

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 74

Mitgliederbeilage
**NEUROTRANSMITTER-
TELEGRAMM**
Orientierung zur
ePA



Strukturwandel gestalten 20
Forderungen aus dem BDN-Forum 2025

Prävention im Fokus 26
DGN-Präsidentin Prof. Daniela Berg im Interview

Regressforderung droht 48
Nichtbeachtung von Therapiehinweisen

Erwerbsunfähigkeit 50
Mini-ICF-APP zur Einschätzung von Fähigkeiten

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.



»Bei begrenzten personellen und finanziellen Ressourcen bedarf es transparenter und eindeutiger Regeln der Priorisierung und Steuerung von Patientinnen und Patienten.«

Dr. med. Klaus Gehring, Itzehoe
Vorsitzender des BVDN

Patientensteuerung – aber richtig!

Unsere Gesundheitsversorgung befindet sich im dynamischen Wandel. Die Kosten explodieren, der stationäre Sektor wurde als Kostentreiber identifiziert. Es soll eine Verlagerung in den ambulanten Sektor stattfinden, doch dieser ist darauf bislang in keiner Weise vorbereitet. „Ambulantisierung“ ist derzeit nicht viel mehr als eine Worthülse. Die Zahl derer, die ärztliche Leistungen erbringen, schwindet, gleichzeitig steigt der Anspruch der Versicherten. Um mit einem hiesigen Hausarzt zu sprechen: „Nicht auf jeden Nerv gehört ein Nervenarzt.“ Bedürfnis ist nicht gleichzusetzen mit Bedürftigkeit.

Bei begrenzten personellen und finanziellen Ressourcen bedarf es transparenter und eindeutiger Regeln der Priorisierung und Steuerung. Jede Patientin und jeder Patient hat Anspruch auf die Expertise, die dem Gesundheitsproblem am besten gerecht wird – gemessen an Effizienz und Wirtschaftlichkeit.

Welche Versorgungsebenen brauchen wir?

Das Schlagwort „Primärarztversorgung“ geistert aktuell durch das gesundheitspolitische Berlin. Der Hintergrund ist klar: Es fehlen geeignete Steuerungsinstrumente, die sowohl den Erkrankten durch passgenaue Zuordnung und Versorgung als auch der Gesellschaft durch einen nachhaltigen und ressourcenschonenden Einsatz von Mitteln sowie die Verhinderung vermeidbarer Folgekosten zugutekommen. Mit der primärärztlichen Versorgung ist keinesfalls ein reines „Hausarztmodell“ gemeint. Ein Primärarzt kann, aber muss nicht Hausarzt der Patientin oder des Patienten sein.

Aufgabe des Primärarztes – nennen wir ihn die erste Versorgungsebene – wäre zunächst eine Überprüfung der Fragestellung und ihrer medizinischen Dringlichkeit, danach ein Check, ob die eigene Qualifikation angemessen ist und ausreichend Kapazitäten vorhanden sind. Sollte Beides zu bejahen sein, wären die Leistungen im eigenen Kompetenzbereich zu erbringen. Andernfalls wäre eine qualifizierte Weiterleitung an die nächste geeignete Behandlungsebene erforderlich. Diese könnte an eine zweite Ebene erfolgen, die grundversorgenden Fachärztinnen und Fachärzte, die ihrerseits prüfen und gegebenenfalls an die Ebene der spezialisierten Fachärztinnen und Fachärzte vermitteln. Für besondere Fälle bräuchte es eine vierte Versorgungsebene: hoch spezialisierte Zentren wie Hochschulambulanzen. Ein solches Modell sähe selbstverständlich die Möglichkeit vor, nötigenfalls direkt aus der ersten in die dritte

oder von der zweiten in die vierte Ebene zu steuern – mit erneuter Überprüfung von Dringlichkeit, adäquater Zuordnung, Kompetenz und Kapazität.

„Qualifizierte Überweisung“ als zentrales Instrument

Ein zentrales Kommunikationsinstrument zwischen den Versorgungsebenen ist die qualifizierte Überweisung, die eine strukturierte Überleitung von Vorbefunden und Berichten, eine konkrete Fragestellung und gegebenenfalls ein (Tele-)Konsil vor Erstinspruchnahme umfasst. Dadurch können im Vorfeld zielgenauere Konsultationen eingeleitet und Ressourcen eingespart werden. Leitmotiv des Modells ist es, für jedes Gesundheitsproblem die geeignetste – also effizienteste, wirksamste und wirtschaftlichste – Versorgungsform zu finden.

Jede Versorgungsebene ist – abhängig vom gesundheitlichen Problem – ambulant und stationär denkbar. So kann bei erstmaliger Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in der Notfallaufnahme auch die Krankenhausärztin oder der -arzt die initiale Steuerung in die weiterführenden Behandlungsebenen übernehmen. Dabei gilt stets „ambulant vor stationär“. Von den jeweiligen Behandlungsebenen wäre zudem regelmäßig zu prüfen, ob weiterhin die geeignete Versorgungsform vorliegt. Die Ebene, die schließlich die Behandlung übernimmt, wäre als „Bezugsärztin/Bezugsarzt“ zu definieren – verantwortlich für die Koordination der Versorgung. Große Teile dieser koordinativen Leistungen wären nicht zwingend arztgebunden, sondern delegierbar, etwa an nichtärztliches Praxispersonal.

Bislang ist der Begriff des „Primärarztes“ ebenso inhaltsleer wie der der „Ambulantisierung“. Die Berufsverbände sind prädestiniert, diese Termini für unsere Fachgebiete zu schärfen. Es geht dabei sowohl um die Definition des medizinischen Behandlungsbedarfs als auch um die Differenzierung ambulant-sensitiver und stationärer Behandlungsnotwendigkeit. Neurologische und psychiatrische Erkrankungen haben mit Abstand die höchste Krankheitslasten, die größten Folgekosten und damit eine hohe gesellschaftliche Relevanz. Wir sollten also gehört werden. Es ist Zeit zu handeln, wir stehen bereit.

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

- Was kommt, was bleibt?
- Anspruch auf kostenlose Erstkopie der Behandlungsunterlagen

Christa Roth-Sackenheim

Aus den Verbänden

10 Gesundheitspolitischer Rück- und Ausblick

Bernhard Michatz

16 Herbsttagung des BVDN 2025

Roland Urban

19 Online-Fortbildung der Verbände für MFA

Training zu psychometrischen Testungen in der Alzheimerdiagnostik

Myriam Lestang

20 Patientensteuerung und Ressourcenmanagement

Forderungen aus dem BDN-Forum 2025

Sonja Faust

25 Diagnose Zukunft: Berufspolitik gestalten

Kooperation für bessere Versorgung

Sonja Faust

Rund um den Beruf

26 „BDNF“ – die BDN-Fragezeit mit DGN-Präsidentin

Prof. Daniela Berg

Prävention und Nachhaltigkeit stehen ganz oben auf der Agenda

Uwe Meier

30 Neurologie im Gespräch

Sind die Alzheimerantikörper in der klinischen Routine angekommen?

Marc Pawlitzki

36 Änderungen der Versorgungsbedarfe in der ambulanten Neurologie – Teil 1

Auswirkungen des Therapiefortschritts am Beispiel MS

K. Pahmeier, D. Thomas, A. Niemann, L. Kleinschmidt, J. Wasem, S. Neusser

39 Änderungen der Versorgungsbedarfe in der ambulanten Neurologie – Teil 2

Gesundheitspolitische Implikationen wachsender Bedarfe am Beispiel MS

D. Thomas, K. Pahmeier, A. Niemann, L. Kleinschmidt, J. Wasem, S. Neusser



= Dieser Beitrag ist ein Titelthema.



26 „Wir machen zu wenig Prävention“

Resilienz, Nachhaltigkeit und Prävention sind für DGN-Präsidentin Prof. Daniela Berg die wichtigsten Themen der Zukunft. Im Interview spricht sie darüber, wo die neurologische Fachgesellschaft Probleme und Lösungswege sieht. Dabei geht es darum, an Schulen aufzuklären, Denkmuster zu verändern und gesellschaftliche Verantwortung zu übernehmen.

Wie Sie uns erreichen

Verlagsredaktion:

Dr. rer. nat. Gunter Freese
gunter.freese@springer.com

Schriftleitung:

Dr. med. Klaus Gehring
gehring@neurologie-itzehoe.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.

Inhalt 1

Februar 2026

Rund um den Beruf

42 Resilienz

Warum Kompetenz zur Selbstregulation nicht nur für Kinder wichtig ist
Uwe Meier

46 Gutachten-Refresher-Kurs

Von Normalität, Andersartigkeit und Krankheit
Charly Gaul

48 Regressverfahren

Nichtbeachtung von Therapiehinweisen muss frühzeitig begründet werden
Jörg Hohmann

49 Abrechnungstipps

Was bei Pro-bono-Behandlungen zu beachten ist
Jörg Hohmann

Fortbildung

50 CME Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit

Psychische Funktionseinschränkung mit dem Mini-ICF-APP messbar machen
Markus Weih

55 CME Fragebogen

58 Transsexualität und Geschlechtsidentität – Teil 4 (III)

Entwicklung der Geschlechtsidentität – sozial-psychologische Ursachen
Tobias Müller

Journal

70 GESCHICHTE DER NEUROLOGIE & PSYCHIATRIE

Ärztliche Ausbildung in Deutschland und Europa
Markus Weih

74 NEUROTRANSMITTER-GALERIE

Wenn Maschinen träumen
Angelika Otto

29 Leser fragen – Verbände antworten

45 Kleinanzeigen

41, 63 Buchtipps

66 Pharmaforum

76 Termine

77 Verbandsservice

79 Impressum/Vorschau

= Dieser Beitrag ist ein Titelthema.



50 Arbeitsfähigkeit messbar machen

Wer eine Diagnose hat, muss nicht gleich arbeits- oder erwerbsunfähig sein. Um die Arbeitsfähigkeit einer Person zu beurteilen, kommt es darauf an, welche Aufgaben sie in ihrem Umfeld erfüllen muss und wie stark sie dabei eingeschränkt ist. Bei der Einschätzung hilft der Mini-ICF-APP.

64 Pharmawissen aktuell

Neue Therapie bei generalisierter Myasthenia gravis: Nipocalimab – der einzige FcRn-Blocker mit Zulassung für die regelmäßige Gabe



Titelbild (Ausschnitt): „Siamese Cycle in Absurdism“ von Botto
Lesen Sie mehr in der „Galerie“ auf Seite 74.

Gesundheitspolitik

ÄNDERUNGEN SEIT JAHRESBEGINN Was kommt, was bleibt?

→ Zum 1. Januar 2026 ist der Orientierungswert für EBM-Leistungen um 2,8% angehoben worden. Er beträgt damit in diesem Jahr 12,7404 Cent. Entsprechend steigt die Vergütung aller ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen. Der Orientierungswert wird jährlich zwischen KBV und GKV-Spitzenverband ausgehandelt.

Mit dem Orientierungspunktwert steigt auch die TI-Pauschale

Analog zum Orientierungswert ist auch die monatliche TI-Pauschale um 2,8% erhöht worden, die die Praxen für die Installation und den Betrieb der Telematikinfrastruktur (TI) erhalten. Diese Pauschale wurde vom Bundesgesundheitsministerium per Rechtsverordnung 2023 eingeführt und wird jährlich analog zur Steigerung des Orientierungswertes angepasst. Um sie zu erhalten, müssen Praxen nachweisen, dass sie verschiedene Anwendungen in der jeweils aktuellen Version unterstützen. Zusätzlich müssen sie mit notwendigen Komponenten und Diensten ausgestattet sein. Fehlt der Nachweis für eine der Anwendungen oder Dienste, wird die Pauschale um 50% gekürzt. Fehlen mehrere Anwendungen, wird nichts gezahlt. Zudem wird jetzt nur noch die sogenannte TI-Pauschale 1 ausgezahlt, die TI-Pauschalen 2 und 3 sind zum 31. Dezember 2025 ausgelaufen. Sie sahen eine reduzierte Erstattung der Kosten für Praxen vor, deren Erstausstattung (Pauschale 2) oder Konnektortausch (Pauschale 3) nach dem 31. Dezember 2020 und vor dem 1. Juli 2023 stattgefunden hatte. Diese Praxen haben für 30 Monate eine der reduzierten TI-Pauschalen erhalten, um eine doppelte Kostenerstattung zu vermeiden.

Weiterhin mehr als 11 Euro für ePA-Erstbefüllung

Die Erstbefüllung der ePA wird auch in diesem Jahr mit mehr als 11 € vergütet (89 Punkte, 11,34 €). KBV und GKV-Spitzenverband haben die Regelung bis zum 30. Juni

2026 verlängert. Die Pauschale (GOP 01648) für die Erstbefüllung wird nur einmal je Patient gezahlt. Sie ist abrechenbar, wenn zum Zeitpunkt der Befüllung von ärztlicher oder psychotherapeutischer Seite oder vom Krankenhaus weder ein Befundbericht noch ein anderes Dokument in die ePA eingestellt worden ist. Grund für die erneute Verlängerung ist, dass die Beratungen über eine geänderte Vergütungsstruktur andauern. Ursprünglich wollten KBV und GKV-Spitzenverband die künftige Vergütung der Nutzung der ePA bis Ende des Jahres 2025 festlegen. Nun soll bis Mitte 2026 darüber entschieden werden. Die Erstbefüllung umfasst medizinische Daten, die im aktuellen Behandlungsfall erhoben wurden und deren Dokumentation aktiv hochgeladen wurde. Arzneimittel, die per eRezept verordnet und automatisch in die Medikationsliste der ePA übermittelt werden, gehören nicht dazu. Für die weitere Befüllung gilt nach wie vor die GOP 01647, wenn im Behandlungsfall ein Arzt-Patienten-Kontakt (persönlich oder per Video) stattgefunden hat. In anderen Fällen ist stattdessen die GOP 01431 berechnungsfähig. Die Vergütung erfolgt weiterhin extrabudgetär.

Videosprechstunde: Zuschlag für Authentifizierung bleibt

Für die Authentifizierung von unbekannten Patientinnen und Patienten in Videosprechstunden gibt es wie gehabt einen Zuschlag. Der Bewertungsausschuss hat die bestehende Regelung bis zum 31. Dezember 2026 verlängert. Perspektivisch soll die Authentifizierung auf Basis digitaler Versichertenidentitäten erfolgen. Da diese jedoch weiterhin nicht flächendeckend zur Verfügung stehen, müssen Praxen die Daten der eGK wie bisher händisch erfassen, wenn die Patientin oder der Patient im laufenden oder im Vorquartal noch nicht oder noch nie in der Praxis waren. Die entsprechende GOP 01444 (10 Punkte; 1,23 €) für den Zuschlag wird neben der Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale

fällig und ist einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig. Der Bewertungsausschuss prüft bis zum 30. September 2026, ob eine weitere Verlängerung der Befristung für die GOP 01444 erforderlich ist. Für die Authentifizierung halten die Patientinnen und Patienten ihre eGK zu Beginn der Videosprechstunde in die Kamera. So kann das Praxispersonal die Identität prüfen und die notwendigen Daten (Krankenkasse, Name, Vorname und Geburtsdatum der oder des Versicherten, Versichertensart, Postleitzahl des Wohnortes, Krankenversichertennummer) erfassen. Zudem muss patientenseitig bestätigt werden, dass ein Versicherungsschutz besteht. Für alle, die im laufenden oder im Vorquartal bereits persönlich in der Praxis waren, können die eingelesenen Daten automatisch übernommen werden. Wir empfehlen, einen Screenshot der eGK zu erstellen.

KSV Psych-RL: Kennzeichnung von Besuchen bei Erwachsenen entfällt

Seit dem 1. Januar 2026 muss bei der Abrechnung nicht mehr zusätzlich gekennzeichnet werden, wenn Besuchsleistungen bei Erwachsenen in der Komplexversorgung stattgefunden haben. Bei der Komplexversorgung von Kindern und Jugendlichen hat diese Kennzeichnungspflicht allerdings noch Gültigkeit.

Digital gestützter Medikationsplan

In diesem Jahr soll der digital gestützte Medikationsprozess (dgMP) in der ePA umgesetzt werden. Ergänzend zur Medikationsliste soll er einen Überblick über alle eingenommenen Arzneimittel geben. Der elektronische Medikationsplan steht dabei wie bisher allen zu, die mindestens drei zu lasten der GKV verordnete Medikamente über einen Zeitraum von mindestens 28 Tagen anwenden. Unverändert kann er bei Bedarf ausgedruckt werden. Ab Juli 2026 soll der Medikationsplan in der ePA in ausgewählten Regionen getestet und ab Oktober schrittweise bundesweit eingeführt



werden. Auch die Testung der Volltextsuche soll in diesem Jahr beginnen, die Bereitstellung in der ePA ist laut gematik für Januar 2027 geplant. Mit der nächsten Ausbaustufe des dgMP wird die Medikationsliste darüber hinaus manuell ergänzbar: So können etwa Apotheken bei ihnen erworbene frei verkäufliche Arzneimittel (OTC) eintragen.

eRezept für die Bundespolizei

Ärztinnen und Ärzte können seit dem 1. Januar 2026 auch Angehörigen der Bundespolizei ein eRezept ausstellen, sofern diese im Besitz einer eGK sind. Es gelten dieselben Regelungen wie bei gesetzlich Versicher-

ten. Die meisten Bundespolizistinnen und -polizisten verfügen inzwischen über eine eGK, die Voraussetzung ist, dass Ärztinnen und Ärzte ihnen verschreibungspflichtige Arzneimittel per eRezept verordnen können. Für Versicherte, die noch die alte Heilfürsorgekarte vorlegen, ist kein eRezept beziehbar. Die Heilfürsorge der Bundespolizei ist der erste sonstige Kostenträger, der das eRezept für seine Versicherten ermöglicht. Ab diesem Zeitpunkt unterstützt der eRezept-Fachdienst der gematik die Verwendung von eRezepten für sonstige Kostenträger, wenn der Kostenträger für seine Versicherten die eGK ausgegeben hat.

JETZT IM BGB VERANKERT

Anspruch auf kostenlose Erstkopie der Behandlungsunterlagen

Die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH), wonach die erste Abschrift der in Praxen und Kliniken geführten Patientenunterlagen („Patientenakte“) kostenfrei auszugeben ist, wurde nun auch im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) verankert. Das „Gesetz zur Änderung des Verbrauchervertrags- und des Versicherungsvertragsrechts sowie zur Änderung des Behandlungsvertragsrechts“ wurde Mitte Dezember 2025 vom Bundestag verabschiedet, es wird voraussichtlich im Laufe des Frühjahrs 2026 in Kraft treten. Spätestens dann ist der bisher noch in den Berufsordnungen der meisten Landesärztekammern enthaltene Hinweis, dass den Patientinnen und Patienten Unterlagenkopien „gegen Erstattung der Kosten“ auszuhändigen seien, ungültig. Dies war jedoch grundsätzlich bereits seit dem Jahr 2018 mit der Einführung der europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) der Fall. Deren Artikel 15 „Auskunftsrecht der betroffenen Person“ sieht im dritten Absatz vor, dass für Kopien personenbezogener Daten erst beim zweiten Abruf „ein angemessenes Entgelt auf der Grundlage der Verwaltungskosten“ verlangt werden darf. Die Datenschutzauftragten der Länder hatten daraufhin im

Jahr 2024 einer gemeinsamen Entscheidung die Heilberufskammern aufgefordert, „im Sinne eines möglichst einheitlichen Rechtsrahmens die berufsrechtlichen Regelungen zeitnah an die Vorgaben der DSGVO anzupassen“.

Viele Landesärztekammern sind im Verzug

Sogar in der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer findet sich (in § 10, „Dokumentationspflichten“) noch immer der ungültige Passus, Kopien seien „gegen Erstattung der Kosten“ herauszugeben. Aktualisierte Berufsordnungen liegen derzeit lediglich in Hessen, Rheinland-Pfalz, Bayern, Sachsen-Anhalt und Thüringen vor. Die restlichen Landesärztekammern müssen ihre Hausaufgaben noch machen. In der neuen Fassung des § 630g heißt es ausdrücklich: „Der Patient kann auch Abschriften von der Behandlungsakte, einschließlich elektronischer Abschriften, verlangen. Die erste Abschrift wird unentgeltlich zur Verfügung gestellt.“ Die „Behandlungsakte“ ist die von Praxis oder Klinik geführte Dokumentation und sollte nicht mit der ePA verwechselt werden. Kostenpflichtig ist die zweite oder mehrfache Abschrift.

Gesundheitspolitische Nachrichten kommentiert von

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

Hier werden die im JVEG (Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz) vorgesehenen Kostensätze herangezogen. Demnach ließen sich für die ersten 50 Seiten bis zu einer Größe von DIN A3 0,50 € je Seite ansetzen, für jede weitere Seite 0,15 €.

Kommentar: Lediglich in Hessen, Rheinland-Pfalz, Bayern, Sachsen-Anhalt und Thüringen ist alles schon auf dem aktuellen Stand. In den übrigen Kammerbezirken wird zwar entsprechend der jeweiligen Berufsordnung, aber ohne gesetzliche Grundlage gehandelt, wenn für die Erstabschrift der Patientenakte eine Gebühr verlangt wird. Die Berufsordnungen von zwölf Ärztekammern sind in diesem Punkt noch zu korrigieren. Wichtig: Es handelt sich hier nicht um die Befüllung der ePA, sondern um die Abschrift der Krankenakte, die in Praxis oder Klinik zu einem Behandlungsfall geführt wurde. Ein solche wird von Patientinnen und Patienten häufig bei einem Arztwechsel angefragt oder wenn Behandlungsfehler geltend gemacht werden sollen. Bitte informieren Sie auch Ihr Praxispersonal.

Aus den Verbänden

Gesundheitspolitischer Rück- und Ausblick

Stillstand und Kostendruck statt „Herbst der Reformen“

Das Jahr 2025 markiert einen Wendepunkt für das Gesundheitswesen. Die Agenda der Bundesregierung, der Reformdruck durch Demografie- und Kostenentwicklung sowie der technologische Fortschritt werden zu einem tiefgreifenden Umbau der Strukturen führen. Gerade die Fachbereiche Neurologie und Psychiatrie sind davon betroffen – Disziplinen, in denen chronische Verläufe, hohe Komplexität und sektorübergreifende Versorgung zentrale Rollen spielen.

Mit großen Erwartungen an die Politik starteten die Berufsverbände in das Jahr 2025. Doch im Dezember machte sich Ernüchterung breit: Die Hoffnung, dass die neue Regierung bereits im ersten Jahr eine große Strukturreform auf den Weg bringen würde, erfüllte sich nicht. Es wird weiter viel diskutiert, zugehört und betont, dass die Dinge kompliziert seien. Dabei liegen die Themen auf der Hand: Ambulantisierung, Digitalisierung, Strukturreform der Krankenhäuser, neue Vergütungs-, Steuerungs- und Delegationsmodelle müssen zum Wohl der neuropsychiatrischen Patientinnen und Patienten aus den Startlöchern kommen.

Im Dezember 2025 trat eine Blockadesituation ein: Der Bundesrat lehnte das erste fundierte Sparpaket der Bundesregierung ab. Nun herrscht Stillstand. Beitragsstabilität kann nicht mehr gewährleistet werden. Die unmittelbare Konsequenz ist evident: Investitionen in den Praxen sinken, die Unsicherheit ist zurück. Gerade vor den beschriebenen Herausforderungen eine denkbar schlechte Konstellation.

Auch wenn der große Wurf in Sachen Reform ausgeblieben ist, brachte das Jahr 2025 dennoch zahlreiche relevante Neuerungen, die auch die ZNS-Fachgruppen betreffen.

Digitalisierung als Chance

Die elektronische Patientenakte (ePA) ist ein Schlüsselprojekt der Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen, aber ihre praktische Umsetzung ist weiterhin von strukturellen Defiziten geprägt. Für neurologische, psychiatrische und andere Facharztpraxen bedeutet das derzeit vor allem Mehrarbeit, Unsicherheit und unklare Verantwortlichkeiten. Der politische Anspruch, die ePA zu einem echten „Versorgungswerkzeug“ zu machen, ist richtig, doch noch fehlen technische Stabilität, klare Haftungsregeln und der tatsächliche Nutzen für die Versorgung, um den erhofften Mehrwert zu bieten.

Grundsätzlich ergeben sich für die Neurologie und Psychiatrie besondere Chancen: Langzeitverläufe können besser nachvollzogen, redundante Diagnostik reduziert, gefährliche Medikationsfehler vermieden und fachärztliche Entscheidungen bei Erstvorstellungen schneller getroffen werden. Dem stehen jedoch große Herausforderungen gegenüber: Die Praxen kämpfen mit einer unzureichenden technischen Reife der Telematikinfrastruktur (TI) und der Integration der Praxisverwaltungssysteme. Neben Wartungs- und Dokumentationsrisiken besteht ein allgemein hoher administrativer Zusatzaufwand, der nicht adäquat vergütet wird. Eine unge-

ordnete ePA, die einem digitalen Zettelkasten entspricht, in dem nichts gefunden werden kann, wird nicht die Zukunftslösung sein.

In der gegenwärtigen Form ist die ePA nicht geeignet, die Arbeit in den Praxen zu erleichtern und birgt gerade für psychisch Erkrankte besondere Risiken. Ärztinnen und Ärzte setzen auf die geplante Modernisierung der TI. Sie soll nutzerfreundlicher und stabiler werden. Viele Praxen hoffen auf weniger technische Störungen, sichere mobile Zugänge, eine einheitliche, digitale Identität für Ärztinnen und Ärzte und schnellere elektronische Signaturen. Gerade die Fachgebiete Neurologie und Psychiatrie mit hoher Befunddichte und multiplen Kooperationspartnern würden im Besonderen profitieren, wenn digitale Kommunikation künftig endlich verlässlich funktionierte.

Ambulantisierung und Hybrid-DRGs

Die Krankenhausreform verfolgt immer noch das Ziel, dass bis zum Jahr 2030 ein erheblicher Anteil der stationär behandelten Patientinnen und Patienten ambulant versorgt wird. Auch Neurologie und Psychiatrie haben hier viel Potenzial. EEG-/EMG-Diagnostik, Infusionstherapien, psychiatrische Kriseninter-

ventionen und multimodale Therapien sind nur einige Beispiele für Leistungen, die bereits in den Praxen oder ambulanten Strukturen der Kliniken erbracht werden.

Um mehr ambulante und auch komplexere Versorgung zu gewährleisten, werden zukunftsfähige Strukturen benötigt, die über die EBM- und Bedarfsplanungslogik aus dem letzten Jahrhundert hinausgehen. Die Anforderungen an modernes und bedarfsgerechtes ambulantes Arbeiten sind hoch. Der Personalbedarf steigt, Qualitätssicherungsnachweise werden obligatorisch, der wirtschaftliche Druck aufgrund budgetierter Vergütung wächst und Investitionen in Geräte, Räume und Informatstechnik sind unvermeidlich. Hier sind grundlegende Strukturreformen absolut vonnöten. Vertragsärztliche Praxen müssen die Möglichkeit haben, ein Team aufzubauen, Leistungen zu delegieren und patientenseits moderne erforderliche Therapien ohne Hürden anzuwenden.

Zur Verbesserung der Situation werden von der Politik die Hybrid-DGRs ins Feld geführt, also die spezielle, sektoren gleiche Vergütung. Derzeit wird dieses Vergütungssystem nur auf operative Leistungen angewandt. Für Neurologinnen und Neurologen sehr relevant ist die Lumbalpunktion. Mit Hybrid-DRGs kann diese aufwendige Intervention in der Praxis durchgeführt und auch betriebswirtschaftlich sinnvoll abgebildet werden. Die Ausweitung des Leistungskataloges der Hybrid-DGRs auf konventionelle Leistungen muss kommen. Nur so kann Chancengleichheit für beide Sektoren gesichert werden.

Darüber hinaus braucht es eine grundlegende Reform des EBM. Strukturen und die Zeit an den Patientinnen und Patienten müssen vergütet und die Praxen in die Lage versetzt werden, modern und bedarfsgerecht zu arbeiten. Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung und Selektivverträge dürfen nur erste Schritte in diese Richtung sein.



Der große Wurf der Reformen war auch mit dem Horizontfänger nicht zu erkennen.

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

Primärarztsystem und Überweisungspflicht

Eine wirksame Patientensteuerung ist zu einem der zentralen gesundheits- und versorgungspolitischen Themen geworden. Die Hintergründe sind bekannt: Steigende Inanspruchnahmen, Ressourcenknappheit vor allem in fachärztlichen Strukturen, wachsende Wartezeiten und der Druck, Leistungsausgaben zielgerichteter zu steuern. Gleichzeitig wird innerhalb der Ärzteschaft eingehend diskutiert, wie eine Steuerung ausgestaltet sein müsste, um medizinische Qualität, Patientensicherheit, freie Arztwahl und eine entbürokratisierte Versorgung sicherzustellen. Hierzulande werden im internationalen Vergleich über-

durchschnittlich viele ambulante Dienste in Anspruch genommen. Gleichzeitig sind die Kapazitäten der Fachgebiete strukturell oder durch Komplexfälle überlastet.

Eine gezielte Patientensteuerung hätte viele Vorteile: klare Lenkung der Patientenwege, bessere Versorgung chronischer Erkrankungen durch abgestimmte Rollen und weniger Bagatellvorstellungen. Dem stehen gleichwohl ein paar Risiken gegenüber, etwa der erschwerte Zugang zu Fachärztinnen und Fachärzten für Betroffene mit unklaren oder atypischen Symptomen, was die Gefahr verzögter Diagnostik birgt. Vorrangig betroffen wären Menschen mit Multipler Sklerose, Parkinson oder Demenzen.



© BVBN, BDN, BVDP

Berufspolitik im Jahr 2025 – ein Rückblick in Momentaufnahmen

Hausärztinnen und Hausärzte dürfen nicht zum Nadelöhr werden. Schon jetzt ist die hausärztliche Ressource knapp, die Erweiterung ihres Aufgabenkataloges würde eine Überforderungssituation darstellen. Zudem müssen die Anforderungen an die Hausarztpraxen klar definiert sein. Mit einer „Überweisungsbürokratie“ wäre niemandem geholfen.

KI-Tools und Delegationsmodelle müssen bei innovativen Steuerungsmodellen zwingend bedacht werden. In Neurologie und Psychiatrie ist die Früherkennung von Erkrankungen entscheidend, es muss daher politisch garantiert werden, dass qualifikationsgebundene Direktzugänge erhalten bleiben. Nach dieser Prämisse handeln die Verbände und stehen dazu im engen Austausch mit allen relevanten Akteuren.

Regulation von iMVZ und ambulanten Konzernstrukturen

Der Gesetzgeber arbeitet derzeit an strengerer Vorschriften für investoren-

betriebene medizinische Versorgungszentren (iMVZ). Kernpunkte der Diskussionen sind eine räumliche Nähepflicht der Trägerkliniken, Transparenzpflicht über Eigentumsstrukturen, mengensteuernde Begrenzungen einzelner Träger und Stärkung der fachärztlichen Leitungskompetenz. Gerade in den Fächern Neurologie und Psychiatrie, in denen MVZ angesichts des Nachwuchsmangels teilweise Versorgungslücken schließen, gilt es, eine Balance zwischen sinnvollen Regulierungen und dem Erhalt notwendiger Versorgungskapazitäten zu finden.

Im Hinblick auf die Herausforderungen ist es für einen Teil der neurologischen und psychiatrischen Praxen sinnvoll und geboten, in größeren Einheiten vernetzt zu arbeiten. Hier sollte es kaum Denkverbote geben, um Möglichkeiten zur Vernetzung zu schaffen. Anstellungen und Zusammenwirken mit nichtärztlichem Fachpersonal müssen analog der „Vereinbarung bei Kinder- und Jugendpsychiatern“ möglich sein (<https://www.kbv.de/documents/infothek/rechtsquellen/bundesmantelvertrag/anlage-11-sozialpsychiatrie-vereinbarung/Sozialpsychiatrie-Vereinbarung.pdf>).

Die Rechtsform dieses Konstruktions kann auch ein MVZ sein. Hierbei sollte der Grundsatz gelten, dass ärztliches Handeln zum Wohle der Patientinnen und Patienten und damit stets eindeutig vor Profitinteressen stehen muss.

Mentale Gesundheit stärker in den Fokus gerückt

Bereits mit Blick in den Koalitionsvertrag wurde klar, dass die psychische Gesundheit in der Politik einen historisch hohen Stellenwert erreicht hat. Gründe dafür sind steigende Prävalenzen depressiver und angstbezogener Erkrankungen, demografischer Druck, mehr und mehr Arbeitsausfälle wegen psychischer Erkrankungen sowie gesellschaftliche Sensibilisierung nach der Pandemie. Dies macht sich in neuen Leitlinien, dem Ausbau digitaler Therapie-Apps,

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.



Bis zu 45% der Demenzen wären vermeidbar – das Alzheimer Qualitätshandbuch bietet klare Handlungsempfehlungen zur frühzeitigen Förderung der Hirngesundheit.

Dr. med. Klaus Gehring

www.alzheimer-qualitaetshandbuch.de



Förderung von Präventionsprogrammen und der Erweiterung stationsäquivalenter Versorgung bemerkbar. Oft werden diese positiven Entwicklungen ausschließlich mit dem stationären Sektor und psychologischen Psychotherapeuten assoziiert. Dabei ist die Psychiatrie ebenfalls ein ambulantes Fach und die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte leisten hier einen großen Anteil an der Versorgung schwer betroffener Patientinnen und Patienten.

Mit den Änderungen der KSVPsych-Richtlinien wurde erreicht, dass das wichtige Arbeiten im Netzverbund noch niedrigschwelliger möglich ist. Die Bedeutung des vertragsärztlichen Sektors, insbesondere im Bereich der Psychiatrie, wird durch die Verbände weiterhin in die Politik getragen.

Aktivitäten der Verbände

Die Berufsverbände werden sich auch in diesem Jahr für die Belange der Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie einsetzen. Die ersten Gespräche mit Politikerinnen und Politikern der neuen Koalition sind geführt worden. Für konkrete Anliegen läuft der Austausch mit den Organen der Selbstverwaltung. Dazu gehören die aktive Mitarbeit in diversen Gremien der KBV und der Bundesärztekammer. Die Verbände werden nicht müde, stets auf Neue auf die hohe Versorgungsrelevanz und die Herausforderungen in den ZNS-Fachgebieten hinzuweisen.

Hervorzuheben sind die gemeinsamen Fortbildungsveranstaltungen, vor allem die erfolgreichen ZNS-Tage mit mehr als 400 Teilnehmenden. Die Webinare für

Mitglieder zur Abrechnung und Praxisorganisation hatten erfreulicherweise ebenfalls großen Zulauf.

Mit dem Alzheimer-Qualitätshandbuch ist es den Verbänden gelungen, Leitlinien für die konkrete Versorgung handhabbar aufzubereiten. Für die neuen Alzheimertherapien konnte die Versorgung so von Anfang an mitgestaltet werden (<https://alzheimer-qualitaets-handbuch.de/>).

Gegen alle Widerstände wurde erreicht, dass die Novellierung der GOÄ für die Fachbereiche Neurologie und Psychiatrie eine eindeutige Verbesserung darstellen wird. Außerdem konnte ein weiterer Selektivvertrag im Bereich MS abgeschlossen und als Konsortialpartner die Versorgung in vier Innovationsfondprojekten weiterentwickelt werden.

Auf dem DGN-Kongress 2025 wurde das Bedarfsgutachten für die Neurologie vorgestellt. Es liefert wertvolle Daten für die Positionierung der Verbände und Gespräche mit Entscheidungsträgern. Es demonstriert eindrucksvoll, wie die Bedarfe im Bereich der Neurologie in den letzten Jahren gestiegen sind und zeigt konkrete Handlungsoptionen auf. Die Pressekonferenz Anfang Januar stieß auf großes Interesse bei den Vertretern der Standespresse.

Auf dem DGPPN-Kongress 2025 feierte der BVDP gemeinsam mit vielen Mitgliedern und Ehrengästinnen und Ehrgästen sein 25-jähriges Bestehen. Dieses Jubiläum macht deutlich, wie sich die Verbandsfamilie weiterentwickelt hat. In allen drei Verbänden gab es im Jahr 2025 Vorstandswahlen. Ein Team

von erfahrenen und neuen Vorständen wird die Verbände in den nächsten Jahren weiter voranbringen und sie zukunftsorientiert in die nächste Dekade führen.

Fazit für die Praxis

Die gesundheitspolitischen Wünsche für das kommende Jahr lassen sich unter dem Leitmotiv „Mehr ambulant, mehr digital, mehr Koordination – Ressourcen präzise einsetzen“ zusammenfassen. Das kann nur gelingen, wenn die Politik den Mut hat, grundlegende Reformen anzugehen, die ZNS-Fachgruppen dabei anhört und unabdingbaren Gestaltungswillen zeigt. Die Berufsverbände sind dabei die richtige Plattform, um die Anliegen der Neurologie und Psychiatrie weiterzutragen. Die kommenden Jahre bieten große Chancen, die Entwicklungen mitzugestalten. Die Verbände positionieren sich dabei als unverzichtbare Säule der neuropsychiatrischen Versorgung.

In Zeiten eines fragmentierten Parteiensystems sind lagerübergreifende Koalitionen normal geworden. Diskurs oder sogar Streit sind ebenso normal und dürfen nicht als Krise dämonisiert werden. Trotz nötigen Ringers müssen Entscheidungen getroffen werden – nur dann kommt es zu echtem Fortschritt und der ausgerufene „Herbst der Reformen“ verkommt nicht zu einem Sinnbild von Tatenlosigkeit.

AUTOR

Bernhard Michatz

Geschäftsführer von BDN, BVDP, BVDN und Spitzenverband ZNS
Wulffstr. 8
10115 Berlin

Bernhard.Michatz@spitzenverband.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.

Herbsttagung des BVDN 2025

Vorstand bestätigt – Weiterbildung und Versorgungsrealität im Blick

Bei der BVDN-Herbsttagung 2025 in Saarbrücken gab es nicht nur intensive Fachdebatten, sondern auch die Wiederwahl des Vorstands und einen Ausblick auf die ZNS-Tage. Im Fokus der Diskussionen standen neue Alzheimertherapien, die elektronische Patientenakte und die Frage, wie Patientensteuerung in Neurologie und Psychiatrie künftig aussehen soll.

Die Herbsttagung 2025 des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte (BVDN) fand vom 31. Oktober bis zum 1. November in Saarbrücken statt. Delegierte sämtlicher Landesverbände waren diesmal der Einladung des Landesverbandes Saarland und dessen Vorsitzenden Dr. Nikolaus Rauber gefolgt. Belohnt wurden sie mit vielschichtigen Informationen, lebhaften Debatten und kollegalem Austausch.

Nach der Begrüßung durch die BVDN-Vorsitzenden Dr. Sabine Köhler und Dr. Klaus Gehring referierte die

Zahnärztin und Medizinhistorikerin Dr. Gisela Tascher aus Heusweiler-Holz zum Thema „Euthanasie und Zwangsterilisation im Saarland von 1935–1946“, zu dem sie auch publiziert hat.

Nach diesem zur Nachdenklichkeit gemahnenden Beginn folgte der Bericht des Vorstands zur aktuellen Gesundheitspolitik, die rege diskutiert wurde. Danach gab Schatzmeister Prof. Gereon Nelles eine Übersicht zu den Finanzen, die sich in geregelten Bahnen bewegen.

In Saarbrücken stand die Wahl des Vorstands an, die gemäß Satzung alle

vier Jahre abzuhalten ist. Der gesamte derzeitige Vorstand erklärte seine Bereitschaft, für eine weitere Amtsperiode anzutreten und es wurden keine weiteren Kandidatinnen und Kandidaten benannt. Daraufhin wurde der Vorstand einstimmig wiedergewählt.

Wie gewohnt bildeten die Neuigkeiten aus Neurologie und Psychiatrie einen zentralen Bestandteil des Treffens. Gesprächsintensiv waren dabei die neuen Alzheimertherapien sowie Fragen zu Versorgungsstrukturen und -verträgen. Dabei ging es auch um die adäquate Vergütung der Praxen für diese Therapien, die in manchen KVen ausschließlich im Regelvolumen erfolgt, sowie um die Versorgung jener Patientinnen und Patienten, die für die Anwendung der neuen Alzheimermedikamente nicht in Frage kommen. Aufgegriffen wurde zudem die Problematik der Güte und Spezifität der verschiedenen Testverfahren. Ein weiterer Themenkomplex betraf die Rolle der Allgemeinpraxen und die Bedeutung von Gedächtnisambulanzen: Welche Aufgaben können oder sollten sie übernehmen, und in welcher Form sind Kooperationen sinnvoll und umsetzbar? Als Herausforderungen wurden unter anderem lange Wartezeiten für MRT-Termine in ländlichen Regionen sowie die Lieferzeiten der Medikamente aufgezählt.

Mit einem Bericht aus der Geschäftsstelle eröffnete Geschäftsführer Bernhard Michatz den zweiten Tag. Bei der Zahl der Mitglieder hat sich der Trend fortgesetzt, erwartungsgemäß konnten BVDP und BDN zulegen, während der BVDN Mitglieder verlor. Michatz rief



Der Vorstand des BVDN wurde einstimmig wiedergewählt (v.li.): Dr. Christa Roth-Sackenheim, Dr. Sabine Köhler, Dr. Klaus Gehring, Dr. Roland Urban, Dr. Gereon Nelles, Dr. Uwe Meier

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.



Stadtführung in Saarbrücken

Teil des gemeinsamen Abendprogramms war eine Stadtführung durch Saarbrücken, in der die wechselvolle Geschichte des Saarlandes und interessante Details zur Architektur veranschaulicht wurden. Sie entdeckte vor der Basilika St. Johann (siehe oben), bei der es sich nicht um eine Basilika im architektonischen Sinne, sondern um eine „Basilika minor“ handelt. Diesen Ehrentitel erhielt die zwischen 1754 und 1758 erbaute Hallekirche vom Vatikan aufgrund ihrer besonderen Bedeutung, ohne dass ihr Bautyp dem einer klassischen Basilika entsprach. Auf der imposanten dreiteiligen Orgelanlage fand eine kurze „Orgelmeditation“ statt. Auf Einladung des Landesverbandes Saarland genossen alle Delegierten anschließend ein gemeinsames Abendessen.

die Delegierten dazu auf, für Veröffentlichungen von Informationen aus den Landesverbänden den NeuroTransmitter stärker als bisher zu nutzen.

ZNS-Tage 2026 locken

Das Programm der ZNS-Tage 2026 stellte Schatzmeister Nelles vor. Bei diesem Kongress werden Themen präsentiert, die für alle in Neurologie und Psychiatrie von Interesse sind. Eine Breite, die die meisten anderen Tagungen nicht mehr bieten. So sind die großen Kongresse, aber auch die kleineren Veranstaltungen der Fachgesellschaften im Wesentlichen jeweils auf die eigene Fachgruppe ausgerichtet. Bei den ZNS-Tagen ergibt sich im Gegensatz dazu die besondere Möglichkeit,

auch fachübergreifende Veranstaltungen zu besuchen. Darüber hinaus sind persönliche Unterweisungen möglich.

Musterweiterbildungsordnung

Der ausführliche Bericht von Köhler zur Musterweiterbildungsordnung (MWBO) löste eine Debatte aus, in der die unterschiedlichen Vorstellungen der Delegierten deutlich wurden. Noch nicht endgültig beschlossen sind laut Köhler die Zukunft des komplementären Jahres und die Möglichkeit, Weiterbildungszeiten regelhaft im ambulanten Bereich zu erbringen. Die neurologischen Fachvertreterinnen und -vertreter sehen eine stärkere Notwendigkeit der Weiterbildung im Bereich der interventionellen Therapiemaßnahmen und der Schlaganfallversorgung im Ganzen als in der Psychiatrie, während die Psychiaterinnen und Psychiater forthin betonen, wie wichtig die Kenntnis somatisch-neurologischer Zusammenhänge ist.

Für die Fortentwicklung der MWBO werden von der ständigen Kommission Weiterbildungsordnung (StäKo) der Bundesärztekammer (BÄK) alle von den Berufsverbänden und den Fachgesellschaften eingereichten Änderungswünsche und -vorschläge geprüft. In der StäKo sind aus allen Landesärztekammern jeweils ein hauptberuflicher und ein ehrenamtlicher Vertreter oder eine Vertreterin präsent, die schließlich einen Vorschlag für den Vorstand der BÄK erarbeiten. Dieser wird von der BÄK eventuell nochmals verändert und dann dem Deutschen Ärztetag zur Abstimmung vorgelegt. Dort ist allerdings nicht sicher, ob die eingebrachten Änderungswünsche tatsächlich angenommen werden. Gehring berichtete hierzu aus der DGN, dass hier deutlich andere Vorstellungen diskutiert wurden, als dies in der DGPPN geschehen war.

Ausführlich wurden auch die elektronische Patientenakte (ePA) und die Videosprechstunde erörtert. Die Teilnehmenden äußerten Bedenken zur Erfassung psychiatrischer Diagnosen („F-Diagnosen“) in der ePA wegen denkbare Stigmatisierung. Als weitere Konfliktfelder wurden der Datenschutz und Probleme bei einem Wechsel der Krankenversicherung benannt. Die Videosprechstunde wurde überwiegend positiv ge-

sehen, obschon allen klar war, dass sich die Arztzeiten durch diese Neuerung nicht verdoppeln.

Patientensteuerung – aber wie?

Die von verschiedenen Seiten geforderte bessere Patientensteuerung will die Politik durch ein Primärarztmodell erreichen, das jedoch problematische Folgen hätte. Es wurde deutlich, dass eine Patientensteuerung in psychiatrischen Praxen sich von der in neurologischen Praxen unterscheiden muss. Um Lösungsvorschläge zur Patientensteuerung zu erarbeiten, wurden zwei Arbeitsgruppen gebildet, die ihre Ergebnisse später mit dem Plenum teilen und vertiefen. Dabei betonte die Psychiatriegruppe, dass ihre Praxen bereits eine Primärarztfunktion haben, sodass das Primärarztmodell hier nicht sinnvoll sei. Sollte tatsächlich ein Überweisungsvorbehalt für den Zugang zur Psychiaterin oder zum Psychiater kommen, sei eine „qualifizierte Überweisung“ mit konkreten Fragestellungen erforderlich.

Auch die neurologische Gruppe führte Schwierigkeiten bei Zuweisungen aus und verlangte klare, qualifizierte Aufträge, die die Dringlichkeit und Notwendigkeit einer neurologischen Intervention erkennen lassen. Im Anschluss kamen allgemeine Probleme auf den Tisch, etwa die Nachbesetzung nierenärztlicher Praxen durch reine Neurologinnen und Neurologen. Außerdem wurden die Chancen durch die unterstützende Tätigkeit eines oder einer „Physician Assistant“ beleuchtet.

Zum Schluss dankte Köhler nochmals Rauber und dem LV Saarland für die Ausrichtung. Die diesjährige Herbsttagung des BVDN wird vom 29. bis 31. Oktober 2026 in Warnemünde stattfinden.

AUTOR

Dr. med. Roland Urban

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Turmstr. 33
10551 Berlin
Schriftführer im BVDN
dr.urban-berlin@t-online.de



Online-Fortbildung der Verbände für MFA

Training zu psychometrischen Testungen in der Alzheimerdiagnostik

Die Diagnose einer Alzheimererkrankung stellt hohe Anforderungen an die medizinische Praxis. Standardisierte psychometrische Tests sind dabei ein unverzichtbares Instrument, um frühe Anzeichen sicher zu erkennen. Ein Online-Trainingsprogramm unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Iris-Katharina Penner soll MFA, Physician Assistants und weitere Fachkräfte für die professionelle Durchführung dieser Testungen qualifizieren.

Ein neues Online-Trainingsprogramm der Berufsverbände BVDN, BDN und BVDP verfolgt das Ziel, Medizinische Fachangestellte (MFA) und andere Fachkräfte aus Gesundheitsberufen für standardisierte psychologische Testungen zur Diagnostik der frühen Alzheimerdemenz und weiterer Demenzformen qualifizieren. Die Schulungen (Modul 1 bis 4) erfolgen durch erfahrene Neuropsychologinnen unter der

Leitung von Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Iris-Katharina Penner. Zusätzlich sind vier Regionen (Norden, Osten, Westen, Süden Deutschlands) vorgesehen, um neben den Online-Schulungen auch einen regionalen Erfahrungsaustausch zu ermöglichen. Die Indikationsstellung, Interpretation der Ergebnisse und Eindordnung in das Gesamtkonzept der Diagnose bleiben den behandelnden Ärztinnen und Ärzten oder Neuropsycholo-

ginnen und -psychologen vorbehalten. Zur Zielgruppe gehören

- MFA mit Erfahrung in Patientenbetreuung und medizinischer Assistenz,
- Mitarbeitende aus Pflegeberufen, Physician assistants (PA) und anderen Assistenzberufen mit medizinischem oder psychologischem Hintergrund,
- Sozialarbeiterinnen und -arbeiter sowie Sozialpädagoginnen und -pädagogen mit Berufserfahrung im Umgang mit Menschen mit neuropsychiatrischen Beschwerden,
- Neuropsychologinnen und -psychologen sowie
- alle Ärztinnen und Ärzte, die ihr Wissen vertiefen möchten.

Schulungszertifikat

Erfolgreich Teilnehmende erhalten das Zertifikat „Qualifizierte Testdurchführende“ unter der Aufsicht von Prof. Dr. Iris-Katharina Penner, die auch die Supervision des Programms übernimmt.

Nachhaltigkeit und Ausweitung

Follow-up-Schulungen bieten vertiefende Online-Module zur Auffrischung und Erweiterung des Wissens. Die Teilnehmenden erhalten Lehrvideos mit Beispielen für die praktische Durchführung (Best-Practice und Fehlerquellen) sowie professionelles Feedback.

Myriam Lestang, Referentin für Versorgungsprojekte der Verbände

Wir danken den Sponsoren Lilly Deutschland GmbH und Eisai GmbH für Ihre Unterstützung.

Termine Online-Trainingsprogramm für psychometrische Testungen

Die Webinar-Reihe umfasst vier Termine à 90 Minuten und findet von März bis Mai 2026 statt.

Modul 1: Einführung in die Alzheimerdiagnostik und Rolle der MFA unter anderem in der Diagnostik

11. März 2026, 17:00–18:30 Uhr – PD Dr. rer. nat. habil Liane Kaufmann

A: Grundlagen von Alzheimer und Demenz, Bedeutung von psychometrischen Testungen, Differenzialdiagnose der Demenzen

B: Rolle der MFA in der interdisziplinären Zusammenarbeit

Modul 2: Standardisierte psychometrische Testverfahren Teil 1

18. März 2026, 17:00–18:30 Uhr – PD Dr. rer. nat. Vanessa Krause

Einführung in die gängigen Testverfahren zur Diagnostik der Demenz und praktische Durchführung, Handhabung und Dokumentation

Modul 3: Standardisierte psychometrische Testverfahren Teil 2

25. März 2026, 17:00–18:30 Uhr – Luisa Balz und Stephanie Spohn

Einführung in die gängigen Testverfahren zur differenzialdiagnostischen Abklärung der Demenzen und Pseudodemenzen, einschließlich praktischer Durchführung, Handhabung und Dokumentation

Modul 4: Qualitätssicherung und Falldarstellungen

20. Mai 2026, 17:00–18:30 Uhr – Luisa Balz und Stephanie Spohn

A: Sicherstellung, dass die Tests nach den Standards durchgeführt werden, Umgang mit Herausforderungen in der Praxis, Identifikation von Fehlerquellen und Fehlerdiskussion

B: Fallvorstellungen durch die Teilnehmenden und Feedback

Anmeldung:

<https://buchen.cortex-management.de/Alzheimer-Schulung/>



Patientensteuerung und Ressourcenmanagement

Strukturwandel aktiv gestalten: Forderungen aus dem BDN-Forum 2025

Die Neurologie steht unter Druck: Ambulantisierung, Digitalisierung und steigende Komplexität erfordern neue Strukturen. Nur durch klare gesundheitspolitische Visionen und abgestimmte Strategien kann die Versorgung zukunftsfähig gestaltet werden. Die Diskussion beim BDN-Forum auf dem DGN-Kongress 2025 lieferte Impulse für mehr Kohärenz und sektorenübergreifende Kooperation.

Das BDN-Forum 2025 widmete sich der Frage, wie die neurologische Versorgung in Deutschland künftig stabil, patientenorientiert und qualitätsgesichert gestaltet werden kann. Patientensteuerung und Ressourcenmanagement sind dabei wichtige Stellschrauben. Ein „sehr aktuelles Thema, gerade im Angesicht der Krankenhausstrukturreform und vielen anderen Aspekten, die auf uns zukommen“, leitete

Prof. Martin Südmeyer, Vorsitzender des BDN, die Veranstaltung ein. „Der Patient ist das Gesundheitssystem und er ist krank“, erklärte Dr. Uwe Meier, Vorsitzender des BDN. Er suchte nach Lösungen und „nach der Therapie für den Patienten: Zugang zu medizinischem Fortschritt herstellen, aber die Kosten dabei im Blick haben.“

Ausgangspunkt der Forumsdiskussion über den Zustand des Gesundheits-

systems und der Rolle der Neurologie sind Besorgnis erregende Zahlen. Für die GKV gehen Schätzer für das Jahr 2027 von einer Finanzlücke von 12 Milliarden € aus, mit steigender Tendenz für die kommenden Jahrzehnte. Seit Jahren wird das Gesundheitssystem durch Steuern bezuschusst und es werden Darlehen in Erwägung gezogen, die eine Verlagerung auf künftige Generationen bedeuten würden. Dabei werden bereits jetzt



Arbeiteten beim BDN-Forum 2025 Zukunftsaufgaben und Lösungswege für die Neurologie aus (v.li.): BDN-Vorsitzender Dr. Uwe Meier, Prof. Sven Meuth, Direktor der Klinik für Neurologie am Universitätsklinikum Düsseldorf, Dr. PH Silke Neusser, Alfried Krupp von Bohlen und Halbach Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement, Universität Duisburg-Essen, Dr. (I) Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Martin Südmeier, Vorsitzender des BDN

die Belastungen für die Beitrags- und Steuerzahler immer höher, während die Zahl der Beitragszahler abnimmt. Auf der anderen Seite steht Deutschland ganz oben auf den Weltranglisten, was die Anzahl der Krankenhausbetten und Arzt-Patienten-Kontakte anbetrifft. All das steht auf dem Prüfstand.

Die Zielsetzung der Krankenhausstrukturreform war zwar richtig, aber nicht hinreichend konsentiert und zu Ende gedacht. Derzeit steht bereits das erste Krankenhausstrukturänderungsgesetz ins Haus. Für die Mehrbedarfe, die aus der Ambulantisierung resultieren, fehlen jedoch jegliche Konzepte. Das von der Politik ins Feld geführte Primärarztsystem wird allein schon daran scheitern, dass die Hausarztpraxen bereits überfüllt sind und die demografische Entwicklung zu einem anhaltenden Schwund von Hausarztpraxen führen wird. Politik und Krankenkassen denken über Sparoptionen nach, durchgreifende Reformen sind hingegen nicht in Sicht.

Das Gesundheitssystem steckt in einer Krise. Wenn eine hochwertige Gesundheitsversorgung aufrechterhalten und der Zugang zu medizinischen Innovationen weiterhin ermöglicht werden soll, braucht es tiefgreifende Reformen. Dies betrifft ganz besonders auch die Neurologie, die eine Schlüsseldisziplin ist. Infolge der Prävalenzsteigerung altersassozierter neurovaskulärer und neurodegenerativer Erkrankungen aufgrund der demografischen Entwicklung einerseits und durch den medizinischen Fortschritt mit Innovationsschüben in der Behandelbarkeit neurologischer Krankheiten andererseits, nehmen die Bedarfe deutlich zu. Die Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie erweitern sich ganz erheblich, gleichzeitig steigen Versorgungsbedarfe und Zeitressourcen schneller, als die vorhandenen Kapazitäten mitwachsen.

Versorgungsbedarfe in der ambulanten Neurologie

Dem Abbau stationärer Strukturen im Kliniksektor stehen Bedarfssteigerungen in der ambulanten Medizin gegenüber. Das ambulante System ist hierauf in keiner Weise vorbereitet. Um versorgungspolitisch handlungsfähig zu blei-

Das deutsche Gesundheitssystem im Neuro-Check

Beim BDN-Forum auf dem DGN-Kongress 2025 präsentierte Dr. Uwe Meier eine neurologische Befunderhebung des Gesundheitssystems und eine differenzialdiagnostische Eingrenzung. Hier seine Anmoderation im Wortlaut:

„Geboren 1883 und damals ein Wunder der sozialen Evolution, leidet unser Patient nach vielen überstandenen Krisen, Reformen und Strukturveränderungen unter chronischer Erschöpfung, Orientierungslosigkeit und Leistungsabfall. Die Vitalparameter sind Besorgnis erregend, beschreiben sie doch eine steile Kostenkurve und schmale Beitragsbasis. Ohne intravenöse Steuersubventionen ist unser Patient gar nicht mehr überlebensfähig. Pathogenetisch spielen eine dauerhafte Dysbalance zwischen medizinischem Fortschritt, demografischer Entwicklung und schwindender Finanzierungsbasis des solidarischen Systems eine wichtige Rolle, bei gleichzeitig sinkender Erwerbsbevölkerung und wachsender Inanspruchnahme. Zu dieser Hypo- und Malnutrition kommt eine zunehmende bürokratische Überlastung, die das System prionenartig unterhöhlt und unnötigerweise zusätzlich destabilisiert. Neuropsychiatrisch ist unser Patient multimorbide. Er hat Symptome einer neuroderegenerativen Systemerkrankung mit langsamen Funktionsverlust bei zunächst noch scheinbar stabiler äußerer Erscheinung, aber nun zunehmender Steifigkeit und Akinese in Form rigider Strukturen und Reformunfähigkeit sowie einen Tremor mit hektischen Einzelmaßnahmen. Erschwerend kommt eine fortschreitende Atrophie tragender Strukturen mit Fachkräftemangel, Pflegeproblemen und ländlicher Unterversorgung. In legislatorperiodischer Häufigkeit zeigt sich ein epileptisches Geschehen in Form tonisch-klinischer Reformkrisen mit postikaler Orientierungslosigkeit und Gedächtnislücken. Im politischen Kontext offenbaren sich dissoziative Störungen mit auseinanderklaffender Diskrepanz zwischen Wahrnehmung und Realität und einer exekutiven Dysfunktion durch frontalem Hypometabolismus, der mit einer dysfunktionalen und unzureichenden Vernetzung von Steuerungszentren in Politik und Selbstverwaltung einhergeht. Weitere Diskonnectionssyndrome und Synaptopathien zeigen sich in einer mangelnden Vernetzung zwischen Sektoren, Berufsgruppen und Versorgungsebenen. Eine Therapie und Stabilisierung ist möglich, braucht aber eine grundlegende Neuausrichtung von Versorgungszielen, Abläufen und Strukturen, die sich am Patienten- und Gemeinwohl orientiert, was nur durch eine gemeinsame Anstrengung aller Systempartner jenseits von Partialinteressen möglich ist.“

ben und damit etwaige Reformprozesse konstruktiv, ideologiefrei und evidenzbasiert begleitet werden können, hat der BDN ein Gutachten zur Erhebung der Versorgungsbedarfe in der ambulanten Neurologie in Auftrag gegeben. Dieses wurde am Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen unter der Leitung von Prof. Jürgen Wassem durchgeführt. Ziel war es, exemplarisch zu analysieren, wie sich Versorgungsbedarf und Zeitaufwand bei zwei der relevantesten Indikationen der Neurologie entwickeln: Multiple Sklerose (MS) und Alzheimererkrankung. Beide wurden im Kontext der Zulassung krankheitsmodifizierender Therapien betrachtet. Die Krankheitsbilder stehen stellvertretend für zwei große dynamische Bewegungen: die rapide zunehmende therapeutische Komplexität in der Neuroimmunologie und die Ausweitung der Diagnostik und der Frühtherapie im Bereich der neurodegenerativen Erkrankungen.

Bei der MS zeigte das Gutachten, dass die Patientenzahlen moderat steigen, der Zeitaufwand pro Person jedoch deutlich stärker zunimmt als die Fallzahlen (siehe Artikel ab S. 36 und ab S. 39). Diese Entwicklung ist unmittelbare Folge des therapeutischen Fortschritts: Die Zahl immunmodulatorisch behandelter Patientinnen und Patienten hat sich in den letzten Jahren erheblich erhöht. Gleichzeitig erfordern diese hochwirksamen Therapien aufgrund der Applikation und komplexerer Risikoprofile eine intensivierte ärztliche Betreuung. Der durchschnittliche Zeitbedarf pro MS-Patientin oder -Patient stieg von rund 36 auf 44 Minuten. Zwar wirkt der Unterschied auf individueller Ebene gering, doch angesichts hoher Fallzahlen führt die summierte zeitliche Belastung zu einem erheblichen Mehrbedarf im ambulanten Sektor. Gleichzeitig zeigte das Gutachten, dass Verlaufsdiagnostik, Therapieumstellungen, Sicherheitsmonitoring und Aufklärung zeitlich deutlich umfangreicher geworden sind.

Noch stärker in die Zukunft weist die Analyse der Alzheimerversorgung. Die Zulassung krankheitsmodifizierender Antikörper im Herbst 2025 verändert die Versorgungslage grundlegend: Der therapeutische Nutzen dieser Medikamente ist an möglichst frühe Diagnosestellung und engmaschiges Monitoring gebunden. Damit entsteht ein Screening- und Diagnostikbedarf, der die ambulante Neurologie in einem bislang nicht bekannten Ausmaß fordert. Selbst konervative Modellszenarien gehen von Millionen zusätzlicher Test- und Untersuchungskontakte aus. Dies betrifft sowohl neuropsychologische Testung als auch Liquor- oder PET-basierte Diagnostik und die kontinuierliche Verlaufsüberwachung. Das Gutachten macht deutlich, dass die ambulante Neurologie hier zum zentralen Knotenpunkt wird – während parallel stationäre Kapazitäten eher reduziert werden sollen.

Ambulantisierung und Patientensteuerung

In der anschließenden Podiumsdiskussion wurden diese Ergebnisse vertieft und in einen breiteren gesundheitspolitischen Kontext eingeordnet. Die Diskutierenden hoben hervor, dass Ambulantisierung politisch gewünscht, aber

strukturell noch unzureichend vorbereitet ist. Das aktuelle Vergütungssystem, sowohl im stationären DRG als auch im ambulanten EBM, bildet zeitaufwendige Leistungen nicht angemessen ab. Stattdessen fördern die Systeme Fallzahlen, standardisierte Abläufe und Quantität. Komplexe neurologische Behandlungen – insbesondere Therapieentscheidungen, umfassende Aufklärung, Verlaufskontrollen und Risikobewertungen – werden ressourcenökonomisch eher benachteiligt. Die auf dem Podium Versammelten waren sich einig, dass diese Schieflage ohne Reformen die Versorgung gefährden könnte. Zudem müsse sich die Neurologie dringend davon lösen, Strukturen primär an Abrechnungsmechanismen statt an medizinischen Erfordernissen auszurichten. Dies führt zu einer strukturellen Unterfinanzierung jener Leistungen, die den größten Anteil an der Versorgungsqualität ausmachen.

Ein zweiter großer Themenschwerpunkt des Forums war die Patientensteuerung. Mehrere Expertinnen und Experten schilderten, dass neurologische Notaufnahmen, Ambulanzen und Praxen zunehmend durch unkoordinierte Inanspruchnahme belastet werden. Während tatsächlich dringliche Fälle selbstverständlich priorisiert wer-

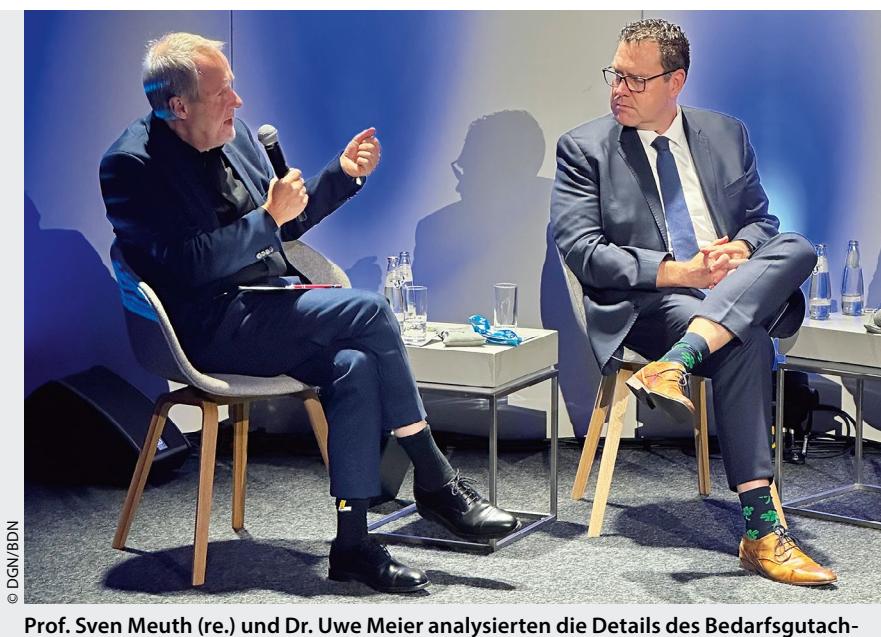
den müssten, gelangen viele Patientinnen und Patienten in die spezialärztliche Versorgung, obwohl eine hausärztliche Abklärung oder ein differenziertes Terminmanagement ausreichend gewesen wäre. Beispiele aus dem klinischen Alltag machten deutlich, dass ein relevanter Anteil der Patientenkontakte medizinisch nicht zwingend notwendig ist, aber dennoch Ressourcen bindet. Die Diskutierenden waren sich einig, dass eine intelligente Patientenzuweisung notwendig wird – nicht als starres Gatekeeping, sondern als strukturierte Navigation innerhalb der Versorgung.

Dabei wurde betont, dass Deutschland im internationalen Vergleich mit seinem ausdifferenzierten ambulanten Facharztsystem grundsätzlich einen Vorteil besitzt: Vertragsärztlich tätige Neurologen und Neurologen haben die Möglichkeit, langfristige therapeutische Beziehungen aufzubauen, Verlaufsdiagnostik kontinuierlich durchzuführen und komplexe Fälle zu steuern. Diese Stärke müsse jedoch bewahrt und weiterentwickelt werden. Die Expertinnen und Experten warnten davor, funktionierende Strukturen zugunsten vereinfachender Steuerungsmodelle zu schwächen, die zwar Ressourcen sparen könnten, aber zulasten von Zugänglichkeit und Patientenorientierung gingen. Priorisierung müsse medizinisch begründet, transparent kommuniziert und ethisch vertretbar sein.

Hürden bei sektorübergreifender Versorgung überwinden

Ein weiterer zentraler Bereich der Diskussion war die sektorübergreifende Versorgung. Die Panelteilnehmenden betonten, dass die Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zunehmend künstlich werden, insbesondere wegen der hohen chronischen Krankheitslast in der Neurologie. Zahlreiche Beispiele zeigten, dass kooperative Modelle zwischen Praxen, spezialisierten Zentren und Kliniken bereits erfolgreich funktionieren können. Gleichzeitig seien diese Modelle hingegen nur punktuell realisiert, da sie auf individuelle Initiative angewiesen sind und keine systematische Förderung erhalten.

Ein besonders häufig benanntes Hindernis war der Mangel an Interoperabi-



© DGN/BDN

Prof. Sven Meuth (re.) und Dr. Uwe Meier analysierten die Details des Bedarfsgutachtens Neurologie.



© DGN/BDN

Prof. Martin Südmeyer stieß mit seinen Argumenten bei BÄK-Präsident Dr. Klaus Reinhart auf offene Ohren.

lität. Kliniken sind vielfach nicht an die Telematikinfrastruktur angebunden und der Austausch diagnostischer Daten ist beschränkt. Dies führt zu Medienbrüchen, ineffizientem Informationsfluss und Doppeluntersuchungen. Die Diskutierenden waren sich einig, dass eine moderne neurologische Versorgung nur mit digital gestützten, verlässlichen Kommunikationswegen funktionieren kann. Ohne systematischen Datenaustausch verlieren sowohl Praxis als auch Klinik wertvolle Ressourcen und Versorgungspfade werden fragmentiert. Ein zentrales Anliegen des Panels war daher, dass Berufsverband und Fachgesellschaft eine aktive Rolle bei der Entwicklung digitaler Austauschstandards übernehmen sollten.

Auch das Thema Delegation spielte eine bedeutende Rolle. Mehrere Teilnehmende betonten, dass eine Entlastung der ärztlichen Tätigkeit nur möglich sei, wenn qualifiziertes nichtärztliches Personal stärker eingebunden wird. Spezialisierte Praxismitarbeiterinnen, Physician Assistants oder strukturierte teledizinische Assistenzfunktionen könnten Aufgaben übernehmen, die kein zwingendes ärztliches Handeln erfordern.

Beispiele dafür waren standardisierte Anamnesetools, Monitoring-Bausteine, Verlaufsabfragen oder Schulungsanteile. Delegation wurde dabei nicht als Qualitätsverlust, sondern als Professionalisierung beschrieben. Voraussetzung seien allerdings eine auskömmliche Finanzierung und klare rechtliche Rahmenbedingungen.

Digitale Unterstützungssysteme – insbesondere KI-basierte Triage- oder Diagnostikwerkzeuge – wurden ebenfalls diskutiert. Das Gutachten selbst identifizierte keine sofort einsatzbereiten KI-Instrumente für neurologische Priorisierung oder Screeningprozesse. Die Panelteilnehmenden sahen jedoch großes Potenzial in der langfristigen Integration solcher Systeme, insbesondere bei der standardisierten Befundauswertung, in der Früherkennung kognitiver Veränderungen oder im Monitoring chronischer Erkrankungen. Entscheidend sei, dass Digitalisierung nicht zu Mehrarbeit führe und nur dann implementiert werde, wenn sie bestehende Prozesse wirklich vereinfache.

In der letzten Phase der Diskussion rückten die strukturellen und politischen Implikationen der Ergebnisse in

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Am Rande kurz gemeldet: Vorstands- und Landessprecherwahlen des BDN

Bei der Mitgliederversammlung des BDN am 10. Dezember 2025 fanden Vorstands- und Landessprecherwahlen statt. Nach langjähriger Tätigkeit schied Prof. Heinz Wiendl, Ärztlicher Direktor der Klinik für Neurologie und Neurophysiologie am Universitätsklinikum Freiburg, als Beirat aus. Für seine Arbeit mit vielen zukunftsweisenden Projekten danken wir ihm herzlich. Als Beisitzer neu gewählt wurde Prof. Tobias Ruck, Direktor der Neurologischen Klinik und Poliklinik am BG Universitätsklinikum Bergmannsheil, Bochum.

In ihrem Amt bestätigt wurden Dr. Uwe Meier (1. Vorsitzender), Prof. Martin Südmeyer (2. Vorsitzender), Dr. Martin Delf (Kassenwart) und Prof. Wolfgang Freund (Schriftführer), sowie als Beisitzer Prof. Thomas Duning, Prof. Christoph Michael Kosinski und Dr. Klaus Gehring.

In Sachsen-Anhalt wurde PD Dr. Katharina Stoeck als neue Landessprecherin gewählt, neuer Landessprecher in Bremen ist Dr. Torsten Niehoff. Im Hamburg gibt es mit Dr. Birte Elias-Hamp und Dr. Ingmar Wellach nun eine Landessprecher-Doppelspitze. Alle weiteren Landessprecherinnen und Landessprecher wurden in ihren Ämtern bestätigt. Ein ausführlicher Bericht folgt in der nächsten Ausgabe. **red**

den Mittelpunkt. Mehrere Podiumsteilnehmende wiesen darauf hin, dass die Neurologie in der gesundheitspolitischen Debatte oftmals unterrepräsentiert sei, obwohl neurologische Erkrankungen zu den häufigsten und kostenintensivsten Krankheitsbildern gehören. Die Notwendigkeit, komplexe Therapien sicher zu steuern, deren Wirksamkeit eng an Verlaufsdiagnostik und frühzeitige Intervention geknüpft ist, macht die Neurologie zu einem Fach, das besonders sensibel auf systemische Defizite reagiert. Daher müsse die neurologische Fachcommunity deutlich aktiver auftreten, ihre Strukturen selbstbewusst benennen und politische Entscheidungen kritisch begleiten.

Priorisierung heißt nicht zwingend Rationierung

Ein zentrales Thema des Abschlussblocks war die Priorisierung. Anders als häufig befürchtet, wurde sie im Panel nicht als Rationierungsinstrument verstanden, sondern als Instrument medizinischer Verantwortung. Die Expertinnen und Experten betonten, dass Priorisierung unvermeidbar werde, wenn Ressourcen strukturell begrenzt sind und gleichzeitig der Bedarf steigt. Entscheidend sei, dass neurologische Expertise dabei eine führende Rolle einnehme. Die Fachgesellschaften müssten gemeinsam Kriterien entwickeln, wann jemand welche Form von Versorgung benötigt, wie Notwendigkeit und Dringlichkeit definiert werden und wie sichergestellt werden könne, dass vulnerable Gruppen

nicht benachteiligt werden. Gleichzeitig müsse Priorisierung offen kommuniziert und ethisch fundiert sein. Die Diskutierenden waren sich bewusst, dass es sich dabei um einen gesellschaftlich sensiblen Prozess handelt, dessen Akzeptanz maßgeblich von Klarheit und Transparenz abhängt.

Obwohl Prävention traditionell nicht als Kernaufgabe der Neurologie betrachtet wird, wurde in der Diskussionsrunde hervorgehoben, dass zahlreiche neurologische Erkrankungen – wie Schlaganfälle, vaskuläre Demenzen oder bestimmte neuropathische Syndrome – direkt von präventiven Maßnahmen beeinflusst werden können. Die Teilnehmenden plädierten dafür, Präventionsstrategien stärker zu fördern, beispielsweise durch Aufklärungskampagnen, interdisziplinäre Programme zur kognitiven Gesundheit oder gesundheitliche Bildung bereits in Schulen. Langfristig könnten solche Maßnahmen die Inzidenz neurologischer Erkrankungen reduzieren und so die Versorgung nachhaltig entlasten. Es zeigte sich zudem eine bemerkenswerte Übereinstimmung darin, dass die Neurologie die Chance nutzen müsse, ihren eigenen Strukturwandel aktiv mitzugestalten.

Fazit für die Praxis

Das Forum identifizierte zahlreiche Felder, in denen die Neurologie gegenüber Politik und Selbstverwaltung klare Positionen formulieren sollte: die angemessene Vergütung zeitintensiver Leistungen, die Sicherstellung digitaler Interoperabilität, die De-

legation von Aufgaben zu fördern, die Entwicklung sektorenübergreifender Behandlungspfade und eine längerfristige Versorgungsperspektive für neurodegenerative Erkrankungen. Ein wiederkehrendes Motiv war die Forderung nach Kohärenz: Berufsverband und Fachgesellschaft sollten gemeinsam auftreten und abgestimmte Strategien formulieren, um die Versorgung der nächsten Jahre resilient und patientenzentriert auszurichten.

Abschließend formulierten die Panelteilnehmenden vorsichtigen Optimismus. Trotz erheblicher struktureller Herausforderungen eröffnen moderne Diagnostik und Therapie viele Chancen. Sie betonten, dass diese Potenziale jedoch nur dann wirken können, wenn die politischen Rahmenbedingungen gegeben sind. Die Ambulantierung müsse begleitet werden durch eine adäquate Finanzierung, eine Neubewertung zeitintensiver Leistungen und eine strukturelle Stärkung der ambulanten Facharztschiene.

Die neurologische Versorgung befindet sich in einer Phase tiefgreifender Transformation. Der medizinische Fortschritt, die demografische Entwicklung und die Einführung neuer Therapiekonzepte führen zu wachsender Komplexität, steigendem Zeitbedarf und zunehmenden Anforderungen an die Versorgungsstrukturen. Die Zukunft der Neurologie hängt maßgeblich davon ab, wie erfolgreich es gelingt, diese Herausforderungen in koordiniertes Handeln zu überführen. Das BDN-Forum 2025 lieferte hierfür wertvolle Impulse und zeigte zugleich Wege auf, wie eine moderne, nachhaltige neurologische Versorgung aussehen kann.

AUTORIN

Dr. med. Sonja Faust

Fachärztin für Anästhesiologie
Assistenz der Schriftleitung
Wulffstraße 8, 12165 Berlin

s.faust@berufsverband-neurologen.de

Berufspolitik gestalten

Kooperation für bessere Versorgung

Nach elf Jahren klinisch-wissenschaftlicher Tätigkeit an der Universität Rostock ließ sich die Neurologin und Psychiaterin Dr. Katrin Kreiner im Jahr 2005 in Ribnitz-Damgarