein Ort, an dem die Zeit noch in traditionelles Handwerk fließt
Angelika Otto

- 28, 51 Buch-Tipps**
- 54 Pharmaforum**
- 61 Kleinanzeigen**
- 64 Termine**
- 65 Verbandsservice**
- 67 Impressum/Vorschau**

= Dieser Beitrag ist ein Titelthema.



42 Minimalinvasive Therapieansätze bei IIH

Die idiopathische intrakranielle Hypertension (IIH) ist durch therapieresistente Kopfschmerzen und Visusminderung charakterisiert. Ursächlich ist eine ätiologisch ungeklärte Steigerung des Liquordrucks. Die Diagnosestellung ist aufwendig. In der Therapie kommen neben konservativen Maßnahmen auch chirurgischen Verfahren zum Einsatz, darunter rücken vermehrt minimalinvasive Ansätze in den Fokus.

40 Pharmawissen aktuell

Entwicklungen in der Therapie neuromuskulärer Erkrankungen: Neue Ansätze zur Behandlung seltener Krankheitsbilder

52 Pharmawissen aktuell

Frühe Alzheimer-Krankheit
Lecanemab: Ein Meilenstein für die zielgerichtete Therapie



Titelbild: Gefäße und Tierfiguren aus der Porzellan Manufaktur Nymphenburg. Lesen Sie mehr in der „Galerie“ auf Seite 62.

Gesundheitspolitik

70 JAHRE SELBSTVERWALTUNG

KBV und KZBV feiern und mahnen

➡ Die Organisation der Gesundheitsversorgung ist der gesetzliche Auftrag der Selbstverwaltung. Eine starke und unabhängige Selbstverwaltung ist ein wesentli-

ches Element einer gelebten und wehrhaften Demokratie.

Seit 70 Jahren übernehmen die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) als Partner der Selbstverwaltung diese Verantwortung. Sie gestalten so ein Gesundheitssystem, das eigenständig und patientennah ist und allen Menschen Zugang zu einer hochwertigen (zahn-)medizinischen Versorgung bietet.

Den Menschen in Deutschland wird eine bestmögliche und nachhaltige medizinische Versorgung gewährleistet, die auf einem leistungsfähigen wie sensiblen Vertrauensverhältnis zwischen Ärztin oder Arzt und Patientin oder Patient basiert – frei von ökonomischen Interessen. Die Selbstverwaltung ist damit auch Ausdruck von Gemeinwohlorientierung und ein Schutz gegen staatliche Überzentralisierung.

Beim Festakt zum 70. Geburtstag am 23. September 2025 sagte KBV-Vorstandsvorsitzender Dr. Andreas Gassen: „Das Prinzip einer unabhängigen Berufsausübung vor dem Hintergrund einer eigenständigen Selbstverwaltung ist grundlegend für eine freie Gesellschaft. In Deutschland stützen daher zwei Säulen den hohen Standard des Gesundheitssystems: Unabhängigkeit und Expertise. Weisungsunabhängig entscheiden die ärztlichen und psychotherapeutischen Kolleginnen und Kollegen über die Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten. Auf diese Weise entsteht ein starkes und sensibles Vertrauensverhältnis, das es zu schützen gilt. Elementare Voraussetzungen hierfür sind das Prinzip der freiberuflichen Berufsausübung – vornehmlich in inhabergeführten Praxen – und eine funktionierende Selbstverwaltung. Dafür setzt sich die KBV gemeinsam mit ihren Selbstverwaltungspartnern ein.“

Die Selbstverwaltung arbeite mit Nachdruck daran, die hochgeschätzte ambulante medizinische Versorgung flächendeckend zu erhalten. Umso wichtiger sei es, sich auch bei der zukünftigen Ausgestaltung des Gesundheitssystems auf die Werte der Selbstverwaltung zu besinnen, so die Vorsitzenden von KBV und KZBV. Sie appellieren an die Politik, gemeinsam weiterhin Verant-

Aus dem KBV-Positionspapier: Sieben Punkte für die Zukunft der Selbstverwaltung

Was uns stark macht und was wir von der Politik erwarten:

1. Gestalten statt verwalten

Verbindung von Praxiswissen und wissenschaftlichem Fortschritt: Wir erkennen Versorgungsbedarf früh und entwickeln passgenaue, innovative Maßnahmen – sei es in der Prävention, Digitalisierung oder neuen Versorgungsformen. Damit gestalten wir Gesundheit – aus der Versorgung für die Versorgung.

2. Partnerschaft auf Augenhöhe

Politik agiert in Legislatur- und Wahlperioden – Selbstverwaltung denkt in Generationen der Versorgungssicherheit. Für nachhaltiges Agieren braucht es daher verlässliche Rahmenbedingungen, planbare Strukturen und das Vertrauen in unsere Expertise. Wir erwarten von der Politik frühzeitige Einbindung – nicht kurzfristige Alleingänge.

3. Fortschritt sichern – für alle

Medizinischer Fortschritt darf kein Privileg sein. Wir setzen auf evidenzgestützte sowie datenbasierte Entscheidungen, um Innovationen flächendeckend verfügbar zu machen – unabhängig von sozialen, regionalen oder wirtschaftlichen Unterschieden.

4. Verantwortung in Zeiten des Wandels

Selbstverwaltung trägt nicht nur Verantwortung für die Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie deren Praxispersonal, sondern auch für die Patientenversorgung. Demografischer Wandel, wirtschaftliche Unsicherheiten und geopolitische Krisen – die großen Herausforderungen unserer Zeit – erfordern: spürbaren Bürokratieabbau, nachhaltige und belastbare Strukturen sowie einen gestärkten Fokus auf Prävention.

5. Vielfalt leben

Eine starke Selbstverwaltung braucht vielfältige Perspektiven. Daher liegt eine der zentralen Zukunftsaufgaben darin, das Interesse junger Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie junger Zahnärztinnen und Zahnärzte an einem Engagement in der Selbstverwaltung zu wecken und sie auf ihrem Weg in die vielfältigen Gremien zu unterstützen und zu fördern – so bleibt Selbstverwaltung lebendig und legitim.

6. Freiberuflichkeit als Basis

Freiberuflichkeit garantiert fachliche Unabhängigkeit, persönliche Verantwortung und Gemeinwohlorientierung – Basis für Vertrauen und Kontinuität in der Versorgung. Wir setzen uns für Bedingungen ein, die den Weg in die Niederlassung attraktiv machen.

7. Selbstverwaltung stärkt Demokratie

Ein stabiles, freiheitliches Gesundheitswesen ist Teil des demokratischen Fundaments. Wo Versorgung funktioniert, wächst das Vertrauen in Staat und Gesellschaft. Wo sie misslingt, entstehen Lücken, die extremistische Kräfte nutzen. Selbstverwaltung ist grundlegend für eine freie Gesellschaft.

wortung zu übernehmen, die Strukturen dauerhaft zu sichern und der Selbstverwaltung die notwendige Freiheit für ein gerechtes, menschliches und demokratisch stabiles Gesundheitswesen zu geben. Zugleich warnen sie, dass jede Schwächung der Selbstverwaltung am Ende immer zulasten der Versorgung gehe. Um die Selbstverwaltung und die mit ihr verbundenen Werte zu bewahren, seien verlässliche Rahmenbedingungen, die es erlauben, die Menschen ohne überbordende Regulierung zu versorgen, essenziell. Nur ein klares, uneingeschränktes Bekenntnis zu einer dezentralen Gesundheitsversorgung sichere den Schutz der flächendeckenden hochwertigen medizinischen Versorgung.

Kommentar: *Machen wir uns nichts vor, auch wenn im individuellen Umfeld manchmal Grund bestehen mag, mit Entscheidungen der regionalen KV zu hadern: Im Großen und Ganzen ist die Selbstverwaltung eine Erfolgsgeschichte.*

Wo stünde die Ärzteschaft, wenn wir mit jeder Krankenkasse einzeln Verträge aushandeln müssten? Würden sich dann womöglich nur die günstigsten Anbieter die Verträge sichern? Müsste jedes Jahr aufs Neue verhandelt werden? Was, wenn unklar wäre, was die Krankenkassen bezahlen und wenn das bei jedem Versicherer anders wäre? Die Berufsverbände bekennen sich zur ärztlichen Selbstverwaltung, gratulieren zum 70. Geburtstag und wünschen noch ein langes Bestehen!



Gesundheitspolitische Nachrichten kommentiert von

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

SEIT 1. OKTOBER 2025

Zweitmeinung vor OP bei Karotisstenose jetzt Krankenkassenleistung

➔ Vor planbaren Eingriffen zur operativen Behandlung einer klinisch relevanten Karotisstenose haben gesetzlich Versicherte seit dem 1. Oktober 2025 Anspruch auf eine zweite ärztliche Meinung. Im Zweitmeinungsverfahren, für das der G-BA bestimmte Facharztgruppen berechtigt hat, soll die Indikation unter Einbeziehung einer Neurologin oder eines Neurologen interdisziplinär gestellt werden. Die Aufnahme in das Zweitmeinungsverfahren zur Karotis-Revascularisation muss ärztlicherseits bei der zuständigen KV beantragt werden. Berechtigt sind dazu die Fachrichtungen Neurologie, Innere Medizin, Angiologie, Kardiologie, Gefäßchirurgie, Neurochirurgie und Radiologie mit Expertise in endovaskulären Verfahren oder mit Schwerpunkt Neuroradiologie. Patientinnen und Patienten können Fachleute für das Zweitmeinungsverfahren über die Website <https://www.116117.de/de/zweitmeinung.php> oder die jeweilige KV finden, die die Informationen im Bundesarztregister hinterlegt hat. Ärztinnen und Ärzte, die eine OP empfehlen, sind verpflichtet, auf die Möglichkeit einer Zweitmeinung hinzuweisen.

Die für die Erst- und Zweitmeinung ansetzbaren Gebührenordnungspositionen (GOP) sind bereits im EBM enthalten. Wichtig: Alle Leistungen des Zweitmeinungsverfahrens werden nach bundeseinheitlichen Vorgaben eingriffsspezifisch gekennzeichnet. Für die Aufklärung und Beratung im Zusammenhang mit dem ärztlichen Zweitmeinungsverfahren kann bei der Indikationsstellung (Erstmeinung) die GOP 01645 einmal im Krankheitsfall (vier Quartale) abgerechnet werden. Sie muss mit dem Buchstaben „M“ gekennzeichnet werden (GOP 01645M) und ist mit 75 Punkten bewertet. Die Leistung beinhaltet auch die Zusammenstellung aller erforderlichen Unterlagen für die Patientin oder den Patienten.

Die Honorarberechnung der Zweitmeinung ist als Allgemeine Bestimmung 4.3.9 „Ärztliche Zweitmeinung“ im EBM geregelt. Danach ist für die Zweitmeinung die arztgruppenspezifische Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale anzusetzen. Sind für die Beurteilung ergänzende Untersuchungen notwendig, können diese ebenfalls berechnet werden, sind jedoch medizinisch zu begründen. Alle im Verfahren als Zweitmeinung

deklarierten Leistungen sind im Feld „freier Begründungstext“ (KVDT-Feldkennung 5009) anzugeben und mit dem Code 88200M zu versehen.

Hinweis: Leistungen neu aufgenommener Verfahren werden grundsätzlich zunächst extrabudgetär vergütet. Zu Beginn zwölften Quartals nach Inkrafttreten des G-BA-Beschlusses werden sie in der Regel in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführt. Davon kann abgewichen werden, wenn die Inanspruchnahme der Leistung weiterhin ansteigt.

Kommentar: *Aus Sicht der ZNS-Fachgruppen sind die Regelungen zur Zweitmeinung klinisch sehr sinnvoll. Alle interessierten Kolleginnen und Kollegen sind aufgerufen, sich bei ihrer Landes-KV registrieren zu lassen. Patientinnen und Patienten, die eine Zweitmeinung suchen, werden über die Nummer 116 117 zu geleitet. Die Vergütung erfolgt zumindest in den ersten drei Jahren extrabudgetär. Die Leistung kann auch in der Videosprechstunde erbracht werden.*

Aus den Verbänden

BVDP-Landessprechertreffen

Rolle von Primärarztmodellen im Versorgungsalltag kritisch hinterfragt

Die Landessprecherinnen und Landessprecher des BVDP übernehmen die berufspolitische Vertretung von Fachärztinnen und Fachärzten der Psychiatrie und Psychotherapie über die Landesverbände des BVDN in den jeweiligen KVen und Landesärztekammern. Bei den Landessprechertreffen werden zweimal jährlich alle brennenden berufspolitischen Themen diskutiert. Nachfolgend das Wichtigste in Kurzform.

Im Jahr 2025 versammelten sich die BVDP-Delegierten am 16. und 17. Mai im Seminaris Hotel in Berlin-Dahlem und kamen außerdem am 12. September zu einer Zoom-Konferenz zusammen. Zu Beginn des Präsenztreffens stellte Dr. Sabine Köhler die neue Gesundheitsministerin Nina Warken und deren Agenda vor. Nach der vorgezogenen Bundes-

tagswahl am 23. Februar 2025 war die neue Bundesregierung gerade erst zehn Tage im Amt.

Der Deutsche Ärztetag stand für die Folgeweche an, sodass Köhler auch die Vorteile der zur Abstimmung anstehenden neuen GOÄ zusammenfasste. Zum damaligen Zeitpunkt fuhr eine wortgewaltige Allianz weniger Fachgebiete

emotional aufgeladene Öffentlichkeitskampagnen gegen die Reform, sodass die Annahme keineswegs sicher schien. Wie bekannt, wurde die GOÄ-Novelle beim Ärztetag jedoch mit großer Mehrheit beschlossen.

Intensiv beschäftigten sich die Landessprecherinnen und Landesprecher mit der Früherkennung von Demenz



Die BVDP-Delegierten haben die regionalen, aber auch die übergreifenden berufspolitischen Themen im Blick.

und Behandlung mit den neuen Amyloidantikörpern – einen Monat zuvor war mit Lecanemab der erste Vertreter dieser Wirkstoffklasse zugelassen worden. Dabei wurden die Probleme in der vertragsärztlichen Versorgung adressiert. Die große Zahl der potenziell dafür infrage kommenden Menschen, das bewusst sehr strikte Anwendungsprotokoll und die kostenintensive Diagnostik sorgen dafür, dass diese Therapie zunächst speziellen Zentren vorbehalten bleibt. Die Versorgungsaufgabe für die Psychiatrie und Psychotherapie liegt in der klinisch-syndromalen Diagnosestellung und Ausführung von Lumbalpunktionen; zumindest bis es einen validen Bluttest für die Proteine gibt, deren Nachweis zur Diagnosestellung und Anwendung nötig sind.

Zulauf bei den Mitgliedern

Die Zahl der BVDP-Mitglieder ist seit dem Jahr 2019 um gut 40 % gestiegen. Der Verband wächst in Zeiten sinkender Arztlizenzen – ein Grund, stolz zu sein!

Aus fast allen Bundesländern waren Landessprecher anwesend, lediglich in den Stadtstaaten Bremen und Hamburg ist die Position derzeit vakant. Die Landessprecher sind in ihren Kollegenkreisen gut vernetzt und in nahezu jedem Bundesland gibt es die Option zur Doppelbesetzung. So waren Brandenburg, Baden-Württemberg und Hessen in Berlin mit jeweils zwei Personen vor Ort. Diese personelle Stärke war bei der Besetzung der laufenden AWMF-Leitlinienprojekte hilfreich, um auch überall gut vertreten zu sein. Zwar kann infrage gestellt werden, ob die Mitsprache bei der Entwicklung von Leitlinien Aufgabe eines Berufsverbandes ist. Wenn die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen jedoch zu über 90 % in der ambulanten Versorgung stattfindet, ergibt die Arbeit an Leitlinien ohne Mitgestaltung aus diesem Sektor keinen Sinn. Die vertragsärztliche Expertise ist unverzichtbar, nicht zuletzt damit Off-Label-Empfehlungen in den Leitlinien als solche auch gekennzeichnet werden.

Sport und Sightseeing

Beim Landessprechertreffen starteten neun Mitglieder bei der 2. Auflage des „BVDP-Morning-Run“ früh am Morgen in Berlin-Dahlem. Die Sightseeing-Strecke führte durch eine der charmantesten Ecken Berlins, vorbei an eleganten Villen und dem legendären „Wilden Eber“ – bekannt nicht nur als Verkehrsknotenpunkt, sondern als fester Bestandteil der Strecke des Berlin-Marathons.

Der Lauf nahm leider eine literarische Wendung: Unterwegs reduzierte sich die Zahl der Mitlaufenden schrittweise – ganz im Stil von Agatha Christies „Und dann gab's keines mehr“. Die Gründe waren vielfältig: zu hohes Tempo, mangelnde Orientierung, der Wunsch nach einem gemütlichen Frühstück – und bedauerlicherweise auch eine Verletzung durch Umknicken. Am Ende erreichten nur drei das Ziel – ein kleiner Laufkrimi, zum Glück ohne bleibende Schäden.

Und dennoch: Sport ist gesund – nicht nur für Patientinnen und Patienten. Als präventiver Ansatz stärkt er Körper und Geist. Selbst wenn man sich verliert oder verletzt, gilt: Gemeinsam läuft's sich besser und man kommt mit mehr Geschichten zurück, als man losgelaufen ist.

BVDP MORNING RUN



© BVDP

Dr. med. Michael Krebs, Berlin

Primärarztmodell in der Diskussion

Den zweiten Tag läuteten einige Laufbegeisterte mit dem BVDP-Morning-Run unter Leitung von Dr. Michael Krebs aus Berlin ein (siehe **Sport und Sightseeing**). Anschließend wurde das Thema der Patientensteuerung im Versorgungsalltag im Hinblick auf die von der Politik geplante Einführung eines Primärarztmodells angegangen. Drei Arbeitsgruppen bearbeiteten das Thema: für die rein psychiatrische, die schwerpunktmäßig psychotherapeutische und die fachübergreifende psychiatrische und neurologische Versorgung. Die vorliegenden Konzeptpapiere von KBV, Krankenkassen und Politik wurden kritisch beleuchtet und diskutiert. Als ein wesentliches Instrument zur guten Versorgungssteuerung wurde die KSVPsych-Richtlinie identifiziert.

Im Ergebnis schienen den Landessprechern klassische Primärarztmodelle für die Versorgung von Menschen mit ZNS-Erkrankungen weniger geeignet zu sein. Es besteht in dieser Hinsicht weiterhin großer Beratungsbedarf. Auch bei der Drucklegung dieser NeuroTransmitter-

Ausgabe ist die Diskussion um die beste Patientensteuerung auf verschiedenen Ebenen noch in vollem Gange.

ePA und MWBO

Am 12. September 2025 gab es in einer zweistündigen Zoom-Konferenz ein gemeinsames Update. Köhler stellte die derzeit drängendsten berufspolitischen Aufgaben vor, darunter erneut das Thema Patientensteuerung.

Über ihre Erfahrungen mit der elektronischen Patientenakte (ePA), deren Nutzung zum 1. Oktober 2025 verpflichtend geworden ist, berichtete Dr. Christel Werner aus Mutterstadt bei Ludwigshafen. Der Informationsstand der Patientinnen und Patienten zur ePA falle höchst unterschiedlich aus. Sie habe bei zwei Dritteln uneingeschränkter Zugriff auf die ePA, hier im Wesentlichen auf die Medikamentenliste, was durchaus als sinnvoll angesehen wurde. Beim restlichen Drittel war ihr der Zugriff entweder spezifisch verweigert oder sie war zwar eingerichtet, wurde aber patientenseitig nicht aktiv genutzt. Da die Patientinnen und Patienten Fragen zur ePA hatten,



© BVDP

Kamen zum Landessprechertreffen in Berlin zusammen (v. li.): Bernhard Michatz, Geschäftsführer; Dr. Christel Werner, Beisitzerin; Dr. Konstant Mieke, Brandenburg; Dr. Alice Engels, Rheinland-Pfalz; Dr. Sabine Köhler, 1. Vorsitzende; Dr. Caterina Jacobs, Mecklenburg-Vorpommern; Dr. Michael Krebs, Berlin; Melanie Gromoll, Beisitzerin; Dipl.-med. Delia Peschel, Brandenburg; Dr. Dirk Bendfeldt, Schleswig-Holstein; Dr. Alexej Lojko, Hessen; Dr. Dorothee Piehler, Thüringen; Dr. Christa Roth-Sackenheim, 2. Vorsitzende; Maximilian Werner, Hessen; Dr. Kriemhild Barth, Sachsen; Dr. Martin Ehrlinger, Bayern; Dr. Hans Dannert, Baden-Württemberg

kam es bei den Praxisabläufen häufig zu zeitlichen Verzögerungen. Die Informationspflicht über die ePA obliegt allerdings den Krankenkassen, worauf noch einmal explizit hingewiesen wurde.

Ausführlich wurde das Thema Musterweiterbildungsordnung (MWBO) diskutiert. Die Bundesärztekammer (BÄK) hatte alle Fachgesellschaften gebeten, eine Verkürzung der Weiterbildungszeit in ihrem Fach auf vier Jahre zu prüfen, da diese Dauer in der EU eher die Regel sei. DGN und BDN haben bei der

BÄK einen Vorschlag mit einer Weiterbildungszeit von vier Jahren unter Wegfall des Komplementärjahres eingebracht. Einig waren sich BDN, BVDN und BVDP in der Tatsache, dass es in den Fächern Überschneidungen insbesondere bei hirnnorganisch geprägten Krankheitsbildern gibt. Diese wurden in einem Block „Neuropsychiatrie“ zusammengefasst, um zu gewährleisten, dass es weiterhin bei der gemeinsamen Expertise bleibt, selbst wenn das Komplementärjahr tatsächlich wegfallen sollte.

Task-Force ADHS

Als Gastrednerin zur „Task-Force ADHS“ war Dr. Caroline Zimmermann eingeladen, neurologische Landessprecherin aus Bayern. Nachdem der Innovationsfondsantrag zu KARO, ein Versorgungsprojekt für Erwachsene mit ADHS, mangels Krankenkassenbeteiligung nicht eingereicht werden konnte, soll in der Task Force die Expertise zusammengetragen werden und gegebenenfalls in einen neuen Antrag münden. In der Task Force sind mit Dr. Alice Engel aus Rheinland-Pfalz und Dr. Alexej Lojko aus Hessen auch weitere, nicht im Landessprechergremium vertretene, Kolleginnen und Kollegen engagiert.

25 Jahre BVDP

Schließlich bereiteten sich die Landessprecherinnen und Landesprecher auf die anstehenden Termine vor. Die BVDP-Mitgliederversammlung auf dem DGPPN-Kongress findet am 28. November 2025 statt. Dort wird auch der 25. Geburtstag des BVDP mit einem Festakt gefeiert werden.

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach

Mitgliederumfrage

Um Ihre Interessen auf Bundesebene passgenau vertreten und Ihren Arbeitsalltag mit nützlichen und zeitsparenden Informationen bereichern zu können, benötigen wir Ihre Mithilfe. Teilen Sie uns bitte mit, was Sie von Ihren Berufsverbänden erwarten, sich erhoffen oder was Ihnen konkret fehlt. Wir freuen uns auf Ihre Rückmeldungen!



Herzliche Grüße aus der Geschäftsstelle des BVDN, BDN und BVDP.

Zur Umfrage geht es über diesen QR-Code oder den Link:
<https://de.surveymonkey.com/r/LVTYSDL>



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.

Berufspolitik gestalten

„Es macht mir Spaß, in Verhandlungen auch etwas durchzusetzen“

Dr. Hans Dannert ist seit dem Jahr 2011 niedergelassener Psychiater in Tübingen. In seiner Praxis arbeitet er mit zwei angestellten Ärztinnen zusammen. Im Gespräch mit Dr. Sabine Köhler erläutert der 1. Vorsitzende des BVDN-Landesverbandes Baden-Württemberg was ihm an der Berufspolitik gefällt.

? Warum machen Sie Berufspolitik?

Dr. Hanns Dannert: Berufspolitik mache ich, weil ich die Dinge ändern will, die mich im Alltag in der Arbeit stören, und jene unterstützen möchte, die ich für richtig und wichtig halte.

? Was macht Ihnen dabei Spaß?

Dannert: Spaß macht es mir, Ziele zu überlegen, sie mit anderen zu diskutieren und sie dann in Verhandlungen vielleicht sogar durchzusetzen.

? Wie sind Sie zur Berufspolitik gekommen?

Dannert: Ich war bei der Mitgliederversammlung und wurde, als es darum ging, wer noch ein Amt übernimmt, zum Beisitzer. Ich wurde von Thomas Hug an die Hand genommen, einem sehr erfahrenen Vorstandsmitglied, und auch an Verhandlungen herangeführt. In Baden-Württemberg handeln wir nämlich mit der lokalen AOK einen Selektivvertrag aus. Wir tagen in kleinem Kreis und

können Dinge recht schnell anpassen, was für mich wirklich sehr eindrücklich war.

? Gibt es ein Vorbild?

Dannert: Das ist lange her. Bei einem DGPPN-Kongress hat Dr. Frank Bergmann, damals BVDN-Vorsitzender, sehr begeistert vom Niedergelassenensein gesprochen.

? Was würden Sie machen, wenn Sie nicht Psychiater geworden wären?

Dannert: Ich war sogar schon einmal außerhalb der Medizin tätig. Nach meinem Neurologie-Jahr in einer Abteilung für Frühreha war ich ziemlich ausgelaugt. Ich dachte, ich muss mein anderes Interessengebiet – die Betriebswirtschaft – auch pflegen und habe einen Aufbaustudiengang internationales Marketing mit einem MBA abgeschlossen. Danach war ich vier Jahre in einer Unternehmensberatung für ein Projekt zur Umwidmung einer Mutter-Kind-Klinik von einer Reha in ein Pflegeheim tätig. Als die Ärztinnen und Ärzte schon gegangen waren, bin ich eingesprungen und habe psychotherapeutische Gruppen betreut und dabei gemerkt, dass es viel schöner ist, als Arzt zu arbeiten. Lob der Patientinnen und Patienten ist einfach etwas sehr Schönes. Psychiater ist einer der schönsten Berufe, weil man dafür bezahlt wird, mit den Menschen zu sprechen.

? Was war Ihr größter Erfolg?

Dannert: Wir haben in Baden-Württemberg einen Selektivvertrag hinbekommen, in dem auch Psychiater ohne Gruppenzulassung für eine psychiatrische Edukationsgruppe die gleiche Vergütung erhalten wie für die Psychotherapiegruppen, die ja sehr gut bezahlt werden, die aber die Psychotherapie-Weiterbildung voraussetzt.



Dr. med. Hans Dannert ist Vorsitzender des BVDN Baden-Württemberg.

? Wo sehen Sie Herausforderungen?

Dannert: Da sind vor allem die Themen Regresse und Off-label-Behandlung – hier muss die Gesetzgebung geändert werden. Wir haben eine teure Ausbildung und sind hochqualifiziert – wieso sollten wir nicht in der Lage sein zu entscheiden, ob wir für 500 € im Quartal welche Therapie auch immer ansetzen, ohne dass dies durch Regularien behindert wird?

Mich interessiert auch, wie man die Forschung in den ambulanten Bereich bringen kann. Das ginge etwa mit Begleiterhebungen beim Thema Off-label, indem die Patientinnen und Patienten Angaben zu Wirkungen und Nebenwirkungen machen.

Außerdem finde ich diese Frage wichtig: Wie können wir andere Berufsgruppen in die Versorgung einbinden? Da hatten wir mit KARO ein tolles Innovationsprojekt, das leider aufgrund mangelnder Kassenbeteiligung gescheitert ist. Ein Aspekt war, Selbsthilfegruppen mit einzubringen. Genauso ist vorstellbar, die MFA besser in die Behandlung einzubinden. Hier kämen etwa Psychoedukation oder DiGA-Gruppen infrage.

! Vielen Dank für das Gespräch!

Dr. med. Sabine Köhler, Jena

Diagnose: Zukunft

In dieser Rubrik werden Menschen vorgestellt, die Berufspolitik im BVD, BDN und BVDN gestalten. Sie berichten, warum es sich lohnt die zukünftigen Arbeitsbedingungen und Rahmenbedingungen der Patientenversorgung mitzugestalten.

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.

Festakt beim DGPPN-Kongress 2025

25 Jahre BVDP – das muss gefeiert werden

Zur Jubiläumsfeier lädt der BVDP seine Mitglieder zu einem kleinen Festakt im Rahmen der Mitgliederversammlung ein, die am 28. November 2025 beim DGPPN-Kongress stattfinden wird. Auf der Tagung warten noch weitere interessante Veranstaltungen, die BVDP und BVDN mitgestalten werden. An der Reise nach Berlin führt kaum ein Weg vorbei.

Der BVDP hat in den 25 Jahren seit der Gründung viel erreicht. Der Verband ist gewachsen und wächst auch weiterhin – und das in einer Zeit, in der andere Berufsverbände sinkende Mitgliederzahlen beklagen und Deutschland allgemein auf einen Mangel an Ärztinnen und Ärzten zusteuert. In den letzten fünf Jahren hat die Zahl der Mitglieder um 40 % zugelegt, vor allem aufgrund der Facharztentwicklung in der Psychiatrie und Psychotherapie. Bei der Mitgliederversammlung am Freitag, den 28. November 2025 (12:00–15:00 Uhr, Raum: M8) wird Dr. Christa

Roth-Sackenheim die Entwicklungen nachzeichnen und das vergangene Vierteljahrhundert Revue passieren lassen.

Weitere Veranstaltungen beim DGPPN-Kongress 2025

BVDP und BVDN sind beim DGPPN-Kongress 2025 vom 26. bis 29. November zudem an mehreren hochinteressanten Veranstaltungen beteiligt. Es geht dabei in allen Symposien um drängende Fragen zur Zukunft der medizinischen Versorgung insgesamt und spezielle derjenigen Menschen, die unter Erkrankungen des Zentralnervensystems leiden.

Frühdagnostik der Demenz und neue Therapien

Den Anfang macht am Eröffnungstag das Symposium „Effiziente Demenzfrühdagnostik und Behandlung in der Praxis“, in dem die Rolle der vertragsärztlichen Praxen für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie diskutiert werden wird (15:30–17:00 Uhr, Raum: Paris 2). Unter Vorsitz von Dr. Sabine Köhler und Prof. Frank Jessen widmet sich das Symposium der gestuften und differenzierten Diagnostik der Alzheimerpathologie. Bei der qualifizierten Versorgung der Menschen mit früher



Im Rahmen der Mitgliederversammlung beim diesjährigen DGPPN-Kongress feiert der BVDP sein 25-jähriges Bestehen.

Alzheimerdemenz wird vor allem auf die neuen Antikörpertherapien eingegangen. Dabei wird erläutert, wie Patientinnen und Patienten identifiziert werden können, die von diesen Therapien profitieren. Es werden neuropsychologische, biomarkerbasierte und genetische Ansätze sowie praktische Umsetzungshilfen wie das „Qualitätshandbuch Alzheimerdemenz“ vorgestellt.

Karrierewege in Wissenschaft, Klinik und ambulanter Versorgung

Weiter geht es am Donnerstag mit dem Thema „Frische/r Fachärzt/in, was nun?“ (13:30–15:00 Uhr, Raum: Paris 2). Dieses Symposium richtet sich an gerade approbierte Fachärztinnen und Fachärzte und gewährt Einblicke in Karrierewege in Wissenschaft, Klinik und ambulanter Versorgung. Ziel ist es, Orientierung für die berufliche Zukunft zu geben und individuelle Entwicklungsmöglichkeiten zu diskutieren. Im Fächer der unterschiedlichen Karrierepfade und Arbeitsfelder wird Dr. Sabine Köhler über die Chancen und Herausforderungen der ambulanten Versorgung, Selbstständigkeit und den Alltag als Vertragsärztin referieren. Die Optionen für eine akademische Laufbahn wird Prof. Katharina Domschke erläutern und Dr. Sylvia Claus wird aus dem klinischen Alltag einer Versorgungsklinik berichten. Das Symposium soll eine wertvolle Plattform für den Dialog zwischen jungen Fachärztinnen und Fachärzten sowie erfahrenen Expertinnen und Experten eröffnen, um wichtige Weichen für eine erfolgreiche berufliche Zukunft zu stellen.

Wohnortnahe Versorgung psychisch kranker Menschen

Am Freitagmorgen (10:15–11:15 Uhr, Raum: Saal A6) führt Köhler dann gemeinsam mit Prof. Dr. Katarina Stengler durch das Symposium „Regionalität, Versorgung und Teilhabeförderung – Auftrag zur Sicherstellung an alle?!“ Diese Veranstaltung thematisiert die wohnortnahe Versorgung psychisch Erkrankter und die Herausforderungen an den Schnittstellen zwischen SGB IX und SGB V. Es werden Lösungsansätze für eine bessere Vernetzung und ein gelungenes Entlassmanagement vorgestellt.

Long-Covid – interdisziplinäre und gesellschaftliche Herausforderung

Am Samstag, dem letzten Kongresstag, wartet eine Vorlesung von Prof. Dr. Martin Walter aus Jena zum Long-Covid-Syndrom mit dem Titel: „Long COVID und postinfektiöse Folgesyndrome – eine interdisziplinäre und gesellschaftliche Herausforderung“ (10:15–11:15 Uhr, Raum: Saal A6). Der Vortrag wird die neuropsychiatrischen Folgen von Long-Covid, Zusammenhänge mit psychiatrischen Erkrankungen und anderen postinfektiösen Syndromen behandeln. Es wird ein Überblick über aktuelle Herausforderungen, Versorgungslücken und Chancen für interdisziplinäre Ansätze gegeben. Schließlich arbeitet der Vortrag heraus, welche pathomechanistischen Erkenntnissen bei bereits bekannten psychiatrischen Erkrankungen die Pandemie gebracht hat. Chairs sind Köhler und DGPPN-Past-Präsident Prof. Andreas Meyer-Lindenberg (10:15–11:15 Uhr, Raum: Saal A6).

Chancen und Grenzen der Ambulantisierung

Ebenfalls am Sonnabend wird unter dem Vorsitz von Köhler und Dr. Michael Krebs das Symposium „Zukunftsperspektiven der Psychiatrie – Chancen und Grenzen der Ambulantisierung“ stattfinden (12:30–14:00 Uhr, Raum: New York 1). Darin werden die strukturellen und konzeptionellen Voraussetzungen für eine erfolgreiche Ambulantisierung psychiatrischer Versorgung diskutiert. Verschiedene Behandlungsangebote wie Home-Treatment und sektorenübergreifende Netzwerke stehen im Fokus, beginnend mit dem Vortrag von Prof. Tom Bschor zu den politischen Voraussetzungen der Ambulantisierung, gefolgt von den Erfahrungen, die Krebs mit der Versorgung im Verbund gesammelt hat. Als Leiter eines neurologischen MS-Versorgungszentrums wird Dr. Klaus Gehring Aufschluss darüber verschaffen, was die Psychiatrie von anderen Fachgebieten lernen kann, und Köhler ein Modell der sektorübergreifenden Weiterbildung in Weiterbildungsverbünden entwerfen.

Kommen Sie zahlreich nach Berlin, wir freuen uns auf Sie!

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.

BVDN Rheinland-Pfalz

Vorstand jetzt mit Doppelspitze

Im BVDN Rheinland-Pfalz stand zu Beginn des Jahres 2025 eine Neuwahl des Vorstands an. Den Staffelstab von Dr. Klaus Sackenheim haben als Doppelspitze nun Dr. Alice Engel und Dr. Sven Klimpe übernommen. Ein Schwerpunkt der Arbeit war in diesem Jahr die ADHS-Taskforce.

Nach vielen Jahren der sehr erfolgreichen Führung des Landesverbandes Rheinland-Pfalz hatte Dr. Klaus Sackenheim seinen altersbedingten Rückzug aus dem Vorstand im Jahr 2025 angekündigt. Es stand also eine Neuwahl an bei der diesjährigen Jahreshauptversammlung am 15. Februar 2025 in Mainz, die als Hybrid-Veranstaltung stattfand. Durch die intensive, unermüdliche Arbeit Sackenhims, die an das in den Jahren zuvor von Dr. Günther Endrass und vielen anderen Geleistete aufbaute, konnte für die ZNS-Fachgrup-

pen eine sehr gute wirtschaftliche Lage erreicht werden. Durch die Mitarbeit von BVDN-Mitgliedern in den KV-Ausschüssen sowie in den Landes- und Bezirksärztekammern wurden die berufspolitischen Interessen bestens vertreten. Für seine unschätzbare wertvolle Arbeit dankten die Versammelten Dr. Klaus Sackenheim herzlich und wünschten ihm für die Zukunft alles Gute.

Nach einer Satzungsänderung war die Wahl einer Doppelspitze möglich. Als neue Vorsitzende wurden Dr. Alice Engel für die Fachgruppe Psychiatrie und

Dr. Sven Klimpe für die Fachgruppe Neurologie gewählt. Außerdem wurde über die weiteren Vorstände und einen erweiterten Beirat entschieden. Sackenheim und Endrass werden in Zukunft als Beiräte teilhaben, sodass weiterhin auf ihre Kompetenz zurückgegriffen werden kann. In seiner Funktion als Schatzmeister bestätigt wurde Dr. Wolfgang Rossbach. Als Spezifikum kennt der BVDN Rheinland-Pfalz Regionalbeisitzer. Gewählt wurden für die Region Trier Dr. Hans-Jürgen Götte, für Rheinhessen Mariori Genitsariotis und für die Pfalz



Der neue Vorstand des BVDN in Rheinland-Pfalz (v. li.) Dr. Günther Endrass, Dr. Wolfgang Rossbach, Dr. Sven Klimpe, Dr. Klaus Sackenheim, Dr. Alice Engel, Dr. Hans-Jürgen Götte, Dr. Susanne Berger, Dr. Susanne Frisch, Mariori Genitsariotis

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.



Der BVDN-Stand beim Sommerkongress der KV Rheinland-Pfalz.

Susanne Berger. Dr. Susanne Frisch ist wegen ihrer Tätigkeit im beratenden Ausschuss „Fachärzte der KV“ ebenfalls im Beirat tätig. Dr. Christel Werner bleibt dem Gremium aufgrund ihrer Tätigkeit als Vorstandsmitglied in der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz und als Beisitzerin im Vorstand des BVDP weiterhin erhalten.

Online-Mitgliederversammlung

Neben der Jahreshauptversammlung gab es im Jahresverlauf erstmalig eine digitale Mitgliederversammlung. Diese fand am 20. August 2025 statt und wurde sehr gut angenommen. Diskutiert wurden die ePA, neuropsychiatrische Fächer und Primärarztssystem sowie die neuen Alzheimertherapien. Endress referierte darüber hinaus zur Thematik Off-Label-Use und Regressvermeidung, zu dem er auch einen lesenswerten Artikel verfasst hat [NeuroTransmitter 2025; 36(4):32-5].

Sommerkongress der KV RLP

Die Berufsverbände haben die Gelegenheit genutzt, sich beim zweiten Sommerkongress der KV Rheinland-Pfalz am 6. September 2025 in Mainz mit einem

Stand zu präsentieren. Dieser wurde für intensive berufspolitische Gespräche mit dem KV-Vorstand genutzt. Außer einem Impulsvortrag von Sven Klimpe zu aktuellen Aspekten der Migränetherapie standen beim Sommerkongress die Themen Praxismanagement, Weiterbildung und Allgemeinmedizin im Mittelpunkt.

ADHS-Taskforce

Als Vertreterin der Fachgruppe Psychiatrie in Rheinland-Pfalz ist Alice Engel auch Teil der vom BVDP gegründeten ADHS-Taskforce. In dieser überregionalen Gruppe tauschen sich interessierte Landessprecherinnen und Landessprecher monatlich über wichtige, aber auch hinsichtlich Diagnostik und Behandlung häufig kontroverse Fragestellungen aus. So werden bei Erstvorstellungen zurzeit immer wieder unvollständige oder nicht leitliniengerechte Befundberichte vorgelegt: standardisierte Tests, validierte Interviews und fremdanamnestiche Nachweise fehlen regelmäßig, ebenso eine systematische Differenzialdiagnostik möglicher Komorbiditäten. Ohne robuste Diagnostik ist eine evidenzbasierte Nutzen-Risiko-Abwägung für BTM-pflichtige Medikamente aber

nicht möglich, was bei den Patientinnen und Patienten aber auch fachärztlicherseits vielfach zu Frust und zudem offenen Konflikten führt. Dies nicht zuletzt, weil die Betroffenen oftmals mehrere hundert Euro als Selbstzahlende in eine scheinbar gründliche Diagnostik investiert haben. Die Taskforce erarbeitet daher für Berufsverbandsmitglieder Empfehlungen zu den Inhalten einer adäquaten Fremddiagnostik. Außerdem soll die Rolle der Fachärztinnen und Fachärzte bei der Gesamtbehandlung gestärkt werden, indem in der eigenen Praxis mehr ADHS-Diagnostik angeboten wird. Geplant sind beispielsweise gezielte Schulungen zu validierten Verfahren sowie Empfehlungen zu den Praxisabläufen und delegierbaren Leistungen. Grundsätzlich braucht es hierfür jedoch auch eine adäquate Darstellung der Diagnostik im EBM; die dazugehörigen Lösungsvorschläge befinden sich in rechtlicher Prüfung. Ziel ist eine höhere Qualität in Diagnostik und Behandlung sowie eine patientenzentrierte, evidenzbasierte Versorgung.

Der Vorstand hofft auf weitere Zugewinne an Mitgliedern in Rheinland-Pfalz und wird weiterhin auf allen Ebenen für die Interessen der Kolleginnen und Kollegen kämpfen.

AUTOREN

Dr. med. Sven Klimpe

Vorsitzender
BVDN RLP
Ringstraße 6
55283 Nierstein

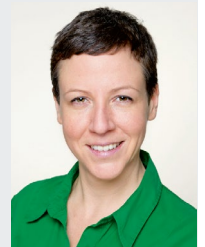
klampe@np-nierstein.de



Dr. med. Alice Engel

Vorsitzende
BVDN RLP
Ringstraße 6
55283 Nierstein

alice.engel@bvdn-rlp.de





Geschäftsführer
Rechtsanwalt
Bernhard Michatz
koordiniert die
Aktivitäten im gesamten
Verband.



**Willkommen in der Geschäftsstelle des BVDP.
Hier wird für Sie gearbeitet!**

Wir kümmern uns um Ihre Anliegen und Belange –
bitte tauschen Sie sich mit uns aus.

Myriam Lestang ist
Referentin für
Versorgungsprojekte und
Gremienmanagement.



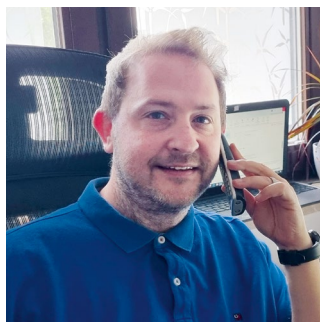
Elisa Pruckner ist Referentin
für Kommunikation und
übernimmt die interne
Mitgliederansprache sowie
die Außendarstellung. Sie
plant auch die ZNS-Tage.



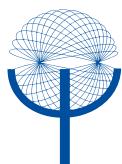
Dr. Sonja Faust
koordiniert die Arbeit im
NeuroTransmitter mit ihrer
ärztlichen Expertise.



Thorsten Seehagen
kümmert sich um alle
Fragen zur Mitgliedschaft,
zu Anmeldeverfahren und
Selektivverträgen.



Schreiben Sie uns!
info@berufsverband-psychiater.de



BVDP

Rund um den Beruf

Nutzungspflicht seit Oktober

ePA für alle – alles gut?

Testphase beendet, Sicherheitslücken geschlossen, erforderliches PVS-Modul installiert, etliche Dokumente gesichtet und hochgeladen – sind alle Probleme bei der ePA jetzt gelöst? Mitnichten. Technische Störungen sind weiter häufig, fragwürdige Regelungen bedrohen die Schweigepflicht und die ePA ist weder arzt- noch patientengeführt. Eine kritische Bestandsaufnahme.

Als Nutzung und Befüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) durch Behandelnde am 1. Oktober 2025 verpflichtend wurden, lauteten die Schlagzeilen: „ePA kämpft weiter mit Akzeptanzproblem“ [1], und „Pflichtstart wird zum Fehlstart“ [2]. Dabei könnte es jetzt eigentlich richtig losgehen mit der ePA. Nur rund 10 % der Bürgerinnen und Bürger haben ihrer Einrichtung widersprochen und weit

über 90 % der Praxen sind an die Telematikinfrastruktur (TI) angebunden. Mit Ende der Testphase sind etliche Sicherheitslücken geschlossen und das zur Nutzung der ePA 3.0 benötigte Modul im Praxisverwaltungssystem (PVS) ist in den meisten Praxen installiert.

Es gibt durchaus erste positive Berichte. Manche Medikation, die patientenseitig nicht erwähnt wird, lässt sich in der ePA finden, erste Dokumente sind einge-

stellt, auch ist in etlichen Praxen das Hochladen und Sichten der Dateien kaum mehr verzögert. Am zeitlichen und technischen Mehraufwand hat sich jedoch nichts geändert und die TI fällt auch jetzt noch oft aus. Just zum Pflichtstart konnte wegen einer Störung bei IBM Deutschland auf die ePA verschiedener Krankenkassen stundenlang nicht zugegriffen werden. Ende 2025 laufen zudem die sogenannten RSA-Zertifikate in der



Dass die Nutzung der ePA verpflichtend ist, betrachten viele kritisch. Vor allem wegen des intransparenten Datenflusses und der Bedrohung der Schweigepflicht.

TI ab, weshalb erneut zehntausende Konnektoren ausgetauscht werden müssen, darüber hinaus laut KBV auch 100.000 elektronische Heilberufs-, 30.000 Praxisausweise sowie 160.000 gerätespezifische Karten für eHealth-Terminals [3].

Sollten Kritiker jetzt schweigen?

Somit ist das TI-ePA-Projekt immer noch weit entfernt von Nachhaltigkeit und den erhofften Kosteneinsparungen. Zu letzteren verholfen haben – zuge-spitzt gesagt – bisher eher die Praxen, die Hard- und Software für die TI nicht angeschafft und dafür Honorar abgezogen bekommen haben. Aber wenn doch all diese technischen Anfangsprobleme absehbar gelöst sein müssten, wäre es dann nicht an der Zeit, dass auch Kritiker wie der Autor dieser Zeilen die Vorteile der neuen Vernetzung und Datenverfügbarkeit anerkennen? Leider nein, trotz wiederholter Auseinandersetzung mit den Argumenten. Denn weiterhin hebeln etliche ePA-Regelungen im Zusammenspiel die Schweigepflicht aus (siehe **Schweigepflicht gesichert? – Strukturfehler der ePA**).

Automatischer Datenfluss – weitgehend unbemerkt

Die Verpflichtung, sich in die TI einzureihen, die bei ausbleibendem Widerspruch automatisch eingerichtete ePA und der Zwang zu deren Befüllung tragen zur Bedrohung der Schweigepflicht bei, da der entstehende Datenfluss kaum mehr überschaubar ist. Für die meisten Bürgerinnen und Bürger vollzogen sich die Einrichtung und bisherige Befüllung der ePA weitgehend unbemerkt, weil seitens der Krankenkassen unzureichend informiert wurde, was auch der Bundesverband der Verbraucherzentralen bereits kritisiert hat [4]. Regelungen wie die Befüllungspflicht, die Opt-out-ePA und die automatische Weiterleitung der Daten an das Forschungsdatenzentrum standen bei Einführung der Pflicht zum TI-Anschluss gar nicht zur Diskussion. Sie wurde also unter anderen Vorausset-

Schweigepflicht gesichert? – Strukturfehler der ePA

- Automatische Befüllung der ePA mit bis zu zehn Jahre zurückliegenden Abrechnungsdaten durch die Krankenkassen, auch solchen, die Anlass geben können zu Fehlannahmen, Stigmatisierung und Diskriminierung
- Geringer Wissensstand in der Bevölkerung über die ePA aufgrund mangelhafter Umsetzung der gesetzlich vorgeschriebenen „umfassenden“ Information durch die Krankenkassen
- Pflichten und Automatismen wie Opt-out, TI-Anschluss und Befüllungspflicht
- Weitreichende Zugriffs- und Leserechte, wie die dreitägige Lesemöglichkeit für Apotheken
- Kein Beschlagnahmeschutz, wie er für Arztakten und Gesundheitskarte existiert
- Intransparenter Datenfluss an Forschung und europäischen Gesundheitsdatenraum
- Speicherung der Daten im Forschungsdatenzentrum für 100 Jahre
- Gemeinwohlorientierung bei Datenverwendung für die Forschung kaum noch gegeben
- Rücknahme von Sicherheitsstufen (keine Ende-zu-Ende-Verschlüsselung)

zungen etabliert, als jetzt gegeben sind. Die Entwicklung wird nicht stehen bleiben und weitere Gebote könnten folgen.

Zusätzlich zu Laborbefunden und Medikationsplänen sind jetzt auch Arztbriefe und Entlassungsberichte hochzuladen, die meist sensible Informationen zur Lebensgeschichte, Krankheitsentstehung und oft auch zu Dritten enthalten. Dabei den Auftrag zur Aufklärung vor dem Hochladen sensibler Daten allein durch einen Praxisaushang zu erfüllen, wie von der KBV empfohlen, dürfte unzureichend sein. Unter Anspannung und Konzentration auf das anstehende ärztliche Gespräch ist bei Wartenden dafür kaum Aufmerksamkeit zu erwarten. Nun soll zwar laut einem aktuellen Gesetzentwurf die Dokumentation in der ePA ausgesetzt werden dürfen, wenn aus therapeutischen Gründen davon abzuraten ist oder die Rechte Dritter oder das Kindeswohl gefährdet wären [5]. Den Überblick über alle Regelungen und Ausnahmen zu behalten und diese zu befolgen dürfte allerdings schwerfallen.

Ebenso ist den meisten Bürgerinnen und Bürgern nicht bekannt, dass Abrechnungsdaten und Diagnosen von den Krankenkassen rückwirkend für einen Zeitraum von bis zu zehn Jahren automatisch in die ePA fließen. Dies führt paradoxerweise dazu, dass Praxen die Betroffenen zwar vor dem Hochladen psychiatrischer Berichte in die ePA dar-

über gesondert beraten müssen, Krankenkassen jedoch automatisch psychiatrische und andere Abrechnungsdiagnosen einstellen, womit diese sensiblen Daten dann trotz etwaig gegenteiligem Wunsch in der digitalen Akte stehen.

Abrechnungsdaten können stigmatisierende Diagnosen beinhalten. Von einer idealen Welt, in der es keine Rolle spielt, ob jemand somatisch oder psychisch erkrankt ist, sind wir immer noch weit entfernt. Zudem sind diese Daten oft ungenau, unvollständig oder nicht mehr aktuell. Ein Patient berichtete bereits von einem in der ePA dokumentierten „lebensbedrohlichen“ Prostatakarzinom, das bei ihm bei Weitem nicht in diesem fortgeschrittenen Stadium vorgelegen hatte. Bekannt wurde überdies der Fall einer jungen Patientin, deren Frauenarzt beim ersten Termin aus ihrer ePA bereits vom früheren sexuellen Missbrauch wusste – wovon sie ihm (noch) nicht hatte erzählen wollen [6].

Außerdem sei angemerkt: Wenn so manche Klinik nahezu jede behandelte Depression aus Abrechnungsgründen als schwergradig bezeichnet, erhöht dies nicht die Qualität der ePA-Daten, die ja auch in die Forschung einfließen sollen.

Weit gefasste Zugriffsrechte und Beschlagnahmemöglichkeit

Während in Österreich Mitarbeitende in Apotheken nur die gesondert auf einem

Server gespeicherten Medikationsdaten für 28 Tage einsehen können, ist es in Deutschland möglich, nach Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) drei Tage lang die gesamte ePA zu sichten, somit auch jeden psychiatrischen und gynäkologischen Befundbericht. Im ländlichen Raum, wo man sich kennt, stellt dies ein gravierendes Problem dar. Medizinisch notwendig ist diese Regelung nicht. Wenn gewünscht, könnte vor Ort der Zugriff über Smartphone freigegeben werden. Damit wären Nutzende tatsächlich „Herr ihrer Daten“, wie sie es laut offizieller Verlautbarungen sein sollen. So könnten sie auch Fachkräften aus Fußpflege und Physiotherapie oder anderen Heilmittelerbringern den Zugriff individuell erlauben. Momentan können diese die ePA nach Einlesen der Karte 90 Tage lang einsehen. Die Zugriffsmöglichkeiten wurden im Sozialgesetzbuch ursprünglich mit der Einführung der Opt-in-ePA festgelegt, die aktiv beantragt werden musste. Bei der Opt-out-ePA jedoch fehlt ein Einverständnis, auch hierdurch wird die Schweigepflicht konterkariert. Manfred Kölsch, zuletzt Vorsitzender Richter am Landgericht Trier, stellte daher bereits fest, dass bei genauer Betrachtung die Opt-out-Regelung die Geltendmachung des individuellen Selbstbestimmungsrechts verhindere [7].

Weil die ePA nicht arztgeführt ist, besteht bisher auch kein eindeutiger Beschlagschutz in der Strafprozessordnung, wie er für Praxisakten und die eGK existiert und für die ePA von der BÄK bereits im Jahr 2020 gefordert worden war. Der Gesetzgeber sah den Schutz durch andere Bestimmungen gegeben, was Fachleute bezweifeln [8]. Dies aber hat Folgen. So werden wegen der jüngsten Anschläge durch psychisch Kranke etliche Gesetze verschärft. Die Justizministerin Schleswig-Holsteins setzt zur Verhinderung von Straftaten psychisch Erkrankter auch auf die ePA [9]. Ihre Kollegin im Innenministerium erkannte dabei zwar Datenschutz und ärztliche Schweigepflicht als „große Güter“ an [10], dennoch, so die Ministerin, müsse man dafür sorgen, dass sensible Daten über Menschen mit psychischen Krankheiten weitergeleitet werden dürften. Die Entstigmatisierung psychisch Kranker wird durch derartige Pläne unterlaufen.

Fachanwalt Uwe Schneider äußerte hinsichtlich des fehlenden Beschlagschutzes bereits die Sorge, psychisch Erkrankte könnten sich nicht mehr offenbaren oder gar keine medizinische Hilfe mehr in Anspruch nehmen [11].

Geschützt sind die Daten auch noch anderweitig nicht: Ulrich Kelber, bis zum Jahr 2024 Bundesdatenschutzbeauftragter, kritisiert, dass Daten im zentralen Bereich der TI seit Einrichtung der „ePA für alle“ nicht mehr Ende-zu-Ende-verschlüsselt sind [12]. Sie liegen demnach vielmehr in einer „vertrauenswürdigen Umgebung“ im Klartext vor. Während Hacker früher auf Millionen verschlüsselter Einzeldatensätze gestoßen wären, könnten sie jetzt viele Daten auf einmal abgreifen. Dies sei zwar unwahrscheinlich, aber nicht ausgeschlossen.

Daten für die Forschung: Gemeinwohlorientierung fraglich

Kritisch gesehen werden muss auch die automatische Weiterleitung der zudem nur pseudonymisierten Daten an das Forschungsdatenzentrum, wo sie 100 Jahre lang gespeichert werden, also über die Lebensspanne hinaus. Daten in der ePA sind dagegen nach dem Tod zu löschen. Forschungseinrichtungen und Privatunternehmen können beim Datenzentrum die Datennutzung beantragen. Die Gemeinwohlorientierung ist bei der Verarbeitung dieser Daten somit nicht gewährleistet. Sie wird zwar im Titel des Gesundheitsdatennutzungsgesetzes genannt, im weiteren Gesetzestext bei den Details zu Nutzungszwecken hingegen nicht mehr erwähnt. Das hatte Kelber in der Stellungnahme seiner Behörde zum Gesetz bemängelt und angemerkt, dass einige Kategorien sehr offen formuliert seien, sodass hierunter auch nicht gemeinwohlorientierte Zwecke einer Datennutzung fallen würden [13]. Kelber weiter: „Es wäre eine nähere Begründung zu erwarten gewesen, inwieweit private Gesundheitsforschung im Gemeinwohlinteresse Vorteile erzielen kann. Diese fehlt jedoch. Erfahrungsgemäß und naheliegend geht es Unternehmen der Gesundheitswirtschaft vorrangig um die Gewinnerzielung“.

Kelber verweist darauf, dass auch Konzerne wie Google, Meta und Open AI Anträge zur Datennutzung ans For-

schungsdatenzentrum stellen könnten [14]. Es könnte die Situation entstehen, dass sich das automatisierte Sammeln und Verwerten von Daten im Gesundheitswesen im Hintergrund des Praxis- und Klinikalltags still und gewinnbringend vollzieht, während die tätigen Akteure kaum einen Nutzen oder Erleichterung, sondern Datenlieferpflicht und Mehrarbeit erfahren. An einen transatlantischen Datenraum, in dem diese Firmen KI mit ePA-Daten trainieren könnten, hatte auch der damalige Gesundheitsminister Karl Lauterbach bereits gedacht – drei Wochen nach der Wahl von Donald Trump, als absehbar war, dass die Kooperation mit den USA und speziell mit den Big-Tech-Firmen schwierig werden könnte [15]. Mehrfach hatte er vom möglichen Training der KI mit Gesundheitsdaten gesprochen, wofür Praxisgespräche aufgezeichnet und weitergeleitet werden könnten [16]. Juristen halten durch die weitreichende Sekundärnutzung der Daten die Schweigepflicht für gefährdet: „Die Gier nach Daten übergeht die Gefahr, dass sich die Abschirmung des Arzt-Patienten-Verhältnisses nach außen durch Erfordernisse der Digitalisierung zum Nachteil der individuellen Gesundheitsversorgung auflösen könnte“, so Jurist Manfred Kölsch [17].

ePA – weder arzt- noch patientengeführt

Der Einzelne wird nicht „Herr seiner Daten“ bleiben können. Das ist aber offenbar auch gar nicht mehr gewünscht. Während offiziell zwar immer noch von einer *patientengeführten* Akte die Rede ist, hatte Susanne Ozegowski, Leiterin der Abteilung für Digitalisierung und Innovation am Bundesgesundheitsministerium, schon im November 2022 mit Blick auf die Einführung der Opt-out-ePA von einem Wandel hin zur *patientenzentrierten* Akte gesprochen [18]. Bislang hätten die Patientinnen und Patienten alle Entscheidungen treffen müssen. „Das setzt aber voraus, dass sich jeder einzelne Patient damit auseinandersetzen muss, ob er eine ePA will und was sie ihm bringt. Das ist ein verdammt hoher Anspruch, und ganz ehrlich: Wir glauben nicht, dass man das von 80 % der Bevölkerung erwarten kann. Wir meinen, dass es ganz viele Menschen gibt, die möchten,

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.

Vorschläge zur möglichen Anpassung der ePA-Regelungen

Kurzfristige Maßnahmen

- Keine Abrechnungsdaten in der ePA, um Fehlannahmen vorzubeugen
- Enge Begrenzung der Zugriffsrechte – Gewährung nur mit aktiver Bewilligung
- Digitale Kommunikationskanäle mit Verschlüsselung zwischen Praxen, Kliniken, Heilmittel-erbringenden sowie Patientinnen und Patienten
- Rückkehr zur Ende-zu-Ende-Verschlüsselung im zentralen TI-Bereich wie bis 2024 gegeben
- Datenweiterleitung an das Forschungsdatenzentrum nur mit eingeholtem Einverständnis

Langfristige Maßnahmen

- Opt-in für zur Vertrauensförderung, verbunden mit differenzierter Werbung dafür
- Dezentrale Datenspeicherung mit begrenzten Zugriffs- und Lesemöglichkeiten
- Aufsetzen gezielter Forschungsprojekte mit digital eingeholtem Einverständnis der daten-liefernden Patienten und Patientinnen sowie Behandelnden

Bei notwendig werdendem ePA-Neustart

- Freiwilligkeit für Behandelnde, Opt-in für Patientinnen und Patienten
- Orientierung an unterschiedlichen Bedürfnissen der Nutzergruppen
- Stufenweiser Aufbau des Systems, dann als Modulauswahl:
 1. verschlüsselte digitale Verbindungen mit Option des Austauschs von Krankheitsdaten
 2. E-Rezept-Server mit Medikationsdaten
 3. Patientenkurzakte mit Anamnese-, Medikations- und Notfalldaten auf der eGK
 4. Übernahme in „neue“ Patientenakte, diese mit Opt-in und dezentraler Datenspeicherung in Praxen und Kliniken, zusätzlich gegebenenfalls auf der eGK
 5. Einstellen ausführlicher Befunde und Berichte
 6. Gezielte Forschungsprojekte nach Behebung von Fehlern, mit Einverständnis der Betroffen sowie unter präziser Methodenplanung
 7. Als analoge Alternative: papiergebundene Lösungen wie etwa Patientenausweise, Medikationsplan mit QR-Code und mehrsprachiger Notfallausweis

dass die Ärzte und die Forschung an die Daten kommen, aber keine Lust haben, sich damit auseinanderzusetzen, wie das funktioniert“, so Ozegowski.

Patientenseitig gibt es bisher tatsächlich wenig Interesse an der ePA, ähnlich wie zuvor schon an Patientenquittung oder Arztunterlagen. Aufgrund der Opt-out-Regelung existieren jetzt 70 Millionen ePAs, die aber kaum aktiv genutzt werden. Die Zugangsdaten zur aktiven ePA-Steuerung wurden bisher nur im einstelligen Prozentbereich beantragt. Das mangelnde Interesse dürfte weniger an Lustlosigkeit liegen, als vielmehr an der Komplexität der nötigen Registrierung und der ePA-Steuerung. Mittlerweile fühlt sich ein Drittel der Deutschen von digitalen Anwendungen überfordert [19]. Andere, dringendere Sorgen gibt es meist sowieso. Daher wird wahrscheinlich auch das wieder eingeführte Video-Ident-Verfahren, das einen schnelleren Zugang zur ePA schaffen soll, kaum für höhere Nutzerzahlen sorgen.

Wenn sie aber weder arzt- noch patientengeführt ist – was ist die ePA dann? Durch die Gesetze zur zentralen Daten-

speicherung und automatischer Anlage der Server-ePA, zur Befüllungspflicht sowie durch Sanktionen für ganz oder teilweise nicht mitmachende Praxen, wurde sie zur *politikgeführten* Akte. Auch die weitreichenden Möglichkeiten zur Datennutzung für Unternehmen und KI sind politischen Ursprungs und dienen nicht primär einer besseren Versorgung. Mit den Forderungen, Daten aus der ePA zu nutzen, um Straftaten psychisch Erkrankter zu verhindern, mischt sich Politik in diesen primär medizinischen Bereich ein. Und weil Demokratien derzeit gefährdet sind und unabsehbar ist, was politisch gewollt mit zentral auf Servern gespeicherten sensiblen Daten eines Tages geschehen könnte, scheuen viele Patienten die Nutzung der ePA.

Akzeptanzfaktoren beachten

Die wichtigsten Adressaten erreicht die ePA aktuell somit kaum. Patientinnen und Patienten nutzen die ePA wenig, und Praxen sind oftmals demotiviert von technischen Problemen, TI-Störungen, zeitlichem und finanziellem Aufwand sowie vom Anschluss- und Befül-

lungszwang. Nach Abgreifen der Erstbefüllungspauschale, die etwa der Hausärztinnen- und Hausärzterverband Rheinland-Pfalz nicht anderen überlassen wollte [20], werden bald auch die finanziellen Anreize hinfällig sein. Kann eine digitale Vernetzung im Gesundheitswesen dennoch gelingen?

Egal, ob Bestehendes korrigiert oder das System komplett neu gestartet wird (siehe **Vorschläge zur möglichen Anpassung der ePA-Regelungen**): Mehr als bisher müssen Akzeptanzfaktoren bei Patientinnen und Patienten, Praxen und Kliniken berücksichtigt werden, um Vertrauen in die Entwicklungen zu schaffen. Freiwilligkeit und ein erkennbarer Mehrwert würden dazu beitragen, dass Neuerungen angenommen werden. Die Niederlande etwa handhaben das so: Ein Zugang für die „Persönliche Gesundheitsumgebung“ mit dezentraler Anbieterstruktur kann freiwillig generiert werden (opt-in), für einen Datenfluss muss um Einverständnis gebeten werden, die Datenaustauschstruktur ist dezentral, der Datenfluss somit nur lokal und nicht über regionale Grenzen hinweg möglich [21, 22].

Ein weiterer Akzeptanzfaktor ist die Vereinfachung der Handhabung der ePA. Um digitale Überforderung zu vermeiden, müssten die Anwendungen benutzerfreundlich sein, wofür ein schrittweiser Aufbau hilfreich wäre. Sinnvoll wäre die Einführung von Medikationslisten und e-Rezept-Daten, da diese bislang den größten Nutzen bringen, verknüpft mit der Option, potenziell stigmatisierende Medikamentennamen unkenntlich zu machen. Dazu ein Hinweis auf nötige Nennung im Arztgespräch. Schon ab dem Jahr 2005 hätte man zur digitalen Vernetzung im Gesundheitswesen ein bundesweit dezentrales, verschlüsseltes Kommunikationsnetz aufbauen können, um analoge Post, Fax und datenunsichere Mails zu ersetzen. Der Nutzen wäre sofort sicht- und fühlbar gewesen. Das jetzige Kommunikationsnetz ist unausgereift, da etwa bei KIM, das der sicheren Übermittlung elektronischer Dokumente dienen soll, immer wieder technische Probleme auftreten und die Adressstruktur uneinheitlich ist.

Seit Kurzem ist zudem ein über die ePA laufender TI-Messenger zur Kom-

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.

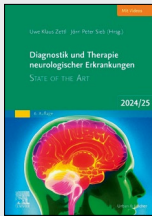
Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Buch-Tipp!

Neurologie auf dem aktuellen Stand



Uwe Klaus Zettl,
Jörn Peter Sieb (Hrsg.)
**Diagnostik und Therapie
neurologischer
Erkrankungen, State of
the Art 2024/25**
Urban & Fischer/
Elsevier 2024
864 Seiten, 84 €
ISBN 978-3-437-21073-0

Ziel der Autoren dieses Buches war es, einen Überblick zum neuesten Stand der klinischen Neurologie zu liefern, was meiner Meinung nach sehr gut gelungen ist. Das Werk befasst sich darüber hinaus mit neurologischen Randgebieten und bestimmten Altersgruppen wie Kindern und Jugendlichen und der Neurogeriatrie. Es werden Themen aus überschneidenden Fächern beleuchtet; das Kapitel „Lebensstil und neurologische Erkrankungen“ widmet sich den Einflüssen von Umweltfaktoren, Lebensgewohnheiten und Ernährung auf ausgewählte Krankheitsbilder.

Auch den diagnostischen Verfahren in der Neurologie inklusive der Neuroradiologie und Digitalisierung wird Platz eingeräumt.

Die „Wichtigen Neuigkeiten auf einen Blick“ fassen jedes Kapitel kurz zusammen. Ergänzende Tabellen geben eine Zusammenschau der Therapieoptionen. Die Kapitel wurden jeweils von Expertinnen und Experten auf den entsprechenden Gebieten verfasst, was zu einer hohen fachlichen Qualität beiträgt.

Gestolpert bin ich beim Lesen über uneindeutige oder fehlerhafte Verweise auf Tabellen oder eine inkorrekte Seitenangabe im Register. Das sind aber hinsichtlich des beeindruckenden Umfangs des Buches und der Aktualität kleine Schönheitsfehler, die man verzeihen kann. Außerdem bietet der Verlag die Möglichkeit, über einen QR-Code Korrekturen und Ergänzungen abzurufen. Über weitere QR-Codes können ein umfangreiches Literaturverzeichnis und Videos genutzt werden.

Zusammengefasst liegt ein Buch vor, das seinen Untertitel „State of the Art“ absolut verdient. Im Alltag der klinisch tätigen Neurologinnen und Neurologen ist es eine Bereicherung sowohl als Nachschlagewerk als auch zum Vertiefen oder Auffrischen des Kenntnisstandes.

Dr. med. Andrea Ringer, Wendelstein

munikation zwischen Behandelnden und Versicherten verfügbar. Für die Praxis wird es dabei notwendig sein, die Kommunikation zu begrenzen, um einer Überlastung durch zahlreiche Chat-Anfragen vorzubeugen. In den USA, wo es schon seit Langem elektronische Patientenakten gibt, wurde von einer explosionsartigen Zunahme an Nachrichten berichtet, die in den ePA-Posteingängen der Behandelnden gelangten [23].

Anpassung der ePA-Regelungen

Die Krankenkassen würden bei einem auf den Behandlungsnutzen fokussierten, schrittweisen Aufbau der Strukturen ebenfalls profitieren, da Kosten plan- und überschaubarer wären und damit das Wirtschaftlichkeitsgebot eingehalten werden könnte. Bei den bisherigen Kosten von über 14 Milliarden € war das nicht der Fall.

Über Medikationsdaten und Kommunikationskanäle hinaus könnte ein weiterer Schritt eine Patientenkurzakte sein, mit übersichtlicher Auflistung aktueller Diagnosen, früherer Erkrankungen und Operationen, mit Medikationsplan und Notfalldaten. Eine solche ist zwar als „Anamneseblatt“ in der ePA geplant, sollte aber dezentral und zusätzlich in Papierform verfügbar sein. Möglich wäre dies auf der Gesundheitskarte, wie im Jahr 2007 schon im Deutschen Ärzteblatt vorgeschlagen [24] und mit Notfalldaten und Medikationsplan bereits praktiziert, wenngleich mit oft beklagtem hohen Aufwand.

Denkbar wären auch Lösungen ähnlich der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) in Österreich. Deren Daten verbleiben laut offizieller Information weiterhin dezentral in Ordinationen und Kliniken [25]. In einer solcherart konzipierten ePA könnten je nach Wunsch und Bedarf weitere Befunde und Berichte eingestellt werden. Die Forschung käme erst mit gezielten Projekten und aktivem Einverständnis von Patientinnen und Patienten über digitale Wege an die Gesundheitsdaten. In Dänemark gibt das Gesundheitsportal, auf dem die Daten gespeichert sind, diese nicht für die Forschung oder kommerzielle Zwecke frei, was die Akzeptanz deutlich gesteigert hat [26]. Bis all dies technisch umgesetzt wäre, aber auch als analoge Al-

ternative für wenig Technikaffine, könnten papiergebundene Lösungen genutzt werden. Etwa ein Patientenausweis oder der schon länger verfügbare mehrsprachige Notfallausweis sowie der ausgedruckte Medikationsplan.

Fazit für die Praxis

In Deutschland begann die Digitalisierung im Gesundheitswesen später als in anderen Ländern, von denen man hätte lernen können. Statt auf den Nutzen für Patientinnen und Patienten wurde der Schwerpunkt hierzulande jedoch auf die Datennutzung durch Forschung und Gesundheitswirtschaft gelegt. Die Praktikabilität im Alltag wurde vernachlässigt und die Schweigepflicht gefährdet. Ob allen politisch Beteiligten die Tragweite der geschaffenen Regelungen bewusst ist, muss bezweifelt werden. Es wird sich daher zeigen, ob es möglich ist, sinnvolle Änderungen im bereits eingeführten Datennetz vorzunehmen. Oder ob es erforderlich wird, für den Fall einer weiterhin mangelnden ePA-Nutzung, das ganze Projekt neu aufzusetzen und stufenweise aufzubauen, um bessere Akzeptanz zu erreichen. Fachleute schließen einen Neustart nicht aus [27].

Digitale Vernetzung im Gesundheitswesen ist notwendig, primär sollten hierbei jedoch die Behandlung und Kommunikation im Gesundheitswesen verbessert werden, wie ursprünglich geplant. Diese Ziele müssen wieder in den Vordergrund gerückt und mit Benutzerfreundlichkeit, Freiwilligkeit und Transparenz umgesetzt werden, um der Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen zum Durchbruch zu verhelfen.

Literatur



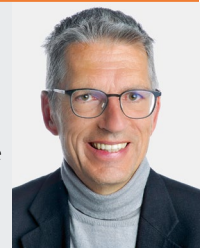
als Zusatzmaterial unter <https://doi.org/10.1007/s15016-025-4135-4> in der Online-Version dieses Beitrags

AUTOR

Dr. med Andreas Meißner

Praxis für Psychiatrie
und Psychotherapie
Tegernseer Landstraße
49
81541 München

psy.meissner@posteo.de



Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Zi-Praxis-Panel

Praxen unter Druck

Wie es um die wirtschaftliche Entwicklung der kassenärztlichen Versorgung steht, verfolgt das Zi im Praxis-Panel sowie im Klimaindex – und zog jetzt im Jahresbericht 2023 eine ernüchternde Bilanz: Das Mehr an Einnahmen reicht nicht aus, um mit dem Anstieg bei den Aufwendungen, vor allem in den Bereichen Personalkosten und Miete, mitzuhalten. Die Unzufriedenheit bei den Kolleginnen und Kollegen wächst.

Der Jahresbericht 2023 des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) befasst sich mit Daten aus dem Zeitraum von 2019 bis 2022. Der Report gibt Einblicke in die wirtschaftliche Situation vertragsärztlicher und psychotherapeutischer Praxen. An der Erhebung nahmen 3.294 Praxen teil, was einem Anteil von 3,5 % der Grundgesamtheit von 94.998 Praxen entspricht, die im Jahr 2022 im Bundesarztregister bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) als Vertragspraxen geführt wurden. Dabei betrachtet das Zi-Praxis-Panel (ZiPP) diverse Fachgebiete, unter anderem auch

die Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie.

Die Auswertungen zeigen eine durch Nachholeffekte der COVID-19-Pandemie und allgemeine Preissteigerungen geprägte Entwicklung. Während die nominalen Jahresüberschüsse 2022 um 1,8 % leicht stiegen, war inflationsbereinigt ein deutlicher Rückgang von 4,8 % zu verzeichnen. Dies markiert eine kritische Wende nach einer Phase des Wachstums.

Zu ZNS-Fachgebieten bietet der Bericht weitere aufschlussreiche Fakten. Beispielsweise sind diese im Gegensatz zur Allgemeinmedizin und Chirurgie

kaum an Notfalldiensten beteiligt. Die Anzahl betreuter Patientinnen und Patienten pro Praxis unterscheidet sich je nach Fach stark voneinander. Im vierten Quartal 2022 wurden in allgemeinmedizinischen und orthopädischen Einrichtungen im Durchschnitt 1.676 beziehungsweise 2.214 Erkrankte behandelt. In der Neurologie (1.232), Psychiatrie (668) und Psychotherapie (61) sind es pro Praxis deutlich weniger. Gesondert aufgeführt sind außerdem Praxen, in denen Ärztinnen und Ärzte der Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie zusammenarbeiten – dort wurden pro Praxis durchschnittlich 1.169 Erkrankte be-



Wer verordnet was? – Statistische Daten zu den Kostenstrukturen sind auch für die Berufsverbände wichtig, um eine Diskussionsgrundlage für Gespräche mit den kostentragenden Parteien zu haben.

treut. Patientinnen und Patienten der ZNS-Praxen sind zu über 92 % gesetzlich versichert. Insgesamt hat die Zahl der Behandlungsfälle in allen Fachgruppen deutlich zugenommen.

Die Einnahmen je Praxisinhaberin oder -inhaber betrugen im Jahr 2022 im durchschnittlich 285.500 € in der Psychiatrie und 390.100 € in der Neurologie, die Aufwendungen beliefen sich auf 114.400 € beziehungsweise 178.300 €, was einen Jahresüberschuss von 171.100 € beziehungsweise 211.800 € ergibt. Bei diesen Zahlen wird jedoch – vor allem vonseiten der Politik – gern übersehen, dass Praxiseinnahmen nicht mit dem Einkommen verwechselt werden dürfen. Werden Steuern, Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung sowie weitere Vorsorgeaufwendungen berücksichtigt, resultiert laut Zi im Durchschnitt aller Ärztinnen und Ärzte ein Nettomonats-einkommen von ungefähr 7.000 € und ein Stundensatz von lediglich 39 bis 45 €.

Die Wochenarbeitszeit beträgt im Mittel aller Fachgebiete 45 Stunden, in der Neurologie und Psychiatrie über 47 und in der Psychotherapie 37 Stunden. Wovon 36, 39 respektive 28 Stunden für die direkte Patientenversorgung zur Verfügung stehen, die restliche Zeit wird für Verwaltung und Bürokratie sowie Fortbildungen aufgewendet. Die Zahl der Abwesenheitstage wegen Urlaub (39) und Krankheit (4) bewegt sich im Bereich anderer Fächer.

Die Zahlen des Zi sind nun für die ZNS-Fachgebiete nur bedingt repräsentativ, da teils nur sehr wenige Praxen an der Erhebung teilgenommen haben, deren Honorare mit der KV abgeglichen werden konnten. Im Einzelnen waren es 53 in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 46 in Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie, 34 in der Neurologie, 64 in der Psychiatrie, aber 796 in der Psychotherapie.

Kostentreiber sind Inflation und Personalaufwendungen

Die Analyse der wirtschaftlichen Kennzahlen verdeutlicht eine sich verschärfende Schieflage zwischen Einnahmen und Ausgaben. Die Gesamtaufwendungen je Praxisinhaberin und Praxisinhaber stiegen zwischen den Jahren 2019 und 2022 um 17,2 %, während die Ein-

Erhebung durch das Statistische Bundesamt

Das Statistische Bundesamt (DESTATIS) führt auf der Grundlage des Gesetzes über Kostenstrukturstatistik in Kürze eine repräsentative Untersuchung zur Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen für psychologische Psychotherapie durch. Die Erhebung wird sich auf das Jahr 2024 beziehen. Ziel ist es, die in den Praxen erzielten Einnahmen und die dafür erforderlichen Aufwendungen sowie deren Zusammensetzung darzustellen. Die für die Erhebung auskunftspflichtigen Praxen werden per Zufallsstichprobe ausgewählt. Um dabei die Belastung möglichst gering zu halten, werden bundesweit höchstens 7 % der Praxen befragt. Das Ergebnis wird auf die Gesamtheit aller Praxen hochgerechnet. Um zuverlässige und aktuelle Daten zu gewinnen, die den hohen Anforderungen an Qualität und Aktualität genügen, sieht das Gesetz für diese Erhebung eine Auskunftspflicht vor. Die entsprechenden Heranziehungsbescheide mit den Zugangsdaten zum Online-Fragebogen sind vom Statistischen Bundesamt im Oktober 2025 versandt worden. Der Online-Fragebogen ist innerhalb einer Frist von vier Wochen auszufüllen. Die Veröffentlichung der Ergebnisse ist für den Sommer 2026 geplant.

Die Ergebnisse dienen unter anderem der Erstellung der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen und der berufspolitischen Arbeit von Kammern und Verbänden. Sie eröffnen jedoch auch den Praxen selbst die Möglichkeit, betriebswirtschaftliche Vergleiche durchzuführen und damit Ansatzpunkte für Rationalisierungs- oder Verbesserungsmaßnahmen zu erkennen.

Für Fragen zu der Erhebung, die im Oktober 2025 gestartet ist, stehen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Statistischen Bundesamtes zur Verfügung. Informationen zur Methodik der Kostenstrukturerhebung im medizinischen Bereich einschließlich Direktlinks auf Ergebnisse der letzten Erhebung sind unter www.destatis.de/kme zu finden. Informationen zur aktuellen Erhebung, zum Beispiel zu den erforderlichen Angaben (Musterfragebogen) sowie Antworten auf häufig gestellte Fragen zur Kostenstrukturerhebung im medizinischen Bereich gibt es unter www.destatis.de/kme-portal.

Das Statistische Bundesamt dankt bereits vorab allen beteiligten Praxen für ihre Mithilfe an der Erhebung.

nahmen im gleichen Zeitraum nur um 16,4 % zulegt. Besonders auffällig sind die Personalkosten, die in diesem Zeitraum um 24,7 % kletterten und seit 2019 mit einem Anteil von 54 % an den Gesamtaufwendungen den größten Kostenfaktor darstellen. Bis zum Jahr 2022 war dieser Anteil auf 58 % gewachsen. Die Aufwendungen für Miete und Nebenkosten sanken anteilig, die absoluten Kosten erhöhten sich aber um 9,8 %. Für beide Kostenstellen sind hauptsächlich gestiegene Verbraucherpreise (+ 10,8 %), die Auswirkungen der Energiekrise und die Steigerung der Inflationsrate ab 2021 verantwortlich (Tab. 1).

Das Zi ist nicht die einzige Datenquelle zu diesem Thema. Auch das Statistische Bundesamt erstellt regelmäßige Kostenstrukturstatistiken für den medizinischen Bereich (siehe **Erhebung durch das Statistische Bundesamt**). Demnach betrugen die Einnahmen aller Praxen inklusive fachübergreifender Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ im Jahr 2023 durchschnittlich 804.000 € –

ein Anstieg von nur etwa 1 % zum Vorjahr. Die Aufwendungen sind dagegen um 5,5 % auf 493.000 € emporgeschnellt. Teil davon sind Personalkosten mit einem Plus von 4,7 %. Außerdem sind die Gehälter für Oberärztinnen und -ärzte gestiegen, die als Referenz für den kalkulatorischen Arztlohn dienen. Glücklicherweise ist in den Jahren 2023 und 2024 wenigstens die Inflationsrate gesunken.

Klimaindex bildet Unzufriedenheit und Ausstiegspläne ab

Die wirtschaftliche Anspannung spiegelt sich auch in der Stimmung der Ärzteschaft wider. Der „ZiPP-Klimaindex“, der die Beurteilung der aktuellen und zukünftigen Wirtschaftslage abbildet, zeigte Anfang 2024 zum zweiten Mal in Folge ein negatives Wirtschaftsklima an. Im Vergleich zum Vorjahr hat es sich auch nochmals verschlechtert.

Außerdem fasst der Klimaindex die Zukunftserwartungen von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Psycho-

Tab. 1: Aufwendungen nach Art in Tsd. Euro je Inhaberin und Inhaber in den Jahren 2019 bis 2022 (alle Fachgruppen)

	2019	2020	2021	2022	2022 zu 2019	Veränderung pro Jahr
Gesamtaufwendungen	151,7	157,2	169	177,8	26,1	8,7
		5,5	11,8	8,7	17,2 %	5,4 %
		3,6 %	7,5 %	5,2 %		
darunter für ...	Personal	82,4	86,1	94,3	102,8	
	Anteil an Gesamtaufwendungen	54,3 %	54,8 %	55,8 %	57,8 %	
	Veränderung in Tsd. Euro		3,7	8,1	20,4	6,8
	Veränderung relativ		4,5 %	9,5 %	24,7 %	7,6 %
	Material und Labor	7,9	9	9,8	9,1	
	Anteil an Gesamtaufwendungen	5,2 %	5,7 %	5,8 %	5,1 %	
	Veränderung in Tsd. Euro		1	0,8	-0,7	0,4
	Veränderung relativ		13,0 %	9,1 %	-7,1 %	4,6 %
	Miete einschließlich Nebenkosten für Praxisräume	17,8	18,1	18,7	19,5	
	Anteil an Gesamtaufwendungen	11,7 %	11,5 %	11,0 %	11,0 %	
	Veränderung in Tsd. Euro		0,4	0,5	0,9	0,6
	Veränderung relativ		2,0 %	2,9 %	4,6 %	3,2 %
	Wartung und Instandhaltung	4,3	4,7	5,3	5,4	
	Anteil an Gesamtaufwendungen	2,8 %	3,0 %	3,1 %	3,1 %	
	Veränderung in Tsd. Euro		0,4	0,6	0,1	0,4
	Veränderung relativ		9,5 %	13,6 %	2,6 %	8,5 %
	Nutzung externer Infrastruktur	0,4	0,5	0,5	0,6	
	Anteil an Gesamtaufwendungen	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,4 %	
	Veränderung in Tsd. Euro		0,1	0	0,1	0,1
	Veränderung relativ		12,0 %	9,0 %	17,2 %	12,7 %

Gewichtete Mittelwerte basierend auf der Längsschnittauswahl (Tsd. = Tausend). Die Berechnung der Veränderungsdaten erfolgte auf Basis der ungerundeten Werte. Die durchschnittliche prozentuale Veränderungsrate entspricht dem geometrischen Mittel der Veränderungsdaten zwischen den einzelnen Berichtsjahren. Die Aufwandsarten Kraftfahrzeughaltung, Fortbildungen und sonstige betriebliche Aufwendungen werden als sonstige Aufwendungen ausgewiesen. Rundungsbedingt kann es vorkommen, dass sich die Einzelwerte nicht zur ausgewiesenen Summe aufaddieren. Quelle: Zi-Praxis-Panel 2023 (Tabellen 2.1 und 2.2)

therapeutinnen und -therapeuten sowie deren Einschätzung zur wirtschaftlichen Entwicklung zusammen. Obwohl Behandelnde überwiegend mit der Arbeit im Team und den Möglichkeiten zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf zufrieden waren, herrschte große Unzufriedenheit mit den Rahmenbedingungen. Als Hauptprobleme wurden die Verfügbarkeit von Personal, der hohe Zeitaufwand für Verwaltungsaufgaben sowie die mangelnde Wertschätzung seitens der Politik genannt.

Diese unbefriedigende Situation führt dazu, dass in der aktuellen Untersuchung 46 % der Ärztinnen und Ärzte einen vorzeitigen Ausstieg aus der Patientenversorgung in Erwägung ziehen. Fast die Hälfte der Befragten, die eine Praxisübergabe planen, tun dies nicht altersbedingt, sondern ziehen den vorzeitigen Ruhestand oder eine Anstellung in einer anderen Praxis beziehungsweise

in einem MVZ in Betracht. Hohe Arbeitsbelastung, Bürokratie und Personalmangel werden als zentrale Motive für diesen Schritt genannt.

Fazit für die Praxis

Der Jahresbericht des Zi macht klar, dass die ambulante Versorgung vor großen Herausforderungen steht. Eine Sicherstellung ist nur möglich, wenn die Praxen auf einem stabilen wirtschaftlichen Fundament stehen und die Arbeitsbedingungen eine attraktive Niederlassung ermöglichen. Die Ergebnisse verdeutlichen mehr denn je die Dringlichkeit, Maßnahmen zur Reduzierung von Arbeitsbelastung und Bürokratie zu ergreifen, um dem bestehenden Ärztemangel entgegenzuwirken.

Schön wäre es, wenn mehr Kolleginnen und Kollegen am Zi-Praxis-Panel teilnehmen würden, damit bessere Daten aus Neurologie und Psychiatrie zur Verfügung stünden. Diese Daten sind notwendig, um eine

Diskussionsgrundlage für Gespräche mit den Kostenträgerinnen und Kostenträgern zu haben.

Start der Erhebungswelle ist jeweils zum Jahreswechsel, mit Abschluss im März/April des Folgejahres. Praxisinhaberrinnen und -inhaber können selbst oder über ihr Steuerbüro für ihre Praxisgemeinschaft teilnehmen. Leistet eine Steuerberatung Mitarbeit, winkt die volle Aufwandspauschale für die Befragung.

AUTOR

Prof. Dr. med. Markus Weih

1. Vorsitzender
BVDN Bayern
MedicCenter
Hallplatz 5
90402 Nürnberg

m.weih@mediccenter.de



Zu viel kritisiert?

PVS-Anbieter kündigt Vertrag

Probleme mit der Praxisverwaltungssoftware kennen fast alle. Zwar lassen sich viele Themen mithilfe der Service-Hotline lösen, doch zeitraubend und nervenaufreibend sind sie allemal. Wer schon einmal überlegt hat, seinen Vertrag zu kündigen, dem sei gesagt: Es kann auch andersherum kommen.

Drei von vier Arzt- und Psychotherapiepraxen würden ihre aktuelle Praxissoftware eher nicht weiterempfehlen, so eines der zentralen Ergebnisse einer bundesweiten Praxisumfrage des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung zur Zufriedenheit mit diesen Programmen [<https://go.sn.pub/j4hj3h>]. Manche sehen sich nach einem anderen Praxisverwaltungssystem (PVS) um und kündigen den Vertrag mit dem bisherigen Anbieter.

Es geht aber auch andersherum! Dem Kollegen Dr. Konstant Miehe, Psychiater aus Bad Liebenwerda in Brandenburg, flatterte die Kündigung seines PVS-Anbieters auf den Tisch. Als er wissen wollte, warum, wurde ihm mitgeteilt: „Von einer Begründung der Kündigung möchten wir gerne absehen.“

Modulares System

Der Kollege vermutet einen Zusammenhang mit Schwierigkeiten beim Versuch, eine Ordnungssoftware in das PVS zu integrieren. Das betreffende PVS ist modular aufgebaut, viele Funktionen werden über Zusatzmodule bereitgestellt. Als Vorteile solcher Systeme gelten Flexibilität (nur Module auswählen, die gebraucht werden), Auswahl individueller Funktionen und Kostenkontrolle (nur für benötigte Zusatzfunktionen bezahlen). Allerdings können die Nachteile (Schnittstellenprobleme und Kompatibilitätsrisiken) gewaltig sein.

Auf Nachfrage bestätigte der PVS-Anbieter, dass ein Wechsel problemlos möglich sei, dafür müsse nur ein Zusatzmodul als Schnittstelle (VoS-Modul) erworben werden. Nach der Installation traten jedoch erhebliche Funktionsstörungen auf, unter anderem:

- Bestehende Verordnungen konnten nicht übertragen werden.
- Folgeverordnungen lösten aus, dass alle bisherigen Verordnungen aufgerufen wurden, statt gezielt einzelne.
- Bereits erstellte Verordnungen wurden in der Kartei und im Arztbrief ohne wichtige Angaben wie Dosierung und Preis wiedergegeben, was zu fehlerhaften Medikamentenplänen und falschen Budgetberechnungen führte.
- Medikamentenpläne ließen sich nur bei Neuverordnungen anfertigen, wurden aber nicht im PVS gesichert.
- Rezepte, die als M16 erstellt wurden, konnten nur direkt gedruckt, aber nicht im PVS gespeichert werden.

Hotline kann nicht helfen

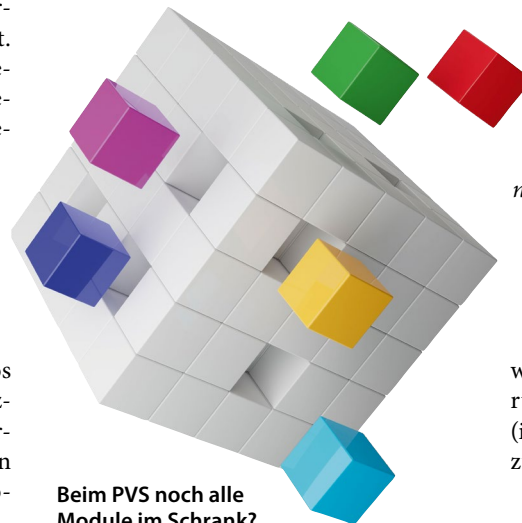
Die Service-Hotline des Anbieters konnte die Probleme trotz Fernwartung und mehrfacher Rücksprache mit der Entwicklungsebene im Zeitraum von November 2024 bis Januar 2025 nicht vollständig beheben und erzielte Fortschritte

waren beim nächsten Systemupdate teilweise wieder verschwunden. Schließlich ließ der Kollege die Lastschrift zurückbuchen, da die Schnittstellen-Software die von ihm erwarteten Funktionen nicht erfüllte. Es waren noch weitere Fernwartungstermine nötig, zwischenzeitlich wurde er gebeten, allgemeine Systemupdates des PVS nicht mehr zu installieren, damit die Schnittstelle nicht gestört wird – vollständig gelöst wurden die Probleme jedoch nicht. Als der PVS-Anbieter mitteilte, es gäbe „100 zufriedene Praxen“, bat Miehe darum, eine der Praxen zu nennen, damit er sich dort Tipps holen könne – eine Woche später erhielt er die Kündigung seines Vertrags.

Miehe gegenüber dem NeuroTransmitter: „*Angesichts meiner Erfahrungen rate ich dringend dazu, sich bei Nutzung eines modularen PVS, die Kompatibilität mit Drittanbietersoftware (z. B. für Arzneimittelverordnung) schriftlich bestätigen zu lassen, und zwar für alle Einzelpunkte und nicht nur allgemein. Bedenken Sie bei der Kommunikation mit PVS-Anbietern, besonders bei Kritik und unterschiedlichen Auffassungen zu notwendigen Funktionen, dass nicht nur Ärzte den PVS-Lizenzvertrag kündigen können, sondern sich auch Anbieter von Kunden trennen können – und dies ohne Begründung! Zumindest erfolgte die Kündigung regelmäßig, sodass mir vier Monate Zeit für die Suche eines anderen PVS und die Umstellung ‚gewährt‘ wurden.*“

Bei Problemen mit PVS-Anbietern wenden sich Betroffene bitte an die Berufsverbände BDN, BVDP und BVDN (info@bvdn.de). Dort werden die Fälle zur weiteren Aufarbeitung gebündelt.

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim,
Andernach



Beim PVS noch alle Module im Schrank?

Rote-Hand-Brief zu Clozapin

Blutbildkontrollen erleichtert

Das atypische Antipsychotikum Clozapin, das zur Behandlung von therapieresistenter Schizophrenie eingesetzt wird, unterliegt aufgrund seiner potenziell schwerwiegenden Nebenwirkungen wie Agranulozytose und Neutropenie strengen Überwachungsempfehlungen. Dazu gehören regelmäßige Blutbildkontrollen, für die es jetzt überarbeitete Anforderungen und Schwellenwerte gibt.

Die Zulassungsinhaber von Clozapin enthaltenden Arzneimitteln, die EMA sowie das BfArM, haben am 8. September 2025 einen Rote-Hand-Brief zu Clozapin veröffentlicht, der auf neuen epidemiologischen Erkenntnissen beruht [1]. Die wichtigste: Das Risiko für die Entwicklung einer Neutropenie ist in den ersten Behandlungsmonaten am höchsten, da 89 % der Fälle in den ersten 24 Monaten auftreten. Damit verbunden sind neue Überwachungsempfehlungen.

Vorgaben für das Monitoring

Für die Beobachtung des Blutbildes gilt nun:

- Die Anforderung zur Überwachung der Leukozytenzahl wurde aufgehoben, da die absolute Neutrophilenzahl (ANZ) hier als Marker für eine Neutropenie ausreicht.
- Die Schwellenwerte der ANZ bei der Einstufung des Schweregrades einer Neutropenie wurden entsprechend der Standarddefinitionen angepasst:
 - leicht: 1.000–1.500/mm³,
 - mittel: 500–999/mm³,
 - schwer: < 500/mm³.
- Die Einleitung einer Clozapin-Therapie wird nur empfohlen bei Patientinnen und Patienten mit
 - ANZ ≥ 1.500/mm³,
 - bestätigter benigner ethnischer Neutropenie (BEN) mit ANZ ≥ 1.000/mm³.

Außerdem sind diese Überwachungsfrequenzen für die ANZ zu beachten:

- wöchentlich in den ersten 18 Behandlungswochen (unverändert),
- danach monatlich für 34 Wochen – bis Abschluss des ersten Behandlungsjahres,

- danach alle zwölf Wochen, wenn keine Neutropenie im ersten Jahr und
 - jährlich, wenn keine Neutropenie in den ersten zwei Jahren entsteht.
- Bei Infektanzeichen ist wie bisher eine sofortige medizinische Konsultation mit Hinweis auf Clozapin-Einnahme und Bestimmung der ANZ notwendig. Bei älteren Erkrankten oder gleichzeitiger Einnahme von Valproinsäure – insbesondere nach Therapiebeginn – ist eine engmaschige Überwachung geboten.

Maßnahmen bei Neutropenie

Sollte eine Neutropenie vorliegen, sind diese Maßnahmen zu ergreifen:

- leichte Neutropenie, die sich stabilisiert oder abklingt: monatliche Kontrolle,
- ANZ < 1.000/mm³: sofortiger Therapieabbruch, keine Wiederaufnahme,
- BEN mit ANZ < 500/mm³: ebenfalls Therapieabbruch,
- nach Abbruch: vier Wochen lang wöchentliche Kontrolle.

Zur Überwachung nach Clozapin-Pause aus nicht hämatologischen Gründen wird Folgendes empfohlen:

- ≥ zwei Jahre stabil eingestellte Patientinnen und Patienten ohne Neutropenie: Weiterführung unabhängig von der Dauer der Unterbrechung,
- bei früherer Neutropenie oder Behandlungsdauer < zwei Jahren
 - Pause ≥ drei Tage: wöchentliche Kontrolle für sechs Wochen,
 - Pause ≥ vier Wochen: Vorgehen wie bei Ersteinstellung (Dosisanpassung und Überwachungsneustart).

Fazit für die Praxis

Das Differenzialblutbild kostet heute nur noch Centbeträge und wird vollautomatisiert ausgewertet. Auffällige Befunden wer-

den mit „flags“ angezeigt und vom Personal nachkontrolliert, sodass nur noch selten ein manueller Ausstrich, wie bei hämatologischen Fragestellungen, nötig wird. Im Allgemeinen wird die Neutrophilenzahl in der Routine korrekt erfasst.

Insgesamt ist die weitere Erleichterung der Kontrollpflichten und Dehnung der Intervalle unter Clozapin zu begrüßen, da Psychiaterinnen und Psychiater das wichtige Reserveantipsychotikum kennen und routiniert handhaben. Dennoch gibt es immer wieder Fälle von Agranulozytosen, die in der Folge auch gutachterlich-juristisch unangenehm werden können. Wachsamkeit ist also weiterhin geboten.

Dass die Daten, auf denen der Rote-Hand-Brief beruht, aus dem Ausland stammen, ist bedauerlich. Denn es gibt im deutschen Gesundheitswesen Datenbanken (z. B. AGATE, ZI, PSiAC), deren Auswertung vielleicht ähnliche Ergebnisse erbracht hätte.

Nicht vergessen werden sollte, dass auch andere Medikamente (z. B. Metamizol) eine Agranulozytose verursachen können, und dass Clozapin andere Erkrankungen (z. B. Myokarditis) auslösen kann. In der Pharmakovigilanz ist zudem zu beachten, dass Medikamente aus der somatischen Medizin psychiatrische Probleme bewirken können. So wurde erst kürzlich bekannt, dass Arzneimittel, die Finasterid und Dutasterid enthalten, suizidale Gedanken und Verhaltensweisen hervorrufen können [2].

Dr. med. Sabine Köhler, Jena

Prof. Dr. med. Markus Weih, Nürnberg

Literatur

1. <https://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Pharmakovigilanz/DE/RHB/2025/rhb-clozapin.html>
2. https://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Pharmakovigilanz/DE/RV_STP/a-f/finasterid.html

Allgemeinmedizinische Weiterbildungsassistenz in der ZNS-Facharztpraxis

Ausbilden und gleichzeitig die Patientenversorgung verbessern

Deutschland ist mit einem Fachkräftemangel bei ärztlichem und nicht ärztlichem Personal konfrontiert, wie es ihn noch nie gab. Das zwingt dazu, über die Zukunft der Versorgung nachzudenken. Chancen tun sich auf mit der Ausbildung von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern in psychiatrischen Praxen.

Die Engpässe bei der Versorgung psychisch Kranker werden verschärft durch die Notfall- und Krankenhausreform, das Primärarztsystem, Sprachbarrieren, Probleme bei der Digitalisierung und weitere mehr. Auf die Unterstützung seitens psychologischer Psychotherapiepraxen darf beim Ausgleich der Unterversorgung jedoch zumeist nicht vertraut werden. Ihre Zahl mehrt sich zwar, sie versorgen aber zu wenige Patientinnen und Patienten und sind oft auch gegenüber innovativen Versorgungsformen wie der KSVPsych-Richtlinie nicht aufgeschlossen.

Eine Facharztgruppe, mit der es in der neurologisch-psychiatrischen Versorgung täglich Berührungspunkte gibt, sind die allgemeinmedizinisch oder hausärztlich tätigen Kolleginnen und Kollegen. Sie sehen deutlich mehr Patientinnen und Patienten als ZNS-Praxen, sind häufiger auf dem Land angesiedelt, machen Hausbesuche und verschreiben anteilmäßig mehr Psychopharmaka als Psychiaterinnen und Psychiater. Der Präsident der Bundesärztekammer ist Facharzt für Allgemeinmedizin und viele prominente Stellen in den Landesärztekammern und anderen Körperschaften sind aus der Allgemeinmedizin besetzt. Die grundsätzliche Denkweise ist etwas anders, so steht die Diagnostik weniger im Mittelpunkt als vielmehr die allgemeine Versorgung und die Abwendung potenziell gefährlicher Verläufe. Der Überblick über das Gesamtbild ist zunächst wichtiger als die ein oder andere Differenzialdiagnose. In der akademischen Ausbildung, der Approbationsordnung und dem praktischem Jahr ist

das Fach bereits vor über 20 Jahren aufgewertet worden, es gibt inzwischen fast flächendeckend Lehrstühle und eine finanzielle Förderung der Weiterbildungsstellen, vor allem auf dem Land.

Fachkräftemangel durch Ausbildung entgegenwirken

Viele Kolleginnen und Kollegen aus der Allgemeinmedizin sind sehr offen und sensibilisiert für die Probleme psychisch Erkrankter, es gibt aber auch Wissenslücken. Zum Nutzen aller hat sich eine Zusammenarbeit der MFAs mit denen der hausärztlichen Praxen schon mancherorts bewährt, ebenso wie die konsequente Verwendung der 116 117 und TSVG-Regelungen. Alles, was die Hausarztpraxis oder Terminservicestelle benötigt, ist die Betriebsstättennummer der psychiatrischen Praxis. Dann kann die Vermittlung hausärztlicherseits abgerechnet werden; Patientinnen und Patienten erhalten einen Termin innerhalb von 35 Tagen. Fachärztlich können die Ziffern 99873H und 99873T angesetzt werden.

Einige Praxen gehen sogar noch einen Schritt weiter: Sie bilden angehende Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner aus. Wer sich hierfür interessiert, sollte einen Blick in die MWBO der Bundesärztekammer werfen, die in den Ländern – eventuell mit kleinen Änderungen im Detail – auch umgesetzt wurde.

Die Ausbildung zur Fachärztin beziehungsweise zum Facharzt für Allgemeinmedizin umfasst laut Bundesärztekammer 60 Monate Weiterbildungszeit [1], davon

— zwei Monate Innere Medizin stationär,

— 24 Monate ambulante hausärztliche Versorgung,

— bis zu 24 Monate in einem anderen Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung.

Das Curriculum folgt der neuen Systematik, in der didaktisch zwischen kognitiver und Methodenkompetenz (K: theoretische Kenntnisse, aus Büchern, Fortbildungen usw.) und Handlungskompetenz (F: Erfahrungen, Fertigkeiten und Fähigkeiten aus der Praxis) unterschieden wird. Ähnlich wie in anderen Fachgebieten sind nur einem Teil der Inhalte Richtzahlen zugeordnet, zum Beispiel sind mindestens 50 Hausbesuche vorgeschrieben.

Bei der Anmeldung zur Facharztprüfung für Allgemeinmedizin müssen Kurse in der psychosomatischen Grundversorgung nachgewiesen werden mit mindestens

— 20 Stunden Theorie zur Arzt-Patient-Beziehung und zur psychosomatischen Krankheitslehre (Modul I),

— 30 Stunden Vermittlung und Einübung verbaler Interventionen (Modul II) und

— 30 Stunden Balintgruppenarbeit oder patientenbezogene Selbsterfahrung. Die Leistungen nach den EBM-Ziffern 35100/35110 kann erst geltend gemacht werden, wenn eine mindestens dreijährige Erfahrung in selbstverantwortlicher ärztlicher Tätigkeit besteht.

Wegen der Schnittstellen mit den ZNS-Fächern sind folgende Weiterbildungsinhalte der Allgemeinmedizin besonders interessant:

— biopsychosoziales Krankheitsmodell, — Umgang mit Multimorbidität,

Tab. 1: Vorlage für ein mögliches Curriculum für allgemeinmedizinische Weiterbildungsassistentenkräfte in einer Psychiatrie-Praxis

Zeitraum	Inhalt	Eingearbeitet von:	Bestätigung Assistent/in:
1. Woche	Onboarding, Sprechstundenorganisation, allgemeine psychiatrische Anamnese, PC und PVS		
2. Woche	Anamnese, psychopathologischer Befund nach AMDP-System		
3. Woche	Zwischenanamnese, Befund, Krankheitsmodell		
4. Woche	Zwischenanamnese, Befund, Screeningverfahren, Depression, Angst, Sucht (F)		
5. Woche	Erstanamnese, Befund		
6. Woche	Unterschied psychiatrische Sprechstunde versus psychotherapeutische Sprechstunde, Befund		
7. Woche	Konklusion/Therapievorschläge AU ICF, Umgang mit Medikamentenabusus oder Abhängigkeit		
Ab 2. Monat	Eigenständige Anamnese und Befund Antidepressiva, Multimorbidität, Komorbidität, Krisenintervention und Notfälle (K)		
Ab 3. Monat	Psychopharmakotherapie (2-3 SSRI, Mirtazapin, Benzodiazepine), psychosomatische Intervention		
Ab 4. Monat	Ausgewählte Psychopharmaka unter Supervision eigenständig verordnen		
Ab 5. Monat	Grenzen der Allgemeinmedizin (Indikation Einweisung, Überweisung z. B. Psychose, Borderline, Bipolar, psychotische Depression, Suizidalität), komplizierte Gerontopsychiatrie		
Ab 6. Monat	ICF, Reha, selbstständiges Arbeiten, Umgang mit psychologischen Psychotherapeuten, Beantwortung von Anfragen usw.		

- Bewertung der Arbeitsfähigkeit,
- Erkennung von Suchtkrankheiten,
- Umgang mit neurologischen Erkrankungen und psychischen Störungen, vor allem Angst und Depression, Krisenintervention erlernen,
- akute und chronische Schmerzen,
- Erkennung und Behandlung psychosomatischer Krankheitsbilder mit Intervention,
- Behandlung von geriatrischen Krankheitsbildern,
- Impfberatung
- Indikationsstellung, Verordnung und Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen,
- Durchführung und Interpretation von standardisierten Fragebögen in der Geriatrie und bei Depression,
- Indikationsstellung und Verordnung von Psychotherapie mit Verlaufsbeobachtung.

Eine weitere Option ist der Einsatz nicht ärztlicher Praxisassistentinnen und -assistenten im fachärztlichen Bereich [2], was über das EBM-Kapitel 38 abgerechnet werden kann. Nützlich könnte dies vor allem für die Heimversorgung sein.

Gibt es ein regionales Versorgungsproblem, kann auch eine Kooperation mit lokalen Kammern oder KV hilfreich sein. Dabei kam gut an, ein kleines, auf die Praxisabläufe angepasstes Curriculum oder eine Checkliste für die angehenden Hausärztinnen und Hausärzte parat zu haben (Tab. 1). Natürlich kann das Curriculum schneller oder langsamer absolviert werden, je nach Umfang, in dem die Assistenz eingesetzt wird oder wie gut die Praxis organisiert ist.

Es kann passieren, dass die Assistenzkraft bei Krankheit oder Urlaub wieder in der eigentlichen allgemeinmedizinischen Praxis aushelfen muss. Die Aus-

bildung darf aber nicht unterbrochen werden und muss laut Ärztekammer stets in einer räumlichen Einheit stattfinden, um die Supervision zu gewährleisten. Wenn es doch unumgänglich ist, ist es vorteilhaft, telefonisch oder notfalls per SMS erreichbar zu sein.

Bald sollte die Assistenzkraft in der Lage sein, einfachere Routinefälle wie gut eingestellte Psychosekranken weitgehend selbstständig zu bearbeiten und so für Entlastung zu sorgen. Ähnlich wie in der Klinik kann dann in den „Oberarzt- oder Facharztmodus“ umgeschaltet werden. Der Facharzt oder die Fachärztin kommt erst nach eigenständiger Anamnese- und Befunderhebung durch die Assistenzkraft hinzu und bespricht zusammen mit den Patientinnen und Patienten das Procedere. In der eingesparten Zeit können etwa Erkrankte in der offenen Sprechstunde behandelt oder Papierkram erledigt werden. Meist stellt sich bei der Assistenzkraft nach einem Quartal oder den ersten Wiedervorstellungen ein Übungseffekt für den Ablauf in der psychiatrischen Praxis und die wichtigsten Standardfragestellungen ein.

Patientensteuerung profitiert

Theoretisch kann in der Neurologie ähnlich vorgegangen werden – auch hier gibt es gute Erfahrungen – der Bedarf ist in der Psychiatrie jedoch ungleich größer und das Thema AU drängender. Im Idealfall entsteht eine Win-win-win-Situation, da die Assistenzkraft einen erheblichen allgemeinmedizinischen Erfahrungsschatz mitbringt, von dem profitiert werden kann. Patientenseitig hat fast nie jemand etwas dagegen, allenfalls sehr misstrauische Menschen oder solche, die nicht mit Veränderungen umgehen können.

Die Rotandinnen und Rotanden absolvieren das Curriculum regelhaft kurz vor der Facharztprüfung und erhalten ein Zeugnis, das bei der Ärztekammer mit eingereicht werden kann. Da Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin über die Genehmigung zur psychosomatischen Grundversorgung verfügen, können sie die EBM-Ziffern 35100 und 35110 abrechnen. Dies umfasst die „kleine“ hausärztliche Psychotherapie, für die sie nun besser qualifiziert sind, und nicht nur die differenzialdiagnostische Abklärung psychosomatischer Störungen.

Theoretisch kann es durch das Engagement bei der Ausbildung gelingen, das allgegenwärtige „Hamsterrad“ zu entschleunigen, da Fälle übernommen werden können, für die es keine psychiatrische Fachbetreuung braucht. Schließlich ist die ZNS-Fachgruppe ohnehin zu klein, um alle Erkrankten zu versorgen – allein die Prävalenz depressiver Störungen sprengt bereits den Rahmen.

Sind die Weiterbildungskräfte als fertige Fachärztin oder fertiger Facharzt in der Allgemeinmedizin tätig, besteht berechtigte Hoffnung, dass die Patientensteuerung zwischen hausarztzentrierter Versorgung, TSVG-Fall und elektiver Überweisung besser gelingt. Es darf allerdings nicht vergessen werden, dass Psychiaterinnen und Psychiater ebenfalls in die Patientensteuerung involviert sind. Beispielsweise kennen sie in Heimen die internistischen Probleme der Erkrankten, und bemerken so mit als erste eine Gewichtsabnahme hinter der auch eine Krebserkrankung stecken könnte. Ähnliches trifft für die KSVPsych-Richtlinie zu, in der Fachärztin oder Facharzt Bezugsarzt sein können.

Übrigens: Interessanterweise, und vielen unbekannt, betreiben einige allgemeinmedizinische Lehrstühle gute psychiatrische Versorgungsforschung [3, 4] und die Arriba-Genossenschaft hat ein gutes, leider länger nicht aktualisiertes Depressionsmodul im Angebot [5].

In der allgemeinmedizinischen Facharztprüfung bewerten Prüfende es positiv, wenn die Kandidatin oder der Kandidat „in der Psychiatrie“ war und somit diese Klientel etwas besser versorgen kann als solche ohne Kenntnisse im Fach. Themen aus der Psychiatrie werden allerdings nicht oder nur sehr begrenzt geprüft. So wird etwa gefragt, ob der PHQ-9 bekannt ist und in der psychosomatischen Differenzialdiagnose wird erwartet, dass auch eine depressive Störung oder eine Angsterkrankung erwähnt werden.

Literatur

1. <https://www.bundesaerztekammer.de>; abgerufen am 10.10.2024
2. <https://www.kbv.de/html/12491.php>; abgerufen am 10.10.2024
3. Gensichen J et al. Z Arztl Fortbild Qualitatssich. 2006;100(5):375-82
4. Ballmann C et al. Front Psychol. 2022;13:858147
5. <https://arriba-genossenschaft.de>; abgerufen am 10.10.2024

Empfohlene Materialien für die Weiterbildung

Screeningverfahren: Depression – PHQ-9; Angst – GAD-7; Alkohol – AUDIT-C; Tabak – Fagerström-Test

Psychopathologischer Befund: AMDP-System, 11. Aufl., Hogrefe

Depression: Nationale Versorgungsleitlinie (<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-005>)

Angst: S3-Leitlinie (<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/051-028>)

Notfälle: Praxisinterne Verfahrensanweisungen, Leitlinie psychiatrische Notfälle (<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-023>)

Lehrbuch: Falkai P et al. Duale Reihe Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, 2022, 7. Aufl., Thieme

Psychopharmaka: Benkert-Hippius, Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie, 2022, 14. Aufl. Springer

Kurzinterventionen: Gensichen J, Härter M, Berger M (2023) Psychologische Kurzinterventionen: Für die Hausarztpraxis und die Psychosomatische Grundversorgung. 2023, Urban und Fischer

Prof. Dr. med. Markus Weih, Nürnberg

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.

Bundessozialgericht

Grenzen für Sonderbedarfszulassungen eng gezogen

In unterversorgten Gebieten, die einen lokalen oder qualifikationsbezogenen Sonderbedarf haben, kann per Sonderbedarfszulassung trotz bestehender Zulassungssperre eine Niederlassung ermöglicht werden. Doch eine solche Sonderbedarfszulassung zu erhalten, wird durch die Rechtsprechung mehr und mehr erschwert, wie aktuelle Fälle zeigen.

Der Senat des Bundessozialgerichts (BSG) sah trotz unstrittigen Bedarfs keine Möglichkeit einer Sonderbedarfszulassung im Fall eines Pneumologen und eines Neurologen, die ein Schlaflabor betreiben (B 6 KA 4/24 R, 18. Juni 2025). Dieses hing damit zusammen, dass die Voraussetzungen für die Erteilung der Sonderbedarfszulassung – im konkreten Fall eine 24-monatige Weiterbildung – nicht erfüllt waren.

Die beiden Betreiber waren in ganz Sachsen-Anhalt die einzige Praxis, die Polysomnografien anbot. Der Fokus lag vor allem auf Kraftfahrern, die sonst

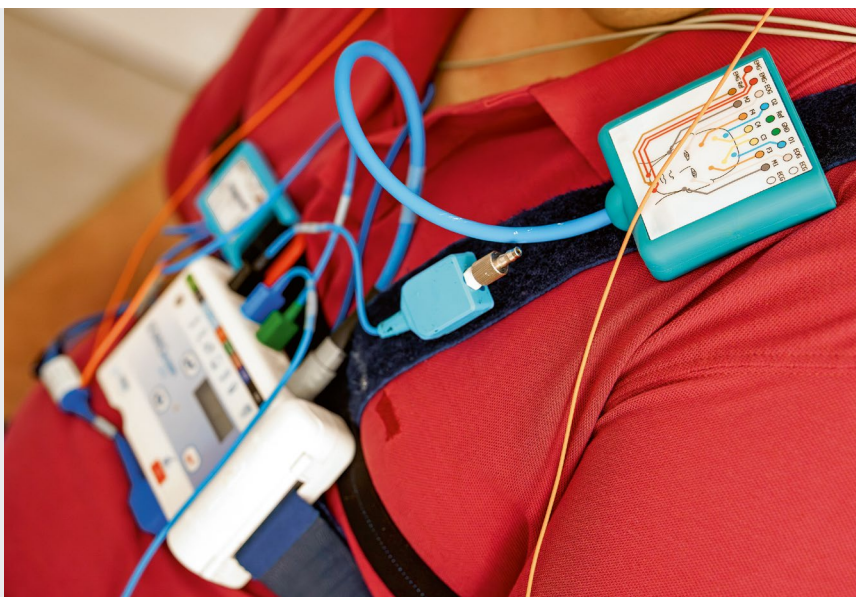
nach Berlin oder Leipzig hätten ausweichen müssen – mit Wartezeiten von mehr als einem Jahr. Beide Ärzte verfügten über die Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“, ihnen war wegen des offenkundigen schlafmedizinischen Bedarfs zunächst eine Sonderbedarfszulassung erteilt worden. Diese hatte der Berufungsausschuss jedoch wieder entzogen, nachdem sich konkurrierende Praxen mittels Drittwiderspruchsklage dagegen gewehrt hatten. Zwar wollte der Berufungsausschuss das Schlaflabor nicht verhindern, der qualifikationsbezogene Sonderbedarf setzte allerdings eine

24-monatige Weiterbildung voraus, für die Zusatzbezeichnung Schlafmedizin habe sie jedoch nur 18 Monate betragen.

Der Senat gab an, der Zeitfaktor könne als Maßstab für eine Sonderbedarfszulassung als zu grob angesehen werden. Wegen der Vielschichtigkeit des Problems und weitreichender finanzieller Auswirkungen könnten die Weiterbildungszeit nur der Gemeinsame Bundesausschuss oder der Gesetzgeber ändern. Ein Wegfall der Mindestanforderungen für Zusatzbezeichnungen könne zu einer Zergliederung des ärztlichen Leistungsspektrums führen. Um den konkreten Fall in Sachsen-Anhalt pragmatisch zu lösen, schlugen die Richter Ermächtigungen mit längerer Laufzeit vor.

Mehr Zulauf nach Neuanschaffung kein Zulassungsgrund

In einer weiteren Entscheidung verwarf der Senat die Revision eines Radiologen, der aufgrund des starken Zulaufs in seiner Praxis nach Anschaffung eines weiteren Linearbeschleunigers einen zusätzlichen Angestelltensitz im Wege eines Sonderbedarfs beantragt hatte (B 6 KA 5/24 R; 18. Juni 2025). Der Senat erkannte den geltend gemachten vermehrten Zulauf nicht an. Die Bedarfsplanung sei kein marktwirtschaftliches Instrument. Bei einem Versorgungsgrad von 200 % im betroffenen Planungsbereich sei eine Sonderbedarfszulassung ausgeschlossen. Vor diesem Hintergrund sei auch der Umfang der von den Zulassungsgremien durchgeführten Ermittlungen, die keine Hinweise auf relevante Wartezeiten bei anderen Strahlenthera-



Der unbestrittene Bedarf für Polysomnografien reichte nicht aus, um eine Sonderzulassung zu erwirken.

peuten ergeben, nicht zu beanstanden. Es mussten deshalb auch keine weiteren Ermittlungen im Hinblick auf tatsächliche Kapazitäten konkurrierender Einrichtungen durchgeführt werden.

Frühere Rechtssprechung zu Sonderbedarfszulassungen

Vor mehr als 15 Jahren hatte der Senat noch geurteilt, dass zu lange Wartezeiten auch in gesperrten Gebieten einen zusätzlichen Versorgungsbedarf begründen können (B 6 KA 21/08 R; 2. September 2009). Damals nahm der Senat an, dass Wartezeiten von mehr als zwei Monaten bereits ein sachgerechtes Kriterium für die Annahme eines Sonderbedarfs seien. Der Senat trug den Zulassungsgremien damals auf, sämtliche erforderlich erscheinenden Beweise sorgfältig zu erheben und zu überprüfen. Soweit bestimmte Fachärztinnen oder

Fachärzte nicht ausreichend verfügbar seien, käme statt eines lokalen Sonderbedarfs nach § 26 BedarfsplRL ein qualifikationsbezogener Sonderbedarf nach § 37 BedarfsplRL in Betracht.

Vor gut vier Jahren hatte das BSG dann konkret festgelegt, wie ein Sonderbedarf ermittelt werden muss (B 6 KA 2/20; 17. März 2021). Demnach ist zu untersuchen, ob überhaupt ein zusätzlicher Versorgungsbedarf besteht, ob andere Praxen die Versicherten versorgen könnten und ob diese in zumutbarer Fahrzeit erreichbar wären. Dabei hielt der Senat Fahrzeiten von bis zu 45 Minuten zu einer Ärztin oder einem Arzt der fraglichen spezialisierten fachärztlichen Versorgung für zumutbar. In ländlichen Gebieten sei auf die Zeit abzustellen, die mit einem Pkw benötigt wird. Insoweit könnten auch Versorgungsangebote in benachbarten Planungsbereichen be-

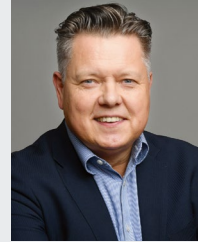
rücksichtigt werden. Soweit Kapazitäten bereits vorhandener Praxen durch Befragungen ermittelt würden, müssten die Angaben anhand der Fallzahlen der Praxen verifiziert werden.

AUTOR

Jörg Hohmann

Fachanwalt für Medizinrecht
Justiziar des BVDN/
BDN/BDP
Kanzlei für Gesundheitsrecht Prof. Schlegel Hohmann Diarra & Partner
Brandstwierte 4
20457 Hamburg

www.gesundheitsrecht.com



Bundesgerichtshof

Zwangsbehandlungen weiterhin nur im Krankenhaus

Bis zu einer gesetzlichen Neureglung sind ärztliche Zwangsbehandlungen weiterhin nur im Krankenhaus erlaubt, dies hat der Bundesgerichtshof entschieden.

Mit seiner Entscheidung stellt der Bundesgerichtshof (BGH) in Sachen Zwangsbehandlung klar, dass das bisherige Recht bis Ende des Jahres 2026 weiterhin gilt (XII ZB 459/22). Auslöser war ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfGE), das es für teilweise rechtswidrig hielt, dass medizinische Maßnahmen ohne den Willen der Patientin, des Patienten ausschließlich im Krankenhaus stattfinden dürfen (1 BvL 1/24). Gegenstand der Entscheidung war eine Regelung im Bürgerlichen Gesetzbuch (§ 1832 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7). Diese Vorschrift erlaubt bei Personen, die sich in Betreuung befinden, ärztliche Untersuchungen und Eingriffe, die dem natürlichen Willen des Betreuten widersprechen, sofern die Betreuerin oder der Betreuer zustimmt. Die Einwilligung in eine solche ärztliche Zwangsmaßnahme wird in der Norm allerdings

an eine Reihe zusätzlicher Bedingungen geknüpft. Eine davon ist, dass die Maßnahme im Rahmen eines stationären Aufenthaltes in einem Krankenhaus durchgeführt werden muss.

Transport ins Krankenhaus traumatisierend?

In dem konkreten Fall kämpfte der Betreuer einer an paranoider Schizophrenie erkrankten Frau gegen den Krankenhausaufenthalt. Dieser sah vor allem in dem durch die Regelung notwendigen Transport von und zum Krankenhaus eine unverhältnismäßige Beeinträchtigung. Die Frau erlitt immer wieder Retraumatisierungen, weil sie für manche Transporte fixiert werden musste. Deshalb wollte der Betreuer erwirken, dass die Maßnahme auf der Station des Wohnverbundes erfolgt, in der die Frau lebt.

Der Gesetzgeber hatte ursprünglich im Sinn, zulässige ärztliche Zwangsmaßnahmen statt an eine freiheitsentziehende Unterbringung an einen stationären Krankenhausaufenthalt zu binden. Nach Auffassung des BVerfGE ist er aber zu restriktiv vorgegangen, es seien Ausnahmen zu regeln. Die Grundlage hierfür muss der Gesetzgeber spätestens bis zum 31. Dezember 2026 schaffen.

Jörg Hohmann, Hamburg

Kopie der Behandlungsakte wird kostenlos

Am 8. September 2025 hat die Bundesregierung auf Vorschlag des Bundesjustizministeriums den „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Verbrauchervertrags- und des Versicherungsvertragsrechts sowie zur Änderung des Behandlungsvertragsrechts“ beschlossen. Darin ist vorgesehen, dass Patientinnen und Patienten künftig ein Anrecht auf eine kostenlose erste Kopie ihrer Behandlungsakte haben. Zur besseren Unterscheidbarkeit von der ePA soll im Bürgerlichen Gesetzbuch außerdem die Bezeichnung „Patientenakte“ in „Behandlungsakte“ geändert werden.

Jörg Hohmann, Hamburg

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Fortbildung

Idiopathische intrakranielle Hypertension

Stellenwert minimalinvasiver Therapieansätze bei IIH

Wer von der idiopathischen intrakraniellen Hypertension betroffen ist, leidet unter Kopfschmerzen und einem progredienten Visusverlust. Bislang wurde die Erkrankung mittels konservativer Therapien oder komplikationsbelasteten, chirurgischen Interventionen behandelt. Immer häufiger werden nun aber auch minimalinvasive Verfahren eingesetzt.

EYA KHADHRAOUI, SEBASTIAN J. MÜLLER, MANUEL LEHM, JENS NEUMANN, STEFANIE SCHREIBER, MARC PAWLITZKI, DANIEL BEHME

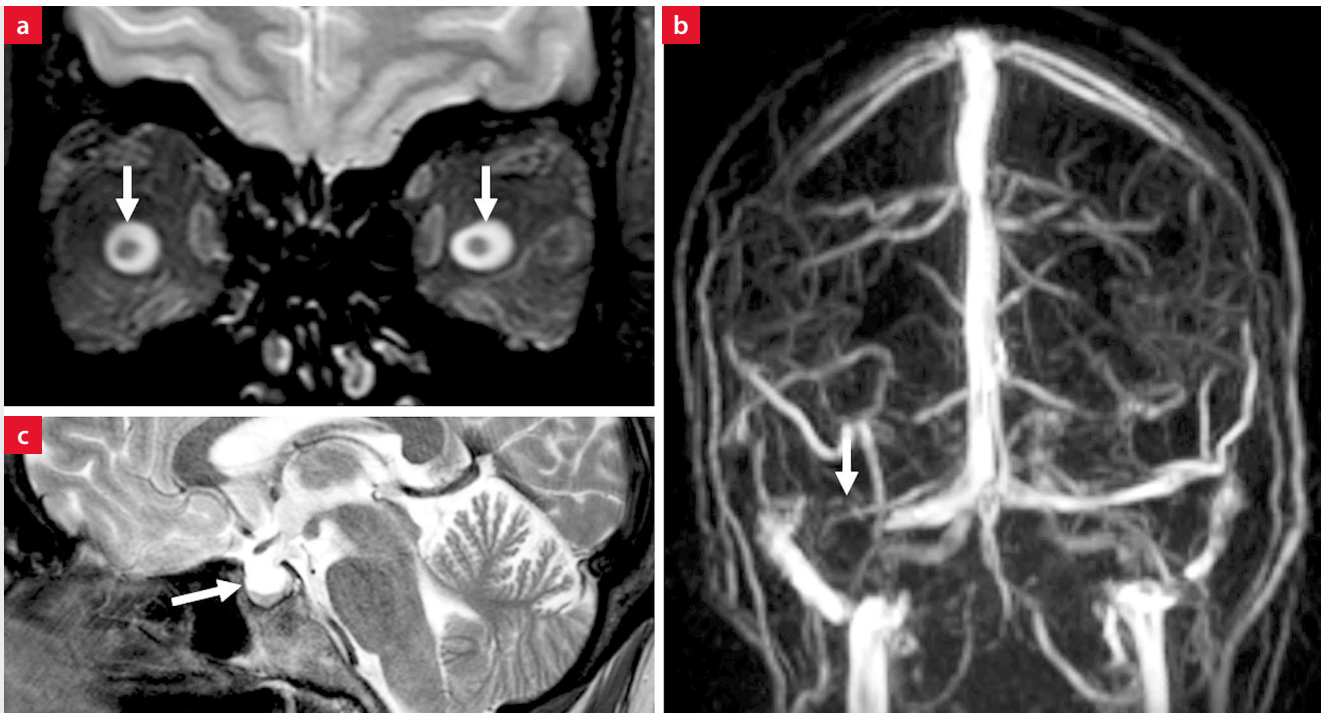


Abb. 1: Typische MRT-Befunde. **a:** Koronare fettgesättigte T2-gewichtete Sequenz. Deutlich erweiterte Optikusscheiden (Pfeile) als Zeichen eines erhöhten intraorbitalen Liquordruckes. **b:** MR-Angiografie mittels venöser Phasen-Kontrast-Angiografie mit beidseitigen Stenosen des Sinus transversus (der Pfeil zeigt die schwerer betroffene rechte Seite). **c:** Sagittale T2-gewichtete Sequenz auf der Höhe der Hypophyse mit Nachweis einer Empty Sella

Die idiopathische intrakranielle Hypertension (IIH) bezeichnet eine ätiologisch ungeklärte intrakranielle Liquordrucksteigerung ohne Nachweis einer intrakraniellen Raumforderung, einer akuten Thrombose oder eines Hydrozephalus. Betroffen sind vor allem junge, adipöse Frauen. Neben zumeist therapieresistenten Kopfschmerzen stellt die Visusminderung ein Kardinalsymptom dar. Während konservative Maßnahmen wie Gewichtsreduktion, wiederholte Liquorpunktionen, medikamentöse Therapien und invasive Maßnahmen, beispielsweise die Anlage eines ventrikuloperitonealen Shunts oder einer Orbitadekompression, bislang die Hauptpfeiler der Behandlung waren, gewinnt der Einsatz minimalinvasiver Verfahren wie das endovaskuläre Sinusstenting als eine gezielte Therapie venöser Abflussbehinderungen an Bedeutung.

Entstehungsmechanismen und Symptomatik

Adipositas und Sinusstenosen

Die Erkrankung erleiden überwiegend Frauen mit starken Übergewicht im gebärfähigen Alter [1], aber auch eine primäre Sinusstenose bei normalgewichtigen Patientinnen und Patienten wird als Ursache von IIH diskutiert [2, 3]. Die steigende Prävalenz der IIH hängt mit dem vermehrten Auftreten von Adipositas im jungen Erwachsenenalter zusammen [4]. Pathogenetisch wird von einer indirekten Rückkopplung des abdominalen Drucks über den Spinalkanal mit dem Hirndruck ausgegangen [5]. Zusätzlich kommt es zu einer verminderten Liquorresorption infolge venöser Abflussbehinderung, entzündlicher Veränderungen und Störungen des glymphatischen Systems [6]. Dabei scheint weniger die Adipositas an sich, als vielmehr ein damit verbundenes metabolisches Syndrom ursächlich zu sein, charakterisiert durch endokrine Dysfunktionen, Insulin- und Leptinresistenz sowie ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko [7, 8]. Diese systemischen Veränderungen wirken sich vermutlich direkt auf die Regulation des Liquorproduktion und -resorption aus. Eine gesteigerte Liquorproduktion im Plexus choroideus, vermittelt durch Androgendysbalancen und veränderte Kortikosteroidaktivität, gilt als weiterer pathophysiologischer Mechanismus. Gemeinsam führen diese Prozesse zu einem erhöhten intrakraniellen Druck (ICP) und bilden die Grundlage für die klinische Symptomatik der IIH [8, 9, 10, 11].

Neben dem ICP geht die IIH mit einem Papillenödem mit Visusminderung und einem chronischen holocephalen Kopfschmerz einher, die dauerhaft persistieren können [7]. Oft stellt der Kopfschmerz das primäre und vordergründige Symptom dar und wird nicht selten als prolongierte therapieresistente Migräne eingeordnet [12, 13, 14]. Er kann dabei trotz Besserung der Visussymptome bestehen bleiben. Letztere äußern sich als passagere Sehstörungen wie Verschwommensehen,

„graue Schleier“, Gesichtsfeldeinschränkungen oder transiente schwere Visusausfälle, die insbesondere bei Lagewechsel zunehmen können. Im weiteren Verlauf kann es zur Schädigung der retinalen Nervenfaserschichten mit bleibenden Gesichtsfeldausfällen und bei ausbleibender Behandlung zu einer progredienten, irreversiblen Visusminderung bis hin zur Erblindung kommen.

Diagnostik der IIH

Die Diagnosestellung einer IIH erfordert eine Abklärung unter Einbeziehung klinischer, liquoranalytischer und bildgebender Befunde. Folgende Kriterien müssen erfüllt sein [15]:

- Typische Symptome eines erhöhten ICP, vor allem drückende, meist retroorbitale Kopfschmerzen, ein verstärkter Kopfschmerz im Liegen, ein pulsativer Tinnitus und visuelle Störungen wie vorübergehende Sehausfälle oder Doppelbilder [16].
- Nachweis eines Papillenödems bei der augenärztlichen Untersuchung [17]. Zur Verlaufsbeurteilung und möglichen Therapieanpassung sind regelmäßige ophthalmologische Kontrollen des visuellen Systems mit Beurteilung der Papillen, Gesichtsfelduntersuchungen und gegebenenfalls optische Kohärenztomografie (OCT) essenziell. Letztere spiegelt insbesondere das Ausmaß der retinalen Schädigung wider und korreliert mit dem Ausmaß des ICPs [18, 19].
- Erhöhter Eröffnungsdruck bei der Lumbalpunktion ($> 250 \text{ mmH}_2\text{O}$) [20].
- Unauffällige Zusammensetzung des Liquors – es finden sich weder eine Pleozytose noch ein erhöhter Eiweißgehalt [15].
- Keine Hinweise auf sekundäre Ursachen der ICP in der Magnetresonanztomografie (MRT) oder in anderen bildgebenden Verfahren des Neurokraniums [21]. Es können jedoch indirekte Zeichen eines erhöhten ICPs vorhanden sein. Fehlt ein Papillenödem, die restlichen genannten Kriterien sind hingegen erfüllt, wird eine IIH ohne Papillenödem diagnostiziert, sofern eine Abduzensparese vorliegt. Die Verdachtsdiagnose IIH ohne Papillenödem wird ebenfalls gestellt, wenn keine Abduzensparese besteht und drei der folgenden MRT-Kriterien erfüllt sind.

MRT-Kriterien

Zu den im MRT nachweisbaren Veränderungen zählen ein „leeres Sella-Turcica-Syndrom“ („Empty Sella“), eine Erweiterung der perioptischen Liquorräume sowie eine Abflachung der posterioren Sklera (hinterer Bulbus oculi). Darüber hinaus finden sich eine vertikale Tortuosität der Sehnerven und ein Papillenödem, das in Form einer T2-Hyperintensität im Bereich des bulbusnahen Nervus opticus sichtbar werden kann. Neben einer prominenten Sehnervpapille können außerdem schmale Ventrikel („slit ventricles“) beobachtet werden. Häufig lassen sich ferner Stenosen der Transversus- oder Sigmoidsinus

nachweisen [22]. Diese Befunde sind für sich genommen nicht pathognomonisch, ihre Kombination kann jedoch zur Stützung der Diagnose einer ICP herangezogen werden (**Abb. 1**).

Differenzialdiagnosen

Zu den wichtigsten Differenzialdiagnosen der IIH gehören venöse Sinusthrombosen und raumfordernde Prozesse, wie Tumoren im Bereich des Pineal- oder vierten Ventrikels. Auch ein Hydrozephalus, Arachnoidalzysten oder chronische Meningitiden können ähnliche Symptome hervorrufen und müssen daher differenzialdiagnostisch berücksichtigt werden [21, 23, 24].

Ebenso muss eine idiopathische oder postinflammatorische Atrophie des Sehnervs in Betracht gezogen werden, wie sie zum Beispiel bei Multipler Sklerose vorkommt. Weitere Differenzialdiagnosen sind die idiopathische „Empty Sella“, die häufig als Normvariante auftritt, sowie die Chiari-I-Malformation, bei der es durch eine Verlagerung von Kleinhirnteilen zu einer Behinderung des Liquorabflusses kommen kann [25].

Im Jahr 2023 schlugen Korsbæk et al. eine evidenzbasierte Überarbeitung der IIH-Kriterien 2013 vor [26]. Demnach wird die Diagnose einer IIH gestellt, wenn zwei der drei folgenden Befunde vorliegen: Papillenödem, Eröffnungsdruck ≥ 250 mm H₂O oder mindestens drei neuroradiologische Zeichen. In dieser Fassung entfiel die Abduzensparese als diagnostisches Kriterium, und die „Empty Sella“ wurde durch eine supraselläre Liquorherniation ersetzt, die mehr als ein Drittel der Sella turcica einnimmt.

Invasive venöse Druckmessung

Ein hoher Anteil von Patientinnen und Patienten mit IIH weist nicht thrombotische, ein- oder beidseitige Stenosen der Dura-

venen auf [22]. Bei unklarer Diagnose kann deshalb eine invasive venöse Druckmessung im Sinus sagittalis und transversus durchgeführt werden (**Abb. 2**) [27]. Dabei werden Druckgradienten erfasst, um venöse Abflussbehinderungen zu identifizieren. Bei gesunden Erwachsenen in Rückenlage beträgt der Druck im Sinus sagittalis superior typischerweise 4–10 mmHg [28]. Bei Menschen mit IIH wurden Werte zwischen 13 und 24 mmHg gemessen. Liegt eine Obstruktion vor, zeigt sich häufig ein ausgeprägter Druckgradient über der Engstelle: proximal zur Stenose ein erhöhter, distal davon ein erniedrigter Druck [27].

Therapie der IIH

Konservative Therapie

Die Therapie der IIH zielt primär auf die Senkung des ICPs, den Erhalt des Sehvermögens und die Linderung der Kopfschmerzen ab. In der Akutphase können rekurrente Liquorentlastungspunktionen den ICP vorübergehend senken, was oftmals zu einer raschen Besserung von Kopfschmerzen und Visusstörungen führt. Gerade bei stark erhöhtem Eröffnungsdruck oder drohender Sehverschlechterung kann die Liquorpunktion eine akute Druckentlastung bewirken. Langfristig scheint eine konsequente Gewichtsreduktion wesentlich zu sein, weil sich dadurch sowohl der ICP normalisiert als auch die klinischen Beschwerden remittieren [29, 30].

Medikamentöse Therapieansätze kommen insbesondere bei ausbleibender Gewichtsreduktion sowie bei primär schwerem Verlauf infrage. Acetazolamid, ein Carboanhydrasehemmer, wird dabei meist als Erstlinientherapie eingesetzt und reduziert die Liquorproduktion im Plexus choroideus [31]. Alternativ oder ergänzend können auch Topiramat oder diuretische Therapien herangezogen werden [4, 32]. Neuere Studien belegen zudem die Wirksamkeit von GLP-1-Rezeptoragonisten [33, 34], vor allem aufgrund ihres gewichtsreduzierenden Effekts. Zur Behandlung der Kopfschmerzen wird in Einzelfällen auch Erenumab, ein CGRP-Rezeptorantagonist mit Zulassung für die Migräneprophylaxe, angewendet [35]. Bei diesem rein symptomatischen Einsatz ist allerdings keine krankheitsmodifizierende Wirkung auf die IIH selbst zu erwarten. Es ist zu beachten, dass es sich bei allen Optionen um Off-Label-Therapien handelt.

Chirurgische Maßnahmen

Zur Behandlung der IIH stehen zwei chirurgische Verfahren zur Verfügung [36]: zum einen die Ableitung des Liquors mittels Shuntsystem, zum anderen die mikrochirurgische Dekompression der Sehnervenscheide (ONSD, optic nerve sheath decompression).

In der Vergangenheit wurde der lumboperitoneale Shunt häufig zur Behandlung der IIH im Kindesalter eingesetzt, da die geringe Ventrikelgröße technische Herausforderungen beim Einlegen eines ventrikuloperitonealen Shunts mit sich brachte [37]. Beide Methoden sind mit einer hohen Rate an Komplikationen wie Überdrainage, mechanischen Fehlfunktionen und Infektionen verbunden [38]. Besonders jüngere Erkrankte sowie solche mit einem erhöhten Body-Mass-Index zeigten ein erhöhtes Risiko für derartige Komplikationen. Hey-

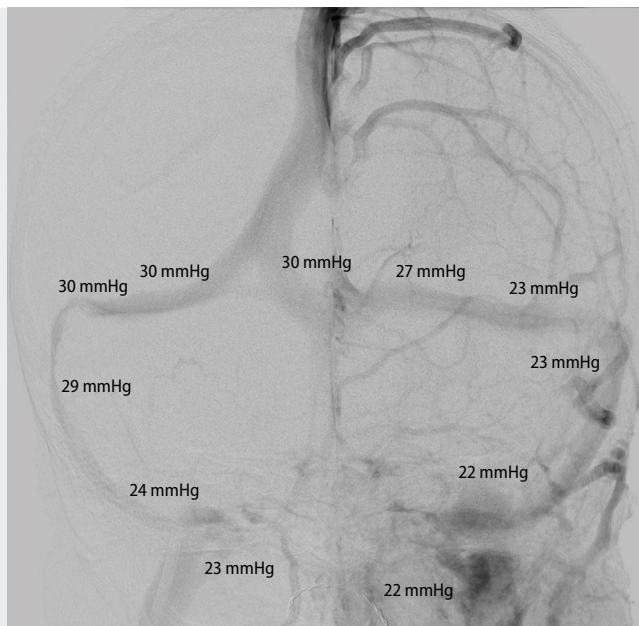


Abb. 2: Venöse Druckmessung im Sinus sagittalis superior und im Sinus transversus mit beidseits erhöhten venösen Drücken.

man et al. berichteten über postoperative Verschlechterungen der Sehschärfe nach ventrikuloperitonealem Shunting: Bei 70 % der Patientinnen und Patienten kam es innerhalb von vier Monaten infolge wiederholter Shunt-Fehlfunktionen zu einer Verschlechterung des Visus [39]. Auch ist bei sehr adipösen Menschen der abdominale Druck oftmals zu hoch, um einen sicheren Abfluss zu gewährleisten [40].

Durch den verbesserten Abfluss von Liquor nach Druckentlastung im Bereich der Sehnervenscheide kann die ONSD die visuellen Beeinträchtigungen deutlich lindern [41]. Trotz der positiven Effekte auf die visuellen Symptome ist ihr Gesamtnutzen jedoch begrenzt. So berichteten Thuente et al. [42], dass bei einem Viertel der Patientinnen und Patienten nach der ONSD eine erneute medikamentöse oder chirurgische Therapie notwendig war, um die fortbestehende oder wiederkehrende IIH zu behandeln. Daher gilt: Auch wenn die ONSD eine effektive Maßnahme zur Verbesserung der Sehleistung darstellen kann, ist eine kontinuierliche und sorgfältige Überwachung des ICPs nach wie vor unerlässlich [43].

Minimalinvasive Verfahren

Bei frustraner konservativer Therapie mit Gewichtsreduktion, Gabe von Acetazolamid oder per Lumbalpunktion bei initial raschem Sehverlust kann eine venöse Stentimplantation erwogen werden [44]. Diese kommt vor allem bei einer nachgewiesenen Stenose des Sinus transversus mit signifikantem Druckgradienten zum Einsatz.

Aguilar-Pérez et al. [45] kamen zu dem Schluss, dass das venöse Sinusstenting eine sichere und wirksame Alternative zu anderen invasiven Verfahren darstellt. Bei 88 % der Behandelten bildete sich das Papillenödem vollständig zurück oder es besserte sich deutlich. Im weiteren Verlauf entwickelten zwölf von 51 Patienten eine In-Stent- oder eine neue Stenose, von denen acht erneut behandelt werden mussten. Im Gegensatz zur ONSD, die gezielt den lokalen Druck am Sehnerv reduziert, adressiert das venöse Sinusstenting die zugrunde liegende Pathophysiologie der IIH, indem es den venösen Abfluss wiederherstellt, die Liquorresorption verbessert und den globalen ICP senkt. Dadurch können die Symptome der IIH gelindert werden und das Papillenödem bildete sich zurück. Shuntassoziierte Komplikationen treten bei dieser Methode nicht auf.

Empfehlungen zur Nachsorge

In zwei Übersichtsarbeiten werden genauere Empfehlungen zum peri- und postinterventionellen Vorgehen erläutert [46, 47]. So wird in der Regel eine duale Thrombozytenaggregationshemmung mit Acetylsalicylsäure (ASS) und Clopidogrel für mindestens drei bis sechs Monate empfohlen, gefolgt von einer Monotherapie, meist mit ASS [48]. In der Nachsorge wird bei symptomatischem Rückfall zu einer erneuten angiografischen und manometrischen Untersuchung geraten, um mögliche In-Stent-Stenosen oder neue, angrenzende Stenosen frühzeitig zu erkennen und gegebenenfalls zu behandeln [45, 49]. Laut einer Metaanalyse von Saber et al. [50] kommt es in 84 % der Fälle zu einer persistierenden Durchgängigkeit des Stents bei einem mittleren Follow-up von 19 Monaten, während angrenzende Stenosen in etwa 14 % der Fälle auftreten.

Ausblick

Von der gesicherten Diagnosestellung bis zur evidenzbasierten Therapie der IIH ist es ein langer Weg. Dabei stehen den Behandelnden verschiedene konservative, chirurgische sowie minimalinvasive Therapiemöglichkeiten und Nachsorgemaß-

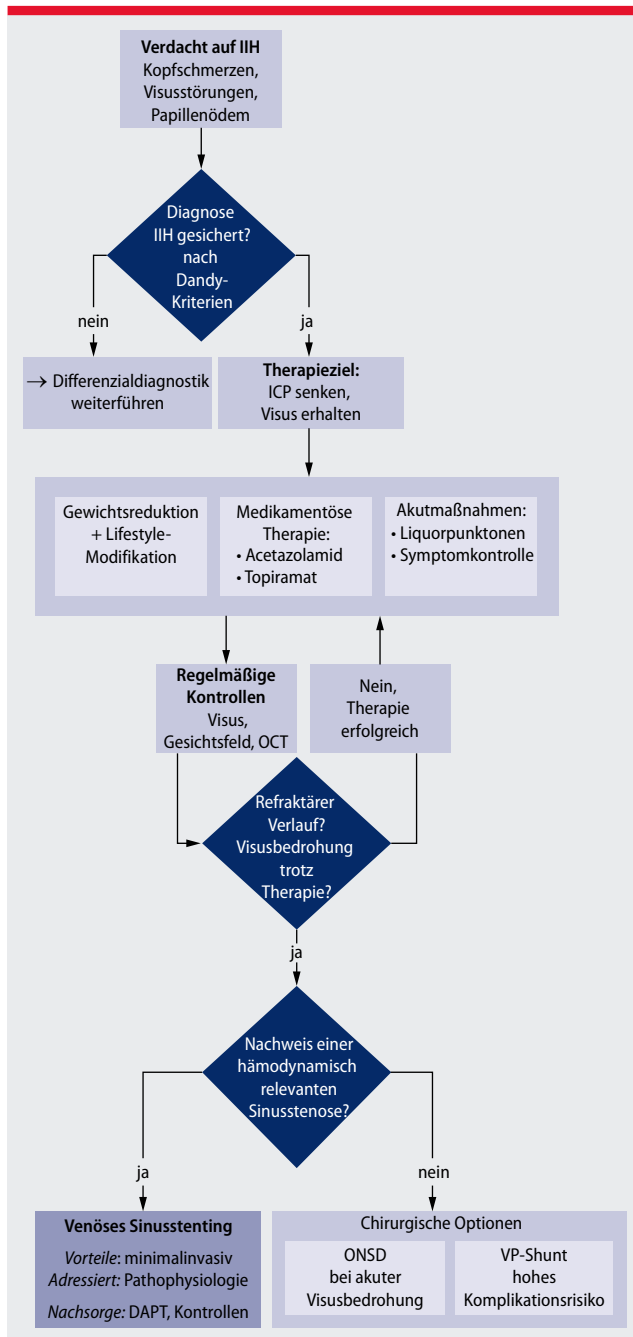


Abb. 3: Diagnostischer und therapeutischer Algorithmus bei idiopathischer intrakranieller Hypertension. Erstellt mit Mermaid JS. (IIH = Idiopathische intrakranielle Hypertension; ICP = Intrakranieller Druck; LP = Lumbalpunktion; OCT = Optische Kohärenztomografie; DAPT = Duale Antithrombozytentherapie (ASS + Clopidogrel); ONSD = Optic Nerve Sheath Decompression)

nahmen zur Verfügung, die an die jeweiligen Bedürfnisse und Symptome der Erkrankten angepasst ausgewählt werden müssen (**Abb. 3**).

Die IIH ist eine komplexe Erkrankung mit erheblicher Morbidität, die vor allem durch Visusverlust und therapieresistente Kopfschmerzen geprägt ist. Während konservative Maßnahmen wie Gewichtsreduktion und die Gabe von Acetazolamid weiterhin die Grundlage für eine Behandlung sind, bleiben invasive chirurgische Verfahren aktuell aufgrund hoher Komplikationsraten limitiert. Das venöse Sinusstenting hat sich in den letzten Jahren als minimalinvasive Alternative etabliert, die gezielt pathophysiologische Mechanismen adressiert und vielversprechende Ergebnisse bei günstigem Sicherheitsprofil zeigt.

Künftige Arbeiten sollten die optimale Patientenselektion, den Zeitpunkt der Intervention sowie standardisierte periinterventionelle Protokolle präziser definieren. Randomisierte, kontrollierte Studien sind erforderlich, um den langfristigen Nutzen und die Sicherheit im Vergleich zu etablierten Therapien zu belegen. Gleichzeitig könnte ein vertieftes Verständnis metabolischer und endokriner Einflussfaktoren neue präventive und pharmakologische Strategien eröffnen. Hier scheint insbesondere der breite Einsatz von GLP-1-Rezeptoragonisten vielversprechend. Insgesamt bietet die Kombination aus verbesserter Diagnostik, personalisierten Therapiekonzepten und neuen minimalinvasiven Verfahren die Chance, die Prognose und Lebensqualität von Betroffenen mit IIH nachhaltig zu verbessern.

Fazit für die Praxis

- Die idiopathische intrakranielle Hypertension ist eine ätiologisch ungeklärte intrakranielle Liquordrucksteigerung ohne Nachweis einer intrakraniellen Raumforderung, einer akuten Thrombose oder eines Hydrozephalus.
- Häufige Ursache ist Adipositas bei jungen Frauen im gebärfähigen Alter, möglicherweise aber auch eine primäre Sinusstenose bei Normalgewichtigen. Systemische Veränderungen wirken sich vermutlich direkt auf die Regulation des Liquorproduktion und -resorption aus.
- Typische Symptome sind: ICP, Papillenödem mit Visusminderung, holocephaler Kopfschmerz, pulsatiler Tinnitus, Eröffnungsdruck bei der Lumbalpunktion > 250 mmH₂O sowie unauffällige Zusammensetzung des Liquors ohne Pleozytose oder erhöhtem Eiweißgehalt.
- Konservative Therapieansätze sind Gewichtsverlust, die Gabe von Acetazolamid und Liquorentlastungspunktionen. Zur chirurgischen Behandlung kann zum einen die Ableitung des Liquors mittels Shuntsystem, zum anderen die ONSD genutzt werden. Beide Verfahren sind mit einer hohen Rate an Komplikationen verbunden. Das venöse Sinusstenting ist eine minimalinvasive Alternative. Es stellt den venösen Abfluss wieder her, verbessert die Liquorresorption und senkt den globalen ICP.
- Für die Nachsorge wird eine duale Thrombozytenaggregationshemmung mit Acetylsalicylsäure (ASS) und Clopidogrel für mindestens drei bis sechs Monate empfohlen, gefolgt von einer Monotherapie mit ASS.

Literatur

1. Adderley NJ et al. Association Between Idiopathic Intracranial Hypertension and Risk of Cardiovascular Diseases in Women in the United Kingdom. *JAMA Neurol.* 2019;76:1088
2. Thaller M et al. Does a Healthy Weight Body Mass Index at Onset of Idiopathic Intracranial Hypertension Change the Outcomes? A United Kingdom Prospective Cohort Study. *Neuro-Ophthalmology.* 2024;48:429-40
3. Fargen KM et al. Idiopathic intracranial hypertension pathogenesis: The jugular hypothesis. *Interv Neuroradiol.* 2024; <https://doi.org/10.1177/15910199241270660>
4. Azzam AY et al. Epidemiological Patterns, Treatment Response, and Metabolic Correlations of Idiopathic Intracranial Hypertension: A United States-Based Study From 1990 to 2024. *ASIDE Int Med.* 2024;1:31-9
5. Friedman DI. Cerebral Venous Pressure, Intra-Abdominal Pressure, and Dural Venous Sinus Stenting in Idiopathic Intracranial Hypertension. *J Neuroophthalmol.* 2006;26:61-4
6. Tuță S. Cerebral Venous Outflow Implications in Idiopathic Intracranial Hypertension-From Physiopathology to Treatment. *Life (Basel).* 2022;12:854
7. Yiangou A et al. Idiopathic intracranial hypertension: a step change in understanding the disease mechanisms. *Nat Rev Neurol.* 2023;19:769-85
8. Lowe M et al. Current Understanding of the Pathophysiology of Idiopathic Intracranial Hypertension. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2025;25:31
9. Fargen KM et al. „Idiopathic“ intracranial hypertension: An update from neurointerventional research for clinicians. *Cephalalgia.* 2023;43:03331024231161323
10. Akay R et al. Evaluation of aqueductal CSF flow dynamics with phase contrast cine MR imaging in idiopathic intracranial hypertension patients: preliminary results. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2015;19:3475-9
11. Markey KA et al. Understanding idiopathic intracranial hypertension: mechanisms, management, and future directions. *Lancet Neurol.* 2016;15:78-91
12. Mulla Y et al. Headache determines quality of life in idiopathic intracranial hypertension. *J Headache Pain.* 2015;16:45
13. Özdemir HN et al. Pursuing the impact of headaches in patients with idiopathic intracranial hypertension: a prospective cohort study. *Neurol Res.* 2025; <https://doi.org/10.1080/01616412.2025.2508864>
14. Mollan SP et al. Headache attributed to idiopathic intracranial hypertension and persistent post-idiopathic intracranial hypertension headache: A narrative review. *Headache.* 2021;61:808-16
15. Friedman DI et al. Revised diagnostic criteria for the pseudotumor cerebri syndrome in adults and children. *Neurology.* 2013;81:1159-65
16. Durcan FJ et al. The Incidence of Pseudotumor Cerebri: Population Studies in Iowa and Louisiana. *Arch Neurol.* 1988;45:875
17. Wall M. Idiopathic Intracranial Hypertension. *Neurol Clin.* 2010;28:593-617
18. Shemesh R et al. Longitudinal optical coherence tomography indices in idiopathic intracranial hypertension. *Sci Rep.* 2024;14:8623
19. Huang-Link Y et al. Optical coherence tomography surpasses fundus imaging and intracranial pressure measurement in monitoring idiopathic intracranial hypertension. *Sci Rep.* 2025;15:14859
20. Corbett JJ et al. Cerebrospinal fluid pressure in normal obese subjects and patients with pseudotumor cerebri. *Neurology.* 1983;33:1386-8
21. Beier D et al. Magnetic Resonance Imaging Signs of Idiopathic Intracranial Hypertension. *JAMA Netw Open.* 2024;7:e2420138
22. Farb RI et al. Idiopathic intracranial hypertension: The prevalence and morphology of sinovenous stenosis. *Neurology.* 2003;60:1418-24
23. Leach JL et al. Imaging of Cerebral Venous Thrombosis: Current Techniques, Spectrum of Findings, and Diagnostic Pitfalls. *RadioGraphics.* 2006;26:S19-S41
24. Degnan AJ, Levy LM. Pseudotumor Cerebri: Brief Review of Clinical Syndrome and Imaging Findings. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2011;32:1986-93
25. Alnemari A et al. Chiari I malformation with underlying pseudotumor cerebri: Poor symptom relief following posterior decompression surgery. *Int J Surg Case Rep.* 2017;38:136-41
26. Korsbæk JJ et al. Diagnosis of idiopathic intracranial hypertension: A proposal for evidence-based diagnostic criteria. *Cephalalgia.* 2023;43:03331024231152795

27. Karahalios DG et al. Elevated intracranial venous pressure as a universal mechanism in pseudotumor cerebri of varying etiologies. *Neurology*. 1996;46:198-202
28. Iwabuchi T et al. Dural Sinus Pressure as Related to Neurosurgical Positions. *Neurosurgery*. 1983;12:203-7
29. Mollan SP et al. Association of Amount of Weight Lost After Bariatric Surgery With Intracranial Pressure in Women With Idiopathic Intracranial Hypertension. *Neurology*. 2022;99
30. Hoffmann J. Clinical Significance and Therapeutic Management of Weight Loss in Patients With Idiopathic Intracranial Hypertension. *Neurology*. 2022;99:451-2
31. Wall M et al. Effect of Acetazolamide on Visual Function in Patients With Idiopathic Intracranial Hypertension and Mild Visual Loss: The Idiopathic Intracranial Hypertension Treatment Trial. *JAMA*. 2014;311:1641
32. Piper RJ et al. Interventions for idiopathic intracranial hypertension. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2015
33. Kravetz L et al. The effect of glucagon-like peptide-1 agonists on ocular parameters in idiopathic intracranial hypertension patients: a retrospective study. *Eye*. 2025;39:2090-5
34. Sioutas GS et al. GLP-1 Receptor Agonists in Idiopathic Intracranial Hypertension. *JAMA Neurol*. 2025; <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2025.2020>
35. Yiangou A et al. Erenumab for headaches in idiopathic intracranial hypertension: A prospective open-label evaluation. *Headache*. 2021;61:157-69
36. Corbett JJ et al. The Rational Management of Idiopathic Intracranial Hypertension. *Arch Neurol*. 1989;46:1049-51
37. Abubaker K et al. Idiopathic intracranial hypertension: lumboperitoneal shunts versus ventriculoperitoneal shunts – case series and literature review. *Br J Neurosurg*. 2011;25:94-9
38. Kalyvas AV et al. Efficacy, complications and cost of surgical interventions for idiopathic intracranial hypertension: a systematic review of the literature. *Acta Neurochir*. 2017;159:33-49
39. Heyman J et al. Outcomes of ventriculoperitoneal shunt insertion in the management of idiopathic intracranial hypertension in children. *Childs Nerv Syst*. 2017;33:1309-15
40. Müller SJ et al. Test-Retest Reliability of Outpatient Telemetric Intracranial Pressure Measurements in Shunt-Dependent Patients with Hydrocephalus and Idiopathic Intracranial Hypertension. *World Neurosurg*. 2019;131:e74-e80
41. Acheson JF et al. Optic nerve sheath decompression for the treatment of visual failure in chronic raised intracranial pressure. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1994;57:1426-9
42. Thuente D et al. Pediatric Optic Nerve Sheath Decompression. *Ophthalmology*. 2005;112:724-7
43. Banta JT et al. Pseudotumor cerebri and optic nerve sheath decompression. *Ophthalmology*. 2000;107:1907-13
44. Higgins JNP. Idiopathic intracranial hypertension: 12 cases treated by venous sinus stenting. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2003;74:1662-6
45. Aguilar-Pérez M et al. Endovascular treatment of idiopathic intracranial hypertension: retrospective analysis of immediate and long-term results in 51 patients. *Neuroradiology*. 2017;59:277-87
46. Miki K et al. A Case of Idiopathic Intracranial Hypertension Treated by Transverse Sinus Stenting. *NOUSHINKEI KEKKANNAI TIRYOU*. 2021;15:653-8
47. Satti SR et al. Meta-Analysis of CSF Diversion Procedures and Dural Venous Sinus Stenting in the Setting of Medically Refractory Idiopathic Intracranial Hypertension. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2015;36:1899-904
48. Sheriff F et al. Dual Antiplatelet Therapy Duration After Venous Sinus Stenting for Idiopathic Intracranial Hypertension and Stent Survival: Longer Necessarily Better? A Meta-Regression. *World Neurosurg*. 2021;151:e86-e93
49. Ducruet AF et al. Long-term patency of venous sinus stents for idiopathic intracranial hypertension. *J NeuroIntervent Surg*. 2014;6:238-49
50. Saber H et al. Stent Survival and Stent-Adjacent Stenosis Rates following Venous Sinus Stenting for Idiopathic Intracranial Hypertension: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Intervent Neurol*. 2018;7:490-500

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass sie sich bei der Erstellung des Beitrages von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließen. D. Behme erklärt Beratungstätigkeit für Acandis, Stryker, Phenox, Neva; alle ohne Bezug zur Publikation. Alle anderen Autoren erklären, dass keine potenziellen Interessenkonflikte vorliegen.

Der Verlag erklärt, dass die inhaltliche Qualität des Beitrags von zwei unabhängigen Gutachtern 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

Eya Khadhraoui

Klinik für Neuroradiologie
Universitätsklinikum Magdeburg

Dr. med. Sebastian J. Müller

Klinik für Neuroradiologie
Universitätsklinikum Magdeburg

Dr. med. Manuel Lehm

Klinik für Neuroradiologie
Universitätsklinikum Magdeburg

Dr. med. Jens Neumann

Klinik für Neurologie
Universitätsklinikum Magdeburg

Prof. Dr. med. Stefanie Schreiber

Klinik für Neurologie
Universitätsklinikum Magdeburg

PD Dr. med. Marc Pawlitzki

Klinik für Neurologie
Medizinische Fakultät der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Prof. Dr. med. Daniel Behme

Klinik für Neuroradiologie
Universitätsklinikum
Magdeburg
Leipziger Straße 44
39120 Magdeburg

daniel.behme@med.
ovgu.de



© Melitta Schubert, Uniklinik Magdeburg

Diagnostik und Therapie der idiopathischen intrakraniellen Hypertension

FIN gültig bis 2.12.2025:

NT25N6NB

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.

? Welcher Mechanismus spielt eine zentrale Rolle in der Pathophysiologie der idiopathischen intrakraniellen Hypertension?

- ☐ Verminderte Liquorresorption bei venösen Abflussstörungen
- ☐ Erhöhter Liquorabfluss durch erweiterte Ventrikel
- ☐ Verminderte Produktion von Liquor im Plexus choroideus
- ☐ Direkte Kompression des Hirnstamms durch Raumforderung
- ☐ Primäre Degeneration des Sehnervs
- ☐ Subarachnoidalblutung
- ☐ Abduzensparese
- ☐ Normaldruckhydrozephalus
- ☐ Arteriovenöse Malformation
- ☐ Idiopathische intrakranielle Hypertension

? Welches MRT-Zeichen spricht für eine idiopathische intrakranielle Hypertension?

- ☐ Verkalkung der Basalganglien
- ☐ Hippocampusatrophie
- ☐ Empty Sella (leere Sella turcica)
- ☐ Erweiterte Seitenventrikel
- ☐ Ringförmige Läsionen im Marklager

? Welche Patientengruppe ist am häufigsten von der idiopathischen intrakraniellen Hypertension betroffen?

- ☐ Männer über 60 Jahre
- ☐ Jugendliche mit Hydrozephalus
- ☐ Kinder im Grundschulalter
- ☐ Frauen im gebärfähigen Alter mit Adipositas
- ☐ Männer mit metabolischem Syndrom

? Welches Medikament gilt als Erstlinientherapie der idiopathischen intrakraniellen Hypertension?

- ☐ Valproinsäure
- ☐ Erenumab
- ☐ Acetazolamid
- ☐ Topiramal
- ☐ Furosemid

? Eine 28-jährige Frau stellt sich mit therapieresistenten holocephalen Kopfschmerzen, Verschwommensehen und einem pulsatilen Tinnitus vor. In der Ophthalmoskopie zeigt sich ein Papillenödem. Die Lumbalpunktion ergibt einen Eröffnungsdruck von 280 mm H₂O, die Liquorzusammensetzung ist normal. Welche Diagnose ist am wahrscheinlichsten?

? Eine 32-jährige Patientin mit idiopathischer intrakranieller Hypertension klagt über eine akute Verschlechterung ihres Sehvermögens. Der Eröffnungsdruck bei Lumbalpunktion liegt bei 400 mm H₂O. Welche Maßnahme ist am ehesten sofort indiziert?

- ☐ Einleitung einer Antikoagulation
- ☐ Lumbalpunktion mit Ablass von 50 ml Liquor zur akuten Druckentlastung

- ☐ Implantation eines ventrikuloperitonealen Shunts
- ☐ Beginn einer dualen Thrombozytenaggregationshemmung
- ☐ Optikusnerv-Scheiden-Dekompression

? Welches Ziel verfolgt die Optikusnerv-Scheiden-Dekompression bei idiopathischer intrakranieller Hypertension?

- ☐ Normalisierung des Liquordrucks im gesamten ZNS
- ☐ Behandlung chronischer Kopfschmerzen
- ☐ Korrektur einer venösen Sinusstenose
- ☐ Reduktion des abdominalen Drucks
- ☐ Verbesserung der Sehfunktion durch lokale Druckentlastung am Sehnerv

? Was ist das Hauptprinzip des venösen Sinusstentings bei therapierefraktärer idiopathischer intrakranieller Hypertension?

- ☐ Verbesserung des venösen Abflusses und damit der Liquorresorption
- ☐ Unterbrechung der Liquorproduktion
- ☐ Verstärkung der Blut-Hirn-Schranke
- ☐ Induktion einer lokalen Ischämie
- ☐ Dekompression der Hypophyse

? Welche Maßnahme wird nach venösem Sinusstenting typischerweise empfohlen?

- ☐ Thrombozytenaggregationshemmung für drei bis sechs Monate
- ☐ Lebenslange Antikoagulation

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

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

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

- Keine medikamentöse Nachsorge erforderlich
- Dauerhafte Kortikosteroidtherapie
- Monatliche Lumbalpunktionen

? Welche Komplikation ist typisch für ventrikuloperitoneale Shunts bei der idiopathischen intrakraniellen Hypertension?

- Allergische Reaktion auf Silikon
- Häufige Überdrainage und mechanische Fehlfunktionen
- Vermehrte Liquorproduktion
- Verringerte Wirksamkeit bei Männern
- Erhöhtes Risiko für maligne Transformation



Aktuelle CME-Kurse aus der Neurologie

► Bei unspezifischen Symptomen stets auch an FSME denken

aus: NeuroTransmitter,

Ausgabe 5/2025

von: S. Faust

Zertifiziert bis: 10.10.2026

CME-Punkte: 2

► Management des chronischen Subduralhämatoms

aus: InFo Neurologie + Psychiatrie,

Ausgabe 10/2025

von: M. Chihi, K. Wrede

Zertifiziert bis: 20.10.2026

CME-Punkte: 2

► Differenzialdiagnose und Therapie bei Muskelschwäche

aus: DNP – Die Neurologie & Psychiatrie, Ausgabe 5/2025

von: J. Zschüntzsch et al.

Zertifiziert bis: 30.9.2026

CME-Punkte: 2

► Liquormarker bei Multipler Sklerose

aus: NeuroTransmitter,

Ausgabe 2/2025

von: F. Konen et al.

Zertifiziert bis: 10.4.2026

CME-Punkte: 2

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.

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.

Außerdem steht Ihnen das komplette CME-Kursangebot von SpringerMedizin.de zur Verfügung: Hier finden Sie aktuell rund 600 CME-zertifizierte Fortbildungskurse aus allen medizinischen Fachrichtungen!

Buchen Sie ein e.Med-Abo Ihrer Wahl unter www.springermedizin.de/emed-abos und testen Sie unser CME-Angebot



14 Tage lang kostenlos und unverbindlich.

CME-Akkreditierung

Die Landesärztekammern müssen effizienter werden

Für Veranstalter wird es immer aufwendiger, sich für eine Fortbildung CME-Punkte zuerkennen zu lassen, das wurde nicht zuletzt bei den ZNS-Tagen 2025 deutlich. Und auch in CME-Artikeln steckt viel mehr Arbeit als es auf den ersten Blick scheint. An der zertifizierten Fortbildung führt aber kein Weg vorbei.

Die kontinuierliche medizinische Weiterbildung (Continuing Medical Education, CME) ist ein wesentlicher Bestandteil der ärztlichen Fortbildung in Deutschland. Seit dem Jahr 2004 besteht die Pflicht, Kenntnisse und Fähigkeiten regelmäßig auf dem neuesten Stand zu halten (§ 95d SGB V), belegt durch den Erwerb von Fortbildungspunkten. Innerhalb von fünf Jahren müssen mindestens 250 CME-Punkte gesammelt werden. Dabei unterliegen nicht nur Ärztinnen und Ärzte dieser Verpflichtung, sondern auch Ausübende anderer freier Berufe, beispielsweise in der Psychotherapie oder der Steuerberatung.

Viele Kammern, viele Regeln

Ein Problem im ärztlichen Bereich ist die uneinheitliche Vorgehensweise in den

Landesärztekammern, denn jede hat ihre eigenen Kriterien, Verfahren und Fortbildungsordnungen zur Bewertung, Schwerpunktsetzung und Anerkennung von CME-Punkten. Dies führt vielfach zu Unsicherheit, weil sowohl Veranstaltenden als auch Teilnehmenden mitunter erst spät klar ist, ob mit einer Fortbildung CME-Punkte erworben werden können oder nicht.

Bei Kongressen können in der Regel je nach Dauer der Teilnahme CME-Punkte in unterschiedlicher Zahl erworben werden. Für gesponserte Veranstaltungen wie Industriesymposien werden verständlicherweise keine Punkte vergeben. Bei einer zeitgleich angebotenen Veranstaltung ohne Sponsoring müssen zusätzliche Anwesenheitsnachweise geführt werden, wodurch der organisatorische Aufwand steigt.

Bürokratie

Die Beantragung und Anerkennung von CME-Punkten sind mit hohem Aufwand und bürokratischen Hürden verbunden. In einem Kammerbezirk wurden beispielsweise bei einer großen Veranstaltung von den Vortragenden 26 Erklärungen über Interessenkonflikte angefordert, bevor mit der Bearbeitung ihrer Anträge begonnen wurde.

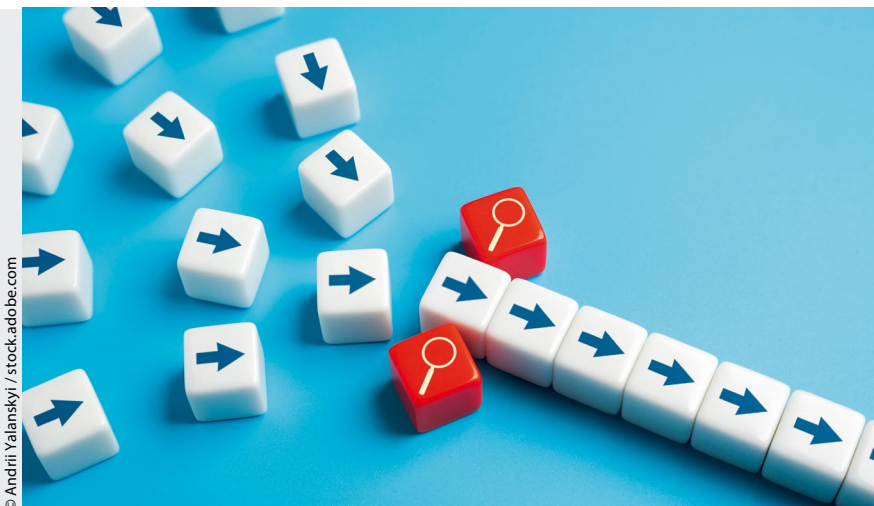
Die Landesärztekammern erklären Bearbeitungszeiten von acht Wochen und mehr mit einer hohen Zahl vorliegender Anträge. Es kommt immer wieder vor, dass Einreichungen so spät erledigt werden, dass die CME-Punkte erst im Nachhinein zuerkannt werden – mit entsprechendem Mehraufwand für die Veranstaltenden. Die Ankündigungen der Landesärztekammern, ihre Effizienz zu steigern, kollidiert mit dieser Realität. Eine automatisierte Anerkennung und Bearbeitungszeiten von unter vier Wochen wären nicht nur wünschenswert, sondern zu fordern.

Fazit für die Praxis

Die Probleme mit CME-Punkten und ihrer Akkreditierung durch die Landesärztekammern sind komplex und spiegeln die Absurdität von föderalistischen Parallelstrukturen ohne wirklichen Nutzen wider.

Die Akkreditierung und die Antragsstellung müssen vereinheitlicht und die bürokratischen Prozesse vereinfacht werden, damit die im Sozialgesetzbuch geregelte Fortbildungspflicht praktikabler und effizienter wird. Ohne striktere, einheitliche Regelungen für die Landesärztekammern wird dies nicht möglich sein.

Prof. Dr. med. Markus Weih, Nürnberg



Prozesse zu vereinheitlichen würde die Effizienz der Landesärztekammern steigern.

Buch-Tipps!

Expertenwissen für Betroffene



Claudia Trenkwalder

Expertenwissen: Parkinson

Trias Verlag 2025

Softcover: ISBN 9783432114224; 26,00 €

Bei diesem Ratgeber für Betroffene handelt es sich um das Werk mehrerer Autorinnen und Autoren rund um Prof. Claudia Trenkwalder. Das Buch vereint umfassendes Wissen über die Erkrankung, ihre Therapien sowie Informationen zur Alltagsgestaltung. Auch Themen wie Digital Health, aktuelle Studien und Fragen der Prävention werden beleuchtet.

Für Betroffene hilfreich sind die detaillierten Erklärungen der motorischen und nicht motorischen Symptome, ihrer Entstehungsmechanismen sowie ihre Einordnung in den Krankheitsverlauf. Die Ausführungen werden durch Bildmaterial und Grafiken ergänzt. Informationen zu diagnostischen Methoden sowie genetischen oder Umwelteinflüssen sind gut nachvollziehbar dargestellt. Bemerkenswert ist – wie auch in den folgenden Kapiteln – der ausführliche Verweis auf Studienergebnisse.

Der Abschnitt über die Vielfalt atypischer Parkinsonsyndrome mit tabellarischer Auflistung wird für einen Großteil der Lesenden herausfordernd sein. Dasselbe gilt für ein am Ende eingefügtes Kapitel zum aktuellen Forschungsstand mit Details zu Antikörper- oder Stammzelltherapien.

Im Therapieeile werden verfügbare medikamentöse Behandlungen und ihre Besonderheiten ausführlich vorgestellt. Sämtliche Pumpensysteme für die dopaminerge Therapie werden erläutert. Der tiefen Hirnstimula-

tion ist ein eigenes Kapitel gewidmet. Leider fehlt für diese Therapieansätze der fortgeschrittenen Erkrankung Bildmaterial, was die Anschaulichkeit verbessert hätte. Hier wird eine Chance – auch zum Abbau von Vorbehalten – vertan.

Der Ratgeber geht ausführlich auf die Methoden der Bewegungs- und Stimmtherapien ein und hebt den Stellenwert von Sport und Bewegung wiederholt hervor. Verschiedene Therapieverfahren – auch nicht erstattungsfähige Ansätze wie Tanz- und Atemtherapie – werden vorgestellt und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit auf die Krankheitssymptome bewertet. Diese werden durch eine Fotostrecke mit Übungen veranschaulicht – quasi als Grundlage für ein Eigenübungsprogramm. Bedauerlich und nicht nachvollziehbar ist, dass die Behandlung der häufig vorhandenen kognitiven Symptome mittels ergotherapeutisch angeleiteten Hirnleistungstraining nicht aufgeführt wird.

Der Abschnitt zur Ernährung ist ebenfalls mit einer Fotostrecke versehen. Die Studienlage bezüglich bestimmter Ernährungsinhalte wird abgebildet und auch Fastentechniken werden kommentiert. Die Empfehlungen bleiben, genauso wie die Datenlage, leider vage. Der Umgang mit Schluckstörungen, verminderter Peristaltik, Obstipation und hochfrequenter Tabletteneinnahme – Probleme, die in fortgeschrittenen Krankheitsstadien häufig die Nahrungsaufnahme und Lebensqualität begrenzen – werden unzureichend thematisiert. Es bleibt die Chance ungenutzt, Fragen zu beantworten, die Patientinnen und Patienten oft beschäftigen.

Die Kapitel, die sich der Alltagsgestaltung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern mit Parkinsonerkrankung sowie den digitalen Gesundheitsanwendungen zuwenden, bleiben bezüglich des Nutzens für die Lesenden leider oberflächlich. Praktische Hinweise zum Schwerbehindertenausweis, zur Rentenberatung oder zu Mobilitätshilfen fehlen sogar ganz. Spätestens jedoch bei den Tipps für das Reisen wird der Text zum Ärgernis: Wellnesshotels und Kreuzfahrten werden diskutiert und der – selbst betroffene – Autor des Abschnitts schreckt auch nicht vor der Bewerbung eines physiotherapeutischen Angebots zurück. An dieser Stelle wäre ein sorgfältiger Lektorat wünschenswert gewesen, ebenso bei der Gestaltung der Liste mit Literatur und Links im Anhang, in der ein einziger, funktionsloser QR-Code zu finden ist.

Zusammenfassend hinterlässt die Lektüre den Eindruck, dass ein hoher Anspruch an vielen Stellen nicht eingehalten werden

konnte. Die Zielgruppe des Buches sind klar Patientinnen und Patienten in einem frühen Stadium der Parkinsonerkrankung mit höherem Bildungsabschluss. Diesen Personen sind alle Informationen rund um Symptomatik, Diagnostik sowie medikamentöse Therapie uneingeschränkt zu empfehlen. Hier wird der Ratgeber seinem Titel „Expertenwissen“ gerecht. Für Parkinsonerkrankte mit geringerem Bildungsniveau oder Sprachbarriere, sowie für Betroffene in fortgeschrittenen Krankheitsstadien ist dieses Buch allenfalls eingeschränkt geeignet.

Dr. med. Gabriele Brasse, Berlin-Spandau

Schlafmedizin verstehen



Peter H, Penzel T., Peter JH, Peter JG (Hrsg.)

Enzyklopädie der Schlafmedizin

Springer Verlag 2025

Hardcover: ISBN 978-3-662-65184-1; 179,99 €

Der Titel fasst Wissen um Grundlagen, Diagnostik und die effiziente Behandlung von Schlafstörungen und schlafmedizinischen Erkrankungen zusammen. Die Beiträge zu den zentralen Themen wurden aktualisiert und durch über 650 kurze Definitionen weiterer Begriffe ergänzt. Häufige symptomatische Schlafstörungen unter anderem in Psychiatrie, Neurologie, Innerer Medizin, HNO-Heilkunde, Dermatologie, Zahnheilkunde, Gynäkologie und Geburtshilfe sind im Kontext der Grunderkrankungen ausführlich berücksichtigt, ebenso Zusammenhänge mit Schmerz und mit dem Lebensalter, Aspekte der Prävention, der Begutachtung und der Auswirkungen auf das Arbeitsleben, sowie Wirkungen und Nebenwirkungen von häufig verordneten Medikamenten auf Wachheit und Schlaf.

red

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

BTK-Hemmer zeigt breite Wirksamkeit gegen stille MS-Progression

➔ Mit hochwirksamen krankheitsmodifizierenden Arzneien (DMT) lassen sich neue Schübe bei MS-Kranken und damit verbundene Behinderungen zwar weitgehend unterdrücken, solche Arzneien können aber wenig gegen die schubunabhängige Progression ausrichten, die sich schon früh im Krankheitsverlauf bemerkbar macht. Darauf verwies Prof. Celia Oreja-Guevara von der Klinik San Carlos in Madrid auf der ECTRIMS-Tagung in Barcelona. Als wesentlicher Treiber der schubunabhängigen Progressionen gilt die schwelende Neuroinflammation, an der auch pathogene Mikroglia beteiligt sind. Hemmstoffe der Bruton-Tyrosinkinase (BTK) können die Aktivierung pathogener Mikro-

gliazellen bremsen – solche Medikamente bieten sich daher als Ergänzung zu klassischen DMT an. Für den BTK-Hemmer Tolebrutinib liegen mittlerweile Ergebnisse mehrerer Phase-III-Studien vor. In den beiden Studien GEMINI 1 und 2 verzögerte der Wirkstoff die über sechs Monate hinweg bestätigte Behinderungsprogression bei Menschen mit schubförmiger MS um 29 % stärker als Teriflunomid.

Geprüft wurde der BTK-Hemmer zudem in der Phase-III-Studie HERCULES [Fox RJ et al. *N Engl J Med.* 2025;392:1883–92] bei MS-Kranken mit schubunabhängiger sekundär progredienter MS – für diese Patientengruppe gibt es bislang keine zugelassenen MS-

Therapeutika. An der Studie nahmen 1.131 MS-Kranke im mittleren Alter von 49 Jahren teil, der letzte Schub lag im Schnitt sieben-einhalb Jahre zurück, der mittlere EDSS-Wert betrug zu Beginn 5,5 Punkte. Zwei Drittel bekamen den BTK-Hemmer (60 mg/Tag), die übrigen Placebo. Wie Prof. Amit Bar-Or von der Universität in Philadelphia erläuterte, kam es im Laufe von mehr als zwei Jahren bei rund 23 % unter Tolebrutinib sowie 31 % unter Placebo zu einer über sechs Monate hinweg bestätigten Behinderungsprogression. Eine solche trat damit unter dem BTK-Hemmer zu 31 % seltener auf als unter dem Scheinmedikament ($p = 0,0026$). Definiert wurde die Progression als EDSS-Anstieg um mindestens 1,0 Punkte bei einem Ausgangswert unter 5,0 Punkten sowie um 0,5 Punkte bei Basiswerten ab 5,0 Punkten. Die Rate neuer oder sich vergrößernder T2-Läsionen war mit dem BTK-Hemmer zudem um 38 % geringer (im Mittel 1,8 versus 2,9). Eine auf der Tagung vorgestellte Subgruppenanalyse der HERCULES-Studie bestätigt die Überlegenheit von Tolebrutinib gegenüber Placebo: In praktisch allen Altersgruppen und weitgehend unabhängig von EDSS-Wert, Geschlecht und Krankheitsdauer wurde die Progression unter dem BTK-Hemmer ähnlich stark gebremst [Fox RJ et al. *ECTRIMS 2025, P796; Abb. 1*].

Thomas Müller

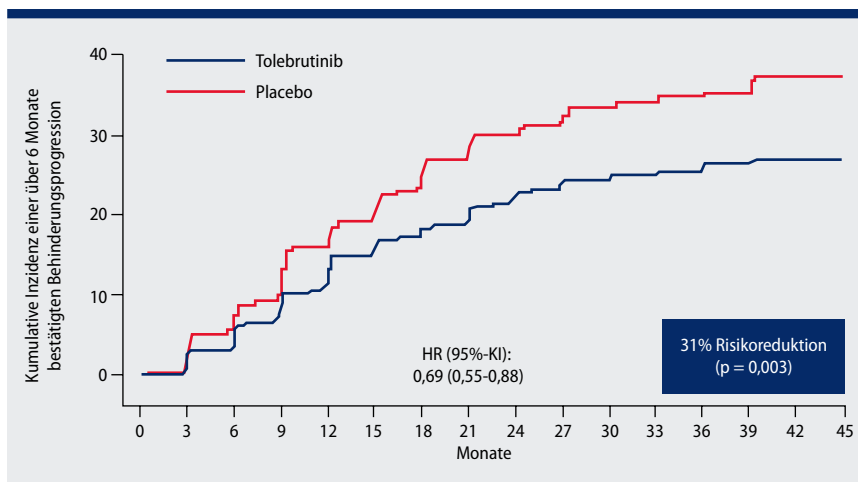


Abb. 1: Entwicklung der Behinderungsprogression unter Tolebrutinib im Vergleich zu Placebo bei nicht schubförmiger, sekundär progredienter Multipler Sklerose in der Studie HERCULES (mod. nach [Fox RJ et al. *ECTRIMS 2025, Poster P796*]).

Symposium: Navigating the New Era of Therapeutic Strategies for MS Disability Accumulation; 41. Congress of the European Committee for Treatment and Research in Multiple Sclerosis. Barcelona, 24.–26.9.2025; Veranstalter: Sanofi

Digitale Therapie bei ADHS im Erwachsenenalter

➔ Schätzungen zufolge haben 5–7 % der Kinder in Deutschland eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Oft bleibe diese bis ins Erwachsenenalter hinein bestehen, so Roberto D’Amelio, psychologischer Psychotherapeut am Universitätsklinikum des Saarlands. Etwa 4,7 % der erwachsenen Bevölkerung sind betroffen [de Zwaan M et al. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2012;262(1):79–86]. Hauptsymptome sind neben der Aufmerksamkeitsstörung auch Impulsivität und emotio-

nale Dysregulation: „Betroffene leiden oft unter Chaos und Desorganisation im Alltag, geringer Selbststeuerung und Rückzugsverhalten“, berichtete D’Amelio. Wer sich in Therapie begibt, bekomme nicht unbedingt die benötigte Hilfe: Die Sitzungen fänden oft nur einmal wöchentlich statt, was für eine dauerhafte Veränderung nicht ausreiche. Zudem fehle es manchen Betroffenen an Umsetzungskraft. D’Amelio sieht deshalb einen Bedarf an „alltagsbegleitender, niederschwelliger Unterstützung“.

Diesen Bedarf soll attaxis®, eine individualisierte digitale Therapie, decken. Die Anwendung bietet psychoedukative Inhalte, Übungen und strukturierende Elemente, die wie digitale Therapiesprache aufgebaut sind. Planungsfunktionen, Routinen und Reflexionen sollen helfen, Alltagskompetenzen einzuüben. Im August 2025 wurde das Programm dauerhaft in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte aufgenommen. Die

Wirksamkeit wurde in einer kürzlich abgeschlossenen, noch nicht publizierten randomisiert-kontrollierten Studie mit 337 Erwachsenen untersucht [NCT06221930]. Nach drei Monaten sank die ADHS-Symptomschwere, erhoben anhand des Screening-Tests mit Selbstbeurteilungs-Skala für Erwachsene (V1.1 ASRS v1.1), in der Interventionsgruppe im Mittel um fünf Punkte mehr als unter „treatment as usual“ allein ($p < 0,001$; Cohen's $d = 0,85$). Auch sekundäre Endpunkte besserten sich signifikant, darunter das soziale und berufliche Funktionsniveau (WSAS), depressive Symptome

(PHQ-9) und das Selbstwertgefühl (RSES). Viele Effekte blieben im sechsmonatigen Follow-up stabil.

Klassische Sitzungen würden durch die DiGA allerdings nicht ersetzt, betonte D'Amelio: „Digitale Therapie ist kein Ersatz, sondern ein wirkungsvolles Bindeglied zwischen den Sitzungen.“ Jedoch ließen sich durch die DiGA Wartezeiten überbrücken.

Romy König

Veranstaltung: „ADHS eXperience – die ADHS-Therapie im Wandel“, 16.5.2025, Iserlohn; Veranstalter: Medice

Vier-Jahres-Daten bestätigen anhaltende Wirksamkeit von Cladribin-Tabletten bei MS

➔ Vier Jahre nach Beginn einer Therapie mit Cladribin-Tabletten zeigen rund 80 % der MS-Kranken keine neue Krankheitsaktivität und knapp 90 % keine schubunabhängige Progression. Auch die Kognition bleibt nach Resultaten zweier Phase-IV-Studien ähnlich oft stabil oder verbessert sich.

Eine Immunrekonstitutionstherapie (IRT) bietet Menschen mit MS viele Vorteile: Sie benötigen keine kontinuierliche Behandlung und auch keine andauernde Immunsuppression. So reichen bei Cladribin-Tabletten (Mavenclad®) zwei kurze Therapiezyklen im Abstand von einem Jahr, um eine schubförmige MS langfristig zu kontrollieren. Darauf verwies Prof. Jai Perumal, Weill Cornell Medicine, New York. Bei einer IRT mit Cladribin sei zudem der Aufwand fürs Monitoring gering, die Therapie sei daher gut für Erwachsene mit hochaktiver MS geeignet, die beruflich sehr aktiv seien und wenig Zeit für die Behandlung und Kontrolluntersuchungen aufbringen wollten, erläuterte die Neurologin auf derECTRIMS-Tagung in Barcelona. Praxisdaten bestätigten für das Präparat eine gute Adhärenz, geringe Switch-Raten und hohe Therapiezufriedenheit.

Für die anhaltende Wirksamkeit sprechen zudem Vier-Jahres-Daten der offenen Phase-IV-Studie MAGNIFY MS. Darin erhielten 270 Menschen mit hochaktiver schubförmiger MS die IRT mit Cladribin. Wie Perumal erläuterte, ging die Läsionslast bereits zwei Monate nach Therapiebeginn zurück. Nach vier Jahren – also drei Jahre nach dem letzten Therapiezyklus – hatten 83 % keine

gadoliniumanreichernden Läsionen, 67 % keine aktiven T2-Läsionen und 79 % zeigten keine weitere Krankheitsaktivität nach NE-DA-3-Kriterien. Weitere Analysen ergaben nach vier Jahren eine Dominanz naiver B-Zellen sowie anhaltend reduzierte Werte von Plasmazellen, Gedächtnis-B-Zellen und Neurodegenerationsmarkern wie NFL. Zudem verschwanden die oligoklonalen Banden bei einigen MS-Kranken komplett. Für Prof. Gavin Giovannoni, Queen-Mary-Universität London, ist dies ein Hinweis darauf, dass Cladribin nicht nur die peripher getriggerte Neuroinflammation dämpft, sondern auch kompartimentalisierte Entzündungsprozesse im Gehirn erreicht, die als Treiber der schubunabhängigen Progression gelten. Tatsächlich fand sich in MAGNIFY MS nur bei rund 29 % der Untersuchten im Therapieverlauf die bei MS typischerweise beschleunigte Hirnatrophie. Unter solchen mit normalem Hirnvolumenverlust wiesen 75 % keine Verschlechterung im EDSS-Wert auf.

Eine gepoolte Analyse von MAGNIFY MS und CLARIFY MS ergab nach vier Jahren mit Cladribin bei nur knapp 11 % eine schubunabhängige Progression, und zwar unabhängig von der Vortherapie. Beide Studien ergaben zudem einen günstigen Verlauf der Kognition: Wiederum nach vier Jahren hatte sich diese bei jeweils 88 % und 78 % stabilisiert oder verbessert. **Thomas Müller**

Satellitensymposium: „Breaking the MS barrier: moving toward optimal disease control“; 41.ECTRIMS, Barcelona, 24.–26.9.2025; Veranstalter: Merck

Donanemab gegen frühe Alzheimerkrankheit zugelassen

Die EU-Kommission hat den monoklonalen Antikörper Donanemab zugelassen für Erwachsene mit einer leichten kognitiven Störung oder leichten Demenz infolge der Alzheimerkrankheit (frühe symptomatische Alzheimerkrankheit), bei denen es sich um heterozygote ApoE-ε4-Träger oder -Nichtträger handelt und eine Amyloidpathologie bestätigt wurde. Die Zulassung basiert primär auf den Ergebnissen der Studie TRAILBLAZER-ALZ 2 [Sims JR et al. JAMA. 2023;330(6):512–27], in der gezeigt werden konnte, dass Donanemab den kognitiven und funktionellen Abbau klinisch relevant verlangsamt. Gemessen wurde die Wirksamkeit im iADRS, einer integrierten und validierten Skala zur Erfassung von Kognition und Alltagsfunktion. In der Gesamtpopulation der heterozygoten ApoE-ε4-Träger und -Nichtträger ergab sich über 18 Monate eine Verlangsamung von 20 % unter Donanemab versus Placebo. In der Population mit geringer bis mittlerer Tau-Last im PET-Scan, die auf ein frühes neuropathologisches Stadium hindeutet, lag die Verlangsamung sogar bei 34 %. Zu den häufigsten Nebenwirkungen zählten Kopfschmerzen (14,6 % vs. 10 % unter Placebo) und amyloidbedingte Bildgebungsanomalien (ARIA). Träger von einer oder zwei Kopien des ApoE4-Gens hatten ein erhöhtes Risiko, ARIA zu entwickeln. ARIA mit Ödem traten bei 20,6 % unter Donanemab versus 1,8 % unter Placebo auf, ARIA mit Häm siderinablagerungen bei 27,4 % beziehungsweise 12,2 %. Der häufigste Grund für einen nebenwirkungsbedingten Abbruch der Behandlung unter Donanemab waren Infusionsreaktionen (3,5 %). **red**

Nach Informationen von Lilly

Tegomilfumarat gegen MS auf den Markt gebracht

Neuraxpharm hat Tegomilfumarat (Riulvy®) in Deutschland auf den Markt gebracht. Das orale Fumarat ist für die Behandlung der schubförmig remittierenden Multiplen Sklerose bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 13 Jahren indiziert. Laut Hersteller bietet das Präparat eine vergleichbare Wirksamkeit wie bestehende Fumarattherapien, verfügt jedoch über ein günstiges gastrointestinales Verträglichkeitsprofil [Fonseca M et al.ECTRIMS 2025, Poster]. **red**

Nach Informationen von Neuraxpharm

MS: Langzeitdaten bestätigen Wirksamkeit und Sicherheit von Ofatumumab

➔ Auf dem diesjährigen ECTRIMS-Kongress wurden Sieben-Jahres-Daten zur Wirksamkeit und Sicherheit des Anti-CD20-Antikörpers Ofatumumab in der Behandlung früher schubförmiger MS vorgestellt. „Die neuen Daten unterstreichen, wie wichtig es ist,

hochwirksame Therapien bei schubförmiger Multipler Sklerose (MS) früh einzusetzen, und bestätigen das bekannte Sicherheits- und Nutzen-Risiko-Profil von Ofatumumab in der Erstlinientherapie“, erklärte Prof. Benjamin Knier, Neurologie, Diakonie-Klini-

kum Schwäbisch Hall. ALITHIOS [Hauser S et al. ECTRIMS 2025; Poster P804] ist eine offene Nachbeobachtungsstudie der randomisiert kontrollierten Studien ASCLEPIOS I und II, APLIOS und APOLITOS, in denen sich Ofatumumab gegenüber Placebo und Teriflunomid als wirksam erwiesen hatte.

Die Wirksamkeitspopulation von ALITHIOS umfasste 1.367 Personen aus ASCLEPIOS I und II. Davon hatten 690 von Anfang an Ofatumumab erhalten (OMB-OMB) und bei 677 war die anfängliche Behandlung mit Teriflunomid später ereignisgesteuert auf Ofatumumab umgestellt worden (TER-OMB). In den ersten zwei Jahren war die Schubrate in der OMB-OMB-Gruppe signifikant niedriger als in der TER-OMB-Gruppe ($p < 0,0001$). Danach bewegte sie sich in beiden Gruppen auf niedrigem Niveau.

Die aktuelle Auswertung von ALITHIOS ergab in Übereinstimmung mit früheren Analysen, dass in neun von zehn Fällen unter Ofatumumab keine Krankheitsaktivität nachweisbar war, die NEDA-3-Kriterien wurden erfüllt. Das traf sowohl auf OMB-OMB- als auch auf die TER-OMB-Gruppe zu (Abb. 1).

Dr. Thomas M. Heim

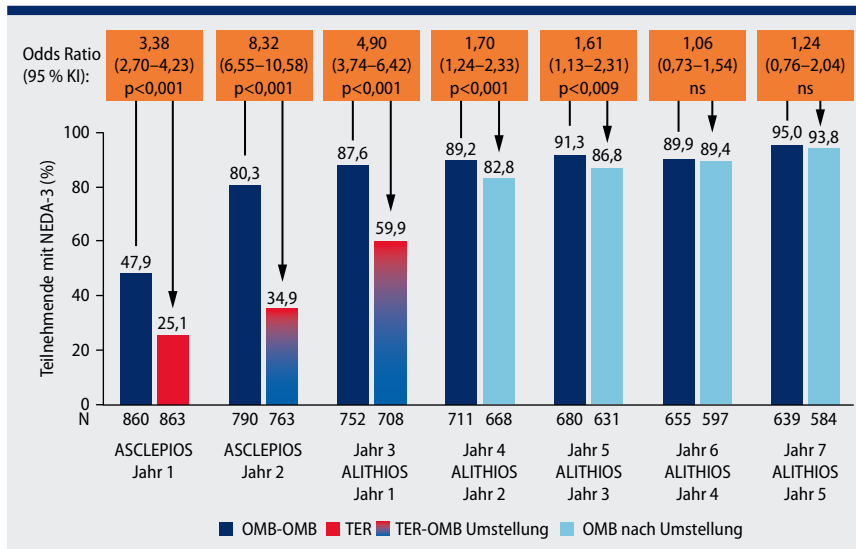


Abb. 1: Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen keine Krankheitsaktivität nach NEDA-3-Kriterien nachweisbar war. Vergleich der über den gesamten Zeitraum mit Ofatumumab Behandelten (OMB-OMB) versus Teriflunomid zu Beginn, gefolgt von ereignisgesteuerter Umstellung auf Ofatumumab (TER-OMB) [Hauser S et al. ECTRIMS 2025; Poster P804].

Virtuelles Post-ECTRIMS-Pressegespräch „Die Evolution der MS im Blick behalten – der Krankheitsprogression zuvorkommen“, 9.10.2025; Veranstalter: Novartis

Atogepant auch nach Versagen konventioneller Migränearzneien wirksam

➔ Das zur Migräneprophylaxe bei Erwachsenen zugelassene oral einzunehmende Medikament Atogepant (Aquipta®) ist in Deutschland der einzige verfügbare CGRP (Calcitonin Gene-Related Peptide)-Rezeptor-antagonist zur einmal täglichen Gabe. In der Phase-IIIb-Studie ELEVATE reduzierte er die mittlere Zahl der monatlichen Migränetage nach Versagen konventioneller Migräneprophylaktika (Betablocker, Flunarizin, Valproat, Topiramate oder Amitriptylin) um 4,2 Tage gegenüber einem Rückgang um 1,9 Tage im Placeboarm ($p < 0,0001$) [Tassorelli C et al. Lancet Neurol. 2024;23:382–92]. „Steady State-Spiegel von Atogepant werden bereits nach drei Tagen erreicht – und drei Tage nach Absetzen ist das Medika-

ment auch wieder aus dem Körper“, erläuterte Prof. Dagny Holle-Lee, Westdeutsches Kopfschmerzszentrum Essen. Letzteres sei bei einer geplanten Schwangerschaft ein Vorteil gegenüber CGRP-Antikörpern, die fünf bis sechs Monate vorher abgesetzt werden müssen. Ein unter Atogepant einsetzender Gewichtsverlust werde von vielen Betroffenen positiv bewertet. Die häufige Nebenwirkung sei nicht durch Übelkeit bedingt, sondern vermutlich ein davon unabhängiger Effekt.

Hinsichtlich des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebots richte sich die Therapieauswahl nicht nur nach bloßen Kostenaspekten. Es gehe vielmehr darum, sich die infrage kommenden Optionen zu vergegenwärti-

gen, betonte Dr. Jörn Grotjahn, Fachanwalt für Medizinrecht, Berlin. Unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts müsse die Therapie ausreichend sein, um in der konkreten Situation zu helfen. Werde dazu trotz kostengünstiger Alternativen ein hochpreisiges Medikament verordnet, seien Mehrkosten zu begründen. „Dokumentieren Sie patientenindividuell, indem Sie auf den konkreten Fall eingehen. Und dokumentieren Sie vollständig und stets unmittelbar nach der Behandlung, um nicht später Ihre Gründe rekonstruieren zu müssen“, riet Grotjahn. Dr. Matthias Herrmann

Virtuelle Veranstaltung „Migräne im Griff – Innovation in der Migräneprophylaxe mit Aquipta® (Atogepant)“, 24.9.2025; Veranstalter: AbbVie

Bei MS-Therapie Lebensplanung einbeziehen

➔ Zur Therapie der schubförmig-remittierenden Multiplen Sklerose (MS) stehen viele Optionen zur Verfügung. Bei der Auswahl sollten Wirksamkeit, Sicherheit und individuelle Umstände bedacht werden. Der Immunmodulator Glatirameracetat (GA, z.B. Copaxone®) kann bei therapienaiven Betroffenen mit günstigem Prognoseprofil ebenso eingesetzt werden wie bei älteren Menschen, solchen mit Komorbiditäten und Frauen mit Kinderwunsch.

„Die immunmodulierende Therapie ist ein Marathon, kein Sprint – und verlangt von Beginn an eine sorgfältige Abwägung zwischen Wirksamkeit und Sicherheit“, betonte Prof. Mathias Buttmann, Klinik für Neurologie, Caritas-Krankenhaus Bad Mergentheim. Für den Therapieeinstieg mit GA kommen laut DGN-Leitlinie vor allem Erkrankte mit klinischen Charakteristika infrage, die auf einen milden bis moderaten Verlauf hinweisen, wie etwa eine gute Erholung von den ersten Schüben oder das Fehlen schwerer alltagsrelevanter Defizite nach adäquater Schubtherapie. Prospektive Langzeitdaten über bis zu 27 Behandlungsjahre bezeugen ein anhaltend günstiges Sicherheitsprofil [Ford CC et al. Mult Scler. 2022;28:1729–43].

Da MS überwiegend Frauen im gebärfähigen Alter betrifft, spielt das Thema Familienplanung eine große Rolle. Dr. Daniela Rau, Gemeinschaftspraxis Ulm, betonte, dass ein Kinderwunsch von Anfang an in die Therapieentscheidung einfließen sollte. Manche MS-Medikamente müssen in dieser Situation wegen möglicher Risiken abgesetzt werden. Nach den ECTRIMS-Empfehlungen sollten bei Kinderwunsch bevorzugt GA und Interferon-Präparate verschrieben werden.

Daten zu 618 Schwangerschaften mit GA-Exposition in allen Trimestern zeigten keine Auffälligkeiten im Schwangerschaftsverlauf im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung [Kaplan S et al. Eur J Neurol. 2023;30:3890–5]. Auch während der Stillzeit kann die Behandlung fortgesetzt werden. In der COBRA-Studie hatten Kinder, deren Mütter unter GA weiterstillten, in den ersten 18 Lebensmonaten kein erhöhtes Risiko für Infektionen oder Entwicklungsstörungen [Ciplea AI et al. Mult Scler. 2022;28:1641–50].

Dr. med. univ. Jennifer Strohacker

Pressegespräch „Therapiemanagement bei MS: Weichenstellungen für den Langzeiterfolg“, online, 22.9.2025; Veranstalter: Teva

Alzheimer oft immer noch zu spät diagnostiziert

➔ Die frühe Diagnose der Alzheimerdemenz (AD) ist essenziell, um rechtzeitig wirksame Therapiemaßnahmen ergreifen zu können. Auch gibt sie Betroffenen die Möglichkeit, vorausplanen und ihnen wichtige Vorhaben noch realisieren zu können. Die erste Hürde sei jedoch bereits in der Stigmatisierung der Erkrankung zu sehen, wenn Menschen erste Anzeichen einer Gedächtnisstörung bemerken – sich aber davor scheuen, ihren Arzt oder ihre Ärztin darauf anzusprechen. „Wir müssen deshalb den Dialog fördern und offen über solche Beschwerden reden“, betonte Prof. Sebastiaan Engelborghs, Abteilung für Neurologie am Universitair Ziekenhuis, Brüssel, Belgien. „Die Diagnose der AD wird immer noch zu spät gestellt – teilweise sogar erst im Spätstadium“, bestätigte Dr. Juan Fortea, Abteilung für Neurologie, Hospital de la

Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, Spanien. Unter den Verfahren zur Bestimmung von Biomarkern sei die nur selten durchgeführte Amyloid-Positronenemissionstomografie mit hohen Kosten verbunden. Die Liquordiagnostik sei – neben den hohen Kosten – auch aufgrund ihrer Invasivität nur eingeschränkt nutzbar. Bei den meisten Personen mit Verdacht auf AD werde die Diagnose deshalb rein klinisch gestellt. Mit einfach zu messenden und kosteneffizienten blutbasierten Biomarkern wie Amyloid-beta und den Tau-Proteinen werde sich die Situation in den nächsten Jahren jedoch fundamental ändern, sobald ihr Einsatz vermehrt auch in der Primärversorgung erfolge.

Dr. Matthias Herrmann

Webinar „Breaking Barriers to Early Detection and Diagnosis of Alzheimer's Disease“, 23.9.2025; Veranstalter: Eli Lilly

Zuranolon gegen postpartale Depression zugelassen

Die Europäische Kommission hat Zuranolon (Zurzuva[™]) zur Behandlung der postpartalen Depression bei Erwachsenen nach der Entbindung erteilt. Die über zwei Wochen einmal täglich einzunehmende orale Arznei ist die erste und bisher einzige Behandlungsmöglichkeit bei postpartaler Depression in der EU. Die Zulassung basiert auf der Studie SKY-LARK [Deligiannidis KM et al. Am J Psychiatry. 2023;180(9):668–75]. Darin erreichte das Medikament den primären Endpunkt, nämlich eine signifikante mittlere Reduktion vom Ausgangswert am 15. Tag auf der 17-Punkte umfassenden Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D-17), im Vergleich zu Placebo. Alle wichtigen sekundären Endpunkte wurden ebenfalls erreicht. Im Vergleich zu Placebo war bereits am dritten Tag eine signifikante Verringerung der depressiven Symptome zu beobachten, die bis zum 45. Tag anhielt. Die am häufigsten berichteten Nebenwirkungen (≥ 5 %), die in der mit Zuranolon 50 mg behandelten Gruppe häufiger berichtet wurden als in der Placebogruppe, waren Somnolenz, Schwindel und Sedierung.

Postpartale Depressionen sind eine der Hauptursachen für Müttersterblichkeit in Europa und gehören zu den häufigsten Erkrankungen im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft. **red**

Nach Informationen von Biogen

Natalizumab jetzt auch zur Selbstinjektion bei MS

Die Europäische Arzneimittelagentur hat Natalizumab (Tysabri®) für die subkutane Selbstinjektion bei Menschen mit hochaktiver, schubförmig remittierender Multipler Sklerose zugelassen. Dadurch kann der Wirkstoff von den Betroffenen nun auch eigenständig von zuhause aus appliziert werden. Die Dosis der neuen Selbstinjektion beträgt weiterhin 300 mg und wird in Form von zwei vorgefüllten 150-mg-Spritzen alle vier Wochen appliziert. Für die Selbstinjektion müssen Erkrankte zuvor mindestens sechs Verabreichungen von Natalizumab (intravenös oder subcutan) vertragen haben, darunter zwei unter der Aufsicht von medizinischem Betreuungspersonal selbstverabreichte Dosen. **red**

Nach Informationen von Biogen

Journal



Die Psychiatrie-Enquête
veränderte den Umgang mit
geistigen Erkrankungen.

© Solarisys / stockadobe.com

Wie die Psychiatrie-Enquête die Versorgung revolutionierte

Und was wir 50 Jahre später daraus lernen können

Als die Psychiatrie-Enquête im Jahr 1975 veröffentlicht wurde, brachte sie einen Wandel auf den Weg, der den Umgang mit psychisch Erkrankten grundlegend verändern sollte. Im Jahr 2025 stellt sich die Frage, was von den Reformen geblieben ist und welche Veränderungen die moderne Psychiatrie noch braucht.

Anfang der 1970er-Jahre beschrieb ein Gutachter die Zustände in einer westdeutschen psychiatrischen Anstalt mit den Worten: „Wenn Sie sich hier umsehen, dann sehen Sie, dass die Menschen keine Menschen mehr sind.“ Überfüllte Schlafsäle, Patientinnen und Patienten in einheitlichen Kitteln ohne persönliche Kleidung, Fixierungen als Alltag – damals vielerorts Realität.

Vor genau 50 Jahren, im Jahr 1975, legte der Deutsche Bundestag den Abschlussbericht einer Untersuchung vor, die für die Psychiatrie in Deutschland einen Wendepunkt bedeutete: die Psychiatrie-Enquête. Ihr nüchtern klingender Titel täuscht – denn was darin dokumentiert wurde, war ein Skandal von historischem Ausmaß. Die Enquête, das Ergebnis einer aufwändigen Erhebung, markierte den Beginn einer weltweiten, tiefgreifenden Reformbewegung: weg von der Verwahrung Erkrankter, hin zu gemeindenaher und menschenwürdiger Versorgung.

Für viele Jüngere ist die Enquête nur noch ein Begriff aus dem Psychiatrie-Block des Studiums. Für die Versorgungspraxis aber war und ist sie ein zentraler Referenzpunkt. Was wurde erreicht – und was blieb auf der Strecke? Was kann aus der damaligen Aufbruchsstimmung für die heutige Arbeit mitgenommen werden? Nach 50 Jahren lohnt

ein Blick zurück – nicht aus Nostalgie, sondern als Auftrag.

Missstände untersuchen, Wandel einfordern

Die Psychiatrie in Deutschland – schwer belastet durch die „Aktion T4“ im Nationalsozialismus – befand sich in den 1960er- und frühen 1970er-Jahren in einer Krise. Noch immer prägten große Landes- und Bezirksanstalten, sogenannte Heil- und Pflegeanstalten das Bild. Ursprünglich durchaus aus humanistischen Psychiatriereformen entstanden, mit teils über tausend Patientinnen und Patienten. Die Gebäude waren trotz Verbreitung der Antipsychotika chronisch überfüllt, renovierungsbedürftig und ihre Struktur nicht weiterentwickelt worden, sodass sie eher auf Verwahrung als auf Behandlung ausgelegt blieben. Therapeutische Angebote waren rar, die personelle Ausstattung katastrophal. Viele Patientinnen und Patienten verbrachten Jahre, oft Jahrzehnte in diesen Einrichtungen, abgeschnitten von Familie, Gesellschaft und größtenteils auch medizinischem Fortschritt.

Die Missstände waren nicht neu, aber sie wurden zunehmend unübersehbar. Sozialwissenschaftliche Studien, journalistische Reportagen und erste Gutachten machten deutlich, dass es sich nicht um Einzelfälle handelte, sondern um ein strukturelles Problem. Während in der

somatischen Medizin die moderne Versorgung Einzug hielt, blieb die Psychiatrie, vor allem die Sozialpsychiatrie, zurück – in ihrer Finanzierung, ihrer gesellschaftlichen Wahrnehmung und in ihrem Selbstverständnis. Gleichzeitig wuchs der Reformdruck durch die antipsychiatrische Bewegung, neue psychotherapeutische Ansätze und eine gesellschaftliche Sensibilisierung für die Rechte von Patientinnen und Patienten.

Strukturelle Defizite aufgezeigt

Im Jahr 1971 setzte der Bundestagsausschuss für Gesundheitswesen eine Sachverständigenkommission ein, die den Auftrag erhielt, die psychiatrische Versorgung umfassend zu analysieren und Reformempfehlungen zu erarbeiten. Die Leitung übernahm der Psychiater Prof. Caspar Kulenkampff. Maßgeblich beteiligt waren Persönlichkeiten wie Prof. Klaus Dörner, Prof. Gerd Huber, Prof. Heinz Häfner und Dr. Dietrich Stolz. Insgesamt waren über 200 Mitarbeitende beteiligt und visitierten zahlreiche Kliniken. Eingebunden waren außerdem Vertretende der Wohlfahrtsverbände, der Diakonie, des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Juristen und Juristinnen, Patientenorganisationen und Mitarbeitende aus Landeskrankenhäusern. Die Zusammensetzung der Kommission machte deutlich: Psychiatrie wurde nicht länger nur als

medizinische Fachfrage betrachtet, sondern als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Ihr Abschlussbericht umfasste 432 Seiten – und ließ an Deutlichkeit nichts vermissen. Er diagnostizierte gravierende strukturelle Defizite: Überfüllung und Verwahrung in Großanstalten, zu wenig therapeutische Angebote und mangelnde Einbindung in das allgemeine Gesundheitswesen.

Die Empfehlungen der Kommission waren ebenso klar wie visionär: Abbau der großen Anstalten, Aufbau einer gemeindenahen, dezentralen Versorgung mit Tageskliniken, sozialpsychiatrischen Diensten, betreutem Wohnen und Rehabilitationsangeboten. Der Bericht formulierte: *„Die stationäre Versorgung psychisch Kranker und Behinderter muss grundsätzlich ein Teil der Gesamtmedizin sein. Ihre Gesamtversorgung ist in das bestehende System der allgemeinen Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsfürsorge einzugliedern.“*

Reformen – auch für das Selbstverständnis

Die Psychiatrie-Enquête wirkte wie ein Startsignal. In den folgenden Jahrzehnten vollzog sich ein tiefgreifender Umbau der psychiatrischen Versorgung. Landesgesetze, Krankenhauspläne und Modellprojekte griffen die Empfehlungen auf. Besonders prägend war der Aufbau gemeindenaher Strukturen: Tageskliniken, Ambulanzen, sozialpsychiatrische Dienste und ambulant betreute Wohnformen entstanden vielerorts – wenn auch nicht überall gleich schnell. Die „totale Institution“ der Großanstalt verlor ihr Monopol. Diese Entwicklung war jedoch nicht spezifisch für Deutschland, sondern lässt sich weltweit verfolgen. In Europa war Italien Vorreiter.

Gleichzeitig veränderte sich das Selbstverständnis der Psychiatrie. Weg von der bloßen Verwahrung, hin zu einer humanistisch-therapeutischen Medizin, die auf Integration und Teilhabe zielt. Die Idee, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen ein Recht auf ein Leben mitten in der Gesellschaft haben, wurde zum Leitmotiv. Damit verbunden war auch ein Kulturwandel: Würde und Autonomie der Patientinnen und Patienten gewannen an Gewicht, paternalistische Strukturen traten zurück.

Die Enquête gab entscheidende Impulse für die Interdisziplinarität: Sozialarbeiterinnen und -arbeiter, Psychologinnen und Psychologen, Pflegekräfte und später auch Ergotherapeutinnen und -therapeuten sowie Genesungsbegleitpersonen wurden Bestandteil der Versorgung. Der ärztliche Blick blieb wichtig, wurde aber durch vielfältige Perspektiven ergänzt.

Schließlich führte die Reform zu einem Wandel im öffentlichen Bewusstsein. Psychische Erkrankungen wurden sichtbarer, Stigmatisierung nicht überwunden, aber abgeschwächt. Das Bild der Psychiatrie als „Ort des Vergessens“ wich der Vorstellung einer spezialisierten, modernen und offenen Medizin.

Stigmatisierung der Betroffenen

So viel die Psychiatrie-Enquête in Bewegung setzte – sie löste nicht alle Probleme. Der Übergang von der anstaltszentrierten zur gemeindenahen Versorgung blieb uneinheitlich. Die stationäre Versorgung verschob sich von großen Fachkrankenhäusern hin zu kleineren, regionalen Einheiten, doch die Erwachsenenpsychiatrie verfügt noch über 57.000 Betten. Damit bleibt die Psychiatrie das drittgrößte klinische Fach nach der Inneren Medizin und Chirurgie. Wird die Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie hinzugezählt, ergeben sich 74.000 Betten. Daran wird sich nichts ändern, denn die Psychiatrie ist von der Krankenhausreform ausgenommen. Auffällig hinsichtlich Klinikbetten ist auch, dass von weiterer Ambulantisierung nicht die Rede ist: Während die Psychosomatik seit dem Jahr 2000 um fast 9.000 Betten wuchs und die Erwachsenenpsychiatrie moderat zulegte, wurden ausgerechnet in der Kinder- und Jugendpsychiatrie 1.100 Betten abgebaut.

Hinzu kommt eine ungleiche, regionale Versorgung. Forschungsdaten zeigen erhebliche Disparitäten: Während in manchen Regionen ein dichtes Netz aus sozialpsychiatrischen Diensten, Institutsambulanzen und betreuten Wohnangeboten existiert, bestehen andernorts nach wie vor gravierende Lücken. Patientinnen und Patienten erleben dies als „Postleitzahlen-Lotterie“ – der Zugang zu Hilfe hängt stärker vom Wohnort ab als vom tatsächlichen Bedarf.

Ein weiteres Kernproblem ist die Unterfinanzierung: Viele Empfehlungen der Enquête wurden konzeptionell übernommen, aber nie ausreichend mit Ressourcen hinterlegt. Überlastete Stationen, Personalmangel und Kapazitätsengpässe in der ambulanten Versorgung prägen den Alltag bis heute. Modellprogramme und Innovationsfonds haben punktuell Verbesserungen gebracht, doch ein strukturell gesicherter Ausbau steht vielerorts noch aus.

Auch die Schnittstellenprobleme sind ungelöst. Brüche zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, zwischen Psychiatrie und somatischer Medizin sowie zwischen Gesundheits- und Sozialwesen führen zu Reibungsverlusten. Patientinnen und Patienten erleben so einen „Drehtüreffekt“: wiederholte Krisenaufnahmen und Entlassungen ohne stabile Nachsorge. Glücklicherweise haben sich Krisendienste etabliert und die Nummer 113 wird Notfalldienste ergänzen.

Der letzte wirkliche Entwicklungsschritt war die ambulante Komplexversorgung nach der G-BA-Richtlinie. Hier war der Berufsverband mit Pilotprojekten in Nordrhein Vorreiter und hat das Modell erfolgreich mitgestaltet. In der Zwischenzeit sind Netzwerke entstanden, in denen im KV-System auch komplexe, multiprofessionelle Fälle abgebildet werden können und die den Patientinnen und Patienten besseren Zugang zu Psychotherapie, ambulant psychiatrischer Fachpflege, Soziotherapie und Ergotherapie ermöglichen.

Ein sensibles Feld bleibt der Umgang mit Zwangsmaßnahmen im stationären Bereich. Trotz gesetzlicher Regelungen und Leitlinienempfehlungen sind Fixierungen und Unterbringungen in bestimmten Situationen unvermeidbar – ein Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge, das immer wieder neu austariert werden muss, aber auch in vielen Landesgesetzen besser geregelt ist als früher.

Gesellschaftlicher Wandel

Die Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen als „zweite Krankheit“ ist bis heute nicht überwunden. Zwar hat sich die öffentliche Wahrnehmung verändert, doch Vorurteile und Ausgrenzung sind weiterhin Realität – in der Be-

völkerung ebenso wie im Gesundheitswesen. Die Enquête hat den Weg zur Enttabuisierung geöffnet, doch der Kulturwandel ist längst nicht abgeschlossen.

Fünfundzwanzig Jahre später steht die Psychiatrie erneut an einem Scheideweg. Viele der damals formulierten Leitgedanken sind inzwischen selbstverständlich geworden. Zugleich haben sich neue Herausforderungen aufgetan, die die Psychiatrie von morgen prägen werden. Ein zentrales Stichwort ist Recovery: die Vorstellung, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht nur Symptome kontrollieren, sondern ein sinnerfülltes Leben nach eigenen Vorstellungen führen können. Damit verbunden ist der Dialog – das gleichberechtigte Gespräch zwischen Betroffenen, Angehörigen und Professionellen. Beide Ansätze haben die therapeutische Kultur verändert und stärken die Partizipation der Patientinnen und Patienten.

Auch die Digitalisierung eröffnet zusätzliche Chancen. Videobehandlungen, Online-Selbsthilfeprogramme und erste KI-gestützte Diagnostik- und Monitoring-Tools erweitern die Möglichkeiten der Versorgung. Gleichzeitig wirft sie Fragen nach Qualität, Datenschutz und gerechter Zugänglichkeit auf.

Gesellschaftlich drängen weitere Themen nach vorn: die Zunahme psychischer

Belastungen in allen Altersgruppen, der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen, die Integration von Geflüchteten und Menschen mit Migrationsgeschichte. Auch die Klimakrise und ihre psychosozialen Folgen werden die Psychiatrie künftig stärker beschäftigen.

Nicht zuletzt wird immer wieder die Frage gestellt, ob eine aktuelle, unabhängige Bestandsaufnahme notwendig ist, die die Defizite der Gegenwart eindeutig benennt und Empfehlungen für die nächsten Jahrzehnte entwickelt. Der Reformauftrag aus dem Jahr 1975 ist nicht erledigt, sondern verlangt nach Fortschreibung.

Ausblick

Die Psychiatrie-Enquête des Jahres 1975 war mehr als ein Bericht – sie war ein Aufbruchsignal. Ohne sie gäbe es viele der heutigen Strukturen nicht: sozialpsychiatrische Dienste, Tageskliniken, komplementäre Wohn- und Rehabilitationsangebote. Doch der Auftrag blieb unvollendet und musste es sicher auch bleiben. Viele der damals formulierten Reformideen prägen die Versorgung bis heute und stoßen an Grenzen, die nach wie vor spürbar sind.

Damit ist die Enquête zugleich Erinnerung und Mahnung: Erinnerung an einen historischen Wendepunkt, der eine neue Ära der Psychiatrie einleitete, und Mahnung, den

Reformprozess nicht zum Stillstand kommen zu lassen. Veränderungen sind möglich. Auch gegen Widerstände und in komplexen Systemen.

Wie die Psychiatrie im Jahr 2075 aussehen wird, ist offen. Ob es eine zweite Enquête braucht, ist eine Frage, die immer wieder gestellt wird. Klar ist jedoch: Das Vermächtnis der Enquête besteht darin, dass psychisch erkrankte Menschen nicht nur behandelt, sondern in ihrer Würde geachtet und in ihrer gesellschaftlichen Teilhabe gestärkt werden. Genau dieser Auftrag bleibt bestehen – auch fünfzig Jahre später.

Herzlichen Dank an Prof. Dr. Markus Weih für das Mitwirken an diesem Manuskript.



https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/80a99fbcaed5e58ef5c0733bdf8af78f8017e3c/Psychiatrie_Enquete_WEB.pdf

AUTORIN

Dr. med. Sonja Faust

Fachärztin für Anästhesiologie
Assistenz der Schriftleitung
Wulffstraße 8, 12165 Berlin

s.faust@berufsverband-neurologen.de

Kleinanzeigen aus der Praxis

Praxisbörse

FA für **Psychiatrie und Psychotherapie** (m/w/d) für unsere psychiatrische Praxis in **Karlsfeld bei München** gesucht. Teilzeit ab fünf Stunden, tolles Team, umfangreiches Spektrum, attraktive Bedingungen. **Kontakt:** 08131 91122, psychiatrie-karlsfeld@gmx.de

Praxis für **Neurologie, Psychiatrie** abzugeben: zwei Sitze, vier Ärztinnen, harmonisches, geschultes Team. Neue Geräte inklusive Duplex, neue Software, freundliche helle Räume, behindertengerecht, Aufzug. Lage zentral in **Wiesloch bei Heidelberg**, Bushaltestelle vor der Tür. **Kontakt:** info@antje-huber.de

Ertragsstarke **Nervenarztpraxis**, in gut organisierter und strukturierter Praxisgemeinschaft mit großzügigen

gen Räumlichkeiten in **Amberg/Oberpfalz** sucht Psychiater/-in oder Doppelfacharzt/-ärztin zur Übernahme, Teilübernahme oder beliebige andere Kooperationsform. **Kontakt:** 0151 12157746; walterscharl@t-online.de

Bestens eingeführter voller oder hälftiger Praxissitz für **Psychiatrie und Psychotherapie** in bester Lage von **Kassel** in BAG mit fünf Kolleg(inn)en zum 1. April 2026 oder später abzugeben. Sehr ansprechende Räume in weitläufiger Praxisetage mit perfekter personeller und technischer Ausstattung. Der Sitz kann auch ohne Eintritt in die BAG erworben werden. **Kontakt:** a.s-p@gmx.net; 01578 4501101

Psychiatrische-psychotherapeutische Praxis in der Nähe von **Würzburg** zum nächstmöglichen Zeitpunkt abzugeben. **Kontakt:** 0152 03080302; 0931 46087260

punkt abzugeben. **Kontakt:** 0152 03080302; 0931 46087260

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 (max. 300 Zeichen mit Leerzeichen) bitte ausschließlich per E-Mail (Fax/telefonisch/Chiffre nicht möglich) an info@bvdn.de oder geben Sie sie online im Mitgliederbereich in das Kleinanzeigenformular ein: www.berufsverband-nervenaerzte.de/project/kleinanzeigen/



Einsendeschluss: 8. Januar 2026

Porzellan Manufaktur Nymphenburg

Ein Ort, an dem die Zeit noch in traditionelles Handwerk fließt

Zwischen malerischen Alleen, umgeben von Kanälen, in einem Seitengebäude des imposanten barocken Schlosses Nymphenburg in München liegt sie fast versteckt: die weltberühmte „Porzellan Manufaktur Nymphenburg“. Wer durch die Tür des Showrooms in den Laden und durch den Laden in den Garten geht, tritt ein in einen Raum, in dem sich Zeit noch dehnen kann. Sie rast nicht im 30-Sekunden-TikTok-Takt mit vielen kleinen doch ohne größeren Bogen durch den Tag, sondern entfaltet sich und schafft Platz für echte Hingabe.



© Porzellan Manufaktur Nymphenburg

Ob Tischkultur, Dekoration oder Architektur – fast alles scheint formbar und auch gewünscht. Seit dem Jahre 1747 designed und fertigt die Porzellan Manufaktur Nymphenburg in hauseigenen, traditionellen Werkstätten künstlerisch hochwertiges Porzellan.

Zur Begrüßung wird aus einem schlichten Becher aus Biskuitporzellan Wasser gereicht. Und schon bei der Berührung des außen rauen und nur innen glasierten Bechers entfaltet sich ein intensiver Moment. Auch das Wasser schmeckt aus dem kühlenden Gefäß besonders klar und erfrischend. „Es ist wie bei Wein, der aus verschiedenen Gläsern anders schmeckt“ erklärt Patricia Freimuth, Leiterin Marketing/PR der Porzellan Manufaktur Nymphenburg im Münchner Westen, im Stadtbezirk 9 Neuhausen-Nymphenburg in direkter Nachbarschaft zum dortigen Schloss, das bayerische Kurfürsten und Könige als Sommerresidenz nutzten.

Wo Wassermühlen rauschen und die Autarkie das Glück bestimmt

Seit über 270 Jahren zählen in der Porzellan Manufaktur Nymphenburg Tradition und Handarbeit mit nahezu unveränderten Bedingungen. Ein leises Rauschen begleitet den Weg durch das Gelände zu den Werkstätten. Es ist der Schlosskanal, der bis heute über eine Mühle dorthin die Energie zur Erschaffung der einzigartigen Porzellankunststücke liefert.

Die Produktion folgt einer nüchternen Leitidee: Alles wird vor Ort gemacht und bekommt die Zeit, die es für Exzellenz braucht. Die Porzellanmasse wird aus Kaolin, Quarz und Feldspat selbst gemischt, gefiltert, entlüftet – und bis zu zwei Jahre eingelagert, damit sie „sich setzen kann“. Erst danach darf sie auf die Drehscheiben. „Wir sind tatsächlich die einzigen weltweit, die ihre Porzellanmasse noch selbst herstellen“, erzählt Freimuth während der Führung durch die Werkstätten. „Und das merkt man an der Qualität – unser Porzellan ist dünner als bei jeder industriellen Fertigung.“

Das analoge Gedächtnis

Die Manufaktur besitzt ein – wiederum weltweit – einmaliges Formenarchiv: Über 200.000 Modelle von Tellern, Vasen, Figuren werden in den Kellern aufbewahrt. Selbst ein Stück, das seit 150 Jahren aus dem Sortiment verschwunden ist, kann auf Wunsch wieder erzeugt werden. Jede Gipsform kann jedoch nur etwa 20 Mal zum Einsatz kommen, dann ist sie „verbraucht“. Deren Neuanfertigung

ist aufwendig – und präzise bis ins letzte Detail. Für den Durchmesser eines Tellers muss die Schrumpfung beim Trocknen (etwa 12%) mitgedacht werden. Aus 24 Zentimetern werden 21.

Handwerk in höchster Vollendung

In der Malerei wird es dann stiller. Konzentriert hantieren die Kunsthandwerkerinnen und Kunsthandwerker an ihren Tischen, jeder Pinselstrich sitzt. Für die Details bedarf es passender Pinsel – und der jeweils richtigen Konsistenz der Farben. Auch diese werden im hauseigenen Labor fabriziert. Die Farben werden in bis zu vier Proben vorab getestet. „Ich sage dem Labor, ich brauche es etwas glänzender oder dichter – dann wird gepulvertes Glas als Flussmittel hinzugegeben“, meint eine der Künstlerinnen. Zudem werden die Farben bei unterschiedlichen Temperaturen gebrannt. Jeder Handgriff ist eine Wissenschaft für sich, die nur über jahrzehntelange Erfahrung tradiert werden kann.

Manche Mitarbeitende kreieren ihre Werkzeuge sogar selber. Um die Leistung der Belegschaft zu ehren, tragen alle Porzellankunststücke, die die Werkstätten verlassen, nicht nur das Manufakturlogo und die Blindmarke, sondern auch das persönliche Zeichen der Personen, die sie produziert haben.

Vom Porsche bis zur U-Bahndeko

Neben den berühmten Services und Tierfiguren, wie etwa dem bayerischen Löwen, ist die Porzellan Manufaktur Nymphenburg auch für individuelle Auftragsarbeiten bekannt. Ob dergleichen für Luxushotels, von Architekten, Modehäusern, Porsche- oder Haushundbesitzern angefragt werden, Nachbildungen von fast allem sind möglich: Voraussetzung sind nur der Sinn für handwerkliche Kunst, Geduld und natürlich Geld. Handgefertigte Objekte dauern – und sind aufgrund der kaum zählbaren Arbeitsstunden, die in ein Unikat fließen, von der Masseaufbereitung bis hin zur letzten Brennstunde, auch nicht eben günstig.

Die Porzellanmanufaktur arbeitet immer wieder auch mit namhaften Künstlerinnen und Künstlern zusammen, von Damien Hirst bis Olaf Nicolai, oder lässt diese ihre Werke in ihrem Hause ausfüh-



© Porzellan Manufaktur Nymphenburg

Hauptgebäude der Porzellan Manufaktur Nymphenburg

ren. Momentan entstehen beispielsweise Majolikafliesen für eine U-Bahn-Station in Chicago, USA.

Kulturelles Erbe mit Zukunft

Seit dem Jahr 2016 gehört die Porzellanmalerei offiziell zum immateriellen UNESCO-Weltkulturerbe. In einer Welt, in der Geschwindigkeit oft über Qualität und das Digitale über das Analoge siegen, ist die Porzellan Manufaktur Nymphenburg ein stiller, aber kraftvoller Gegenentwurf – und ein Ort, an dem die Zeit nicht vergeht, sondern Formen annimmt.

Mehr Informationen:

<https://www.nymphenburg.com/pages/kunstler>

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

AUTORIN

Dr. Angelika Otto

Freie Journalistin
München

angelika.s.
otto@gmail.com

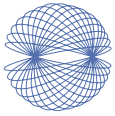


Veranstaltungen BVDN/BDN/BVDP-Landesverbände 2025/2026

Datum Ort Zeit	Landesverband Titel Themen	Anmeldung
26.11.2025 in Berlin 15:30–17:00 Uhr CityCube Berlin, Raum Paris 2	Symposium auf dem DGPPN-Kongress Effiziente Demenzfrühdagnostik und Behandlung in der Praxis	Offen für alle DGPPN-Kongressteilnehmende
28.11.2025 in Berlin CityCube Berlin	BVDP-Forum und 25. BVDP-Mitgliederversammlung Im Rahmen des DGPPN-Kongresses	Offen für alle Mitglieder
10.12.2025 online 18:00–19:30 Uhr	BDN-Mitgliederversammlung	Offen für alle Mitglieder; Zoom-Link über info@berufsverband-neurologen.de
13.12.2025 online 9:15–12:15 Uhr 7.2.2026 online 9:15–12:15 Uhr 18.3.2026 online 17:15–20:30 Uhr 25.4.2026 online 9:15–12:15 Uhr 10.6.2026 online 17:15–20:30 Uhr 27.6.2026 online 9:15–12:15 Uhr	NeuroWorkshop Neuromodulation und Celecoxib-Lösung; NMOSD: Einblicke in die Versorgungsrealität; ADHS; Highlights zur Multiplen Sklerose vom ECTRIMS 2025; Spinale Muskelatrophie. Die am jeweiligen Termin thematisierten, wechselnden Krankheitsbilder können der Anmeldeseite entnommen werden.	https://www.diaplan.de/verbaende-zns/#neurows
26.–28.2.2026 in Köln + online Johannisstraße 76–80 CME-Zertifizierung	ZNS-Tage 2026 Neurologie- und Psychiatriekongress Wissenschaft und Berufspolitik Gemeinsam lernen – Fachkollegen treffen. Der Kongress für die ganze Praxis.	www.zns-tage.de
15.4.2026 online 17:15–20:30 Uhr 17.6.2026 online 17:15–20:30 Uhr	PsyWorkshop Gemeinsam mit renommierten Expertinnen und Experten werden verschiedene Fragestellungen aufgegriffen. Ideal um Updates zu mehreren Themen zu erhalten. Die am jeweiligen Termin thematisierten, wechselnden Krankheitsbilder können der Anmeldeseite entnommen werden.	https://www.diaplan.de/verbaende-zns/#psyws

Fortbildungsveranstaltungen 2025/2026

26.–29.11.2025 in Berlin CityCube Berlin + online	DGPPN-Kongress 2025 Leitthema „Der Mensch im Mittelpunkt: regionale, personenzentrierte Versorgung“	DGPPN https://www.dgppnkongress.de/
27.–29.11.2025 in Hannover Hannover Congress Centrum Theodor-Heuss-Platz 1–3	33. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin Motto: „Kleine Wahrnehmungen, große Welle“	DGSM https://dgsm-kongress.de/registrierung
3.–6.12.2025 in Lissabon CCL-Lisbon Congress Centre Praça das Indústrias 1	EHC 2025 – 19th European Headache Congress Motto: „Transforming Challenges into Solutions“	EHC https://headache-congress.org/registration
4.–6.12.2025 in Freiburg Messe Freiburg Neuer Messplatz 1	DGNR 2025 Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation e.V. zusammen mit der OeGNR und der SGNR	DGNR https://d-a-ch-tagung.de/registrierung
5.–7.2.2026 in Dortmund Kongresszentrum Dortmund Rheinlanddamm 200	ANIM – Arbeitstagung Neurointensivmedizin 2026 Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin und der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft	ANIM https://anim.de/registrierung



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: Hans Dannert

Bayern: Markus Weihs

Berlin: Gerd Benesch

Brandenburg: Holger Marschner

Bremen: Ulrich Dölle

Hamburg: Guntram Hinz

Hessen: Martin Finger, Stefan Specht

Mecklenburg-Vorpommern:

Leif Lorenz

Niedersachsen:

Norbert Mayer-Amberg

Nordrhein: Gereon Nelles,

Doris Augustin-Reuß

Rheinland-Pfalz: Sven Klimpe,

Alice Engel

Saarland: Nikolaus Rauber

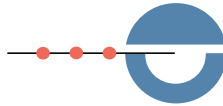
Sachsen: Ulrike Bennemann

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, Freiburg

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: Stephen 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-psychiater.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: Melanie Gromoll, Bad Bramstedt; Christel Werner, Mutterstadt

BVDP-Landessprecher

Baden-Württemberg: Thomas Hug

Bayern: Martin Ehrlinger

Berlin: Michael Krebs, Andreas Karathanasopoulos

Brandenburg: Delia Peschel

Bremen: Ulrich Dölle, Sebastian von Berg

Hamburg: Ute Bavendamm

Hessen: Maximilian Werner, Alexej Lojko

Mecklenburg-Vorpommern:

Caterina Jacobs

Niedersachsen: Norbert Mayer-Amberg

Nordrhein: Doris Augustin-Reuß

Rheinland-Pfalz: Alice Engel

Saarland: David Steffen, Myriam Groß

Sachsen: Kriemhild Barth, Ulrike Benne-

mann

Sachsen-Anhalt: Matthias Pilz

Schleswig-Holstein: Melanie Gromoll

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-psychiater.de

www.bvdn.de

www.berufsverband-neurologen.de

www.berufsverband-psychiater.de

www.zns-news.de

Cortex Management GmbH

s. oben Geschäftsstelle

Geschäftsführer: Bernhard Michatz

Ich will Mitglied werden!

An die Geschäftsstelle, Wulffstraße 8, 12165 Berlin
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 948783-10, 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 3803-0600, Fax: 089 3803-1533
redaktion-facharztmagazine@springer.com
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 (fmg)

Verlagsredaktion: Dr. rer. nat. Gunter Freese (Leitung), Tel.: 089 3803-1741, Fax: -3803-1533, gunter.freese@springer.com, Monika Hartkopf (Chefin vom Dienst, -0681), Anja Oberender (ao, -0993), Carolin Engel (eng, -0234), Lisa Freund (Assistenz, -0638)

Herstellung: Ulrike Drechsler (Leitung), Tel. 06221 487-8662 | ulrike.drechsler@springer.com, Kristin Böhler (Koordination), Magazine Team Straive, Chennai/Indien, www.straive.com (Satz)

Corporate Publishing: Ulrike Hafner (Leitung), Tel.: 06221 4878-104 | ulrike.hafner@springer.com

Zielgruppenmanagement: Oliver Wenk (verantwortlich für den Anzeigenteil), Tel.: 030-28881746 | oliver.wenk@springernature.com
Es gelten die Mediadaten Nr. 31 vom 1.10.2025.

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

Erstellungsort: München

Druck: Wilco B.V., Vanadiumweg 2, 3812 PZ Amersfoort, Niederlande

Produktsicherheit: Bei Fragen zur Produktsicherheit wenden Sie sich bitte an ProductSafety@springernature.com.

Abonnement: Die Zeitschrift erscheint sechsmal im Jahr. Bestellungen nimmt der Verlag unter Tel.: 06221 345-0, per Fax: 06221 345-4229 sowie auch über das Internet unter www.springermedizin.de/neurotransmitter und jede Buchhandlung entgegen. Die Mindestlaufzeit des Abonnements beträgt ein Jahr. Danach verlängert es sich automatisch auf unbestimmte Zeit, ist aber ab dann jederzeit

mit einer Frist von einem Monat kündbar. Die Kündigung muss in Textform an den Leserservice erfolgen.

Bezugspreise: Einzelheft 33 €, Jahresabonnement 195 € (für Studierende/AIW: 117,38 €), jeweils inkl. gesetzl. MwSt., zzgl. Versandkosten Inland 30 €, Ausland 49 €. Für Mitglieder des BVDN, BDN und BVDP ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten. Sonderpreis für DGPPN-Mitglieder: Jahresabonnement 88 €, 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 Urheberrechte 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



LA-MED
geprüft Facharzt-Studie 2024



© Charday Penn / Getty Images / iStock

Vorschau

Ausgabe 1/2026

Februar

erscheint am 13. Februar 2026

Mini-ICF-APP

Die Mini-ICF-APP hat sich als hilfreiches Verfahren zur Erfassung von Fähigkeitsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen etabliert. Das Kurzinstrument unterstützt eine objektive sozialmedizinische Einschätzung.

„Pappa ante portas“

Die Behandlung von Angehörigen oder Kolleginnen und Kollegen wirft oft Fragen zur korrekten Abrechnung auf. Wann gilt die GOÄ, wann darf auf ein Honorar verzichtet werden und was ist mit den Sachkosten? Der Beitrag gibt praktische Tipps für eine rechtssichere Abrechnung.

Rückblick und Ausblick

Beide Fachgruppen ziehen eine Jahresbilanz zu zentralen berufspolitischen Entwicklungen des letzten Jahres – von Honorarfragen über Versorgungsstrukturen bis hin zu interdisziplinären Projekten. Welche Schwerpunkte stehen im Jahr 2026 im Fokus?

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.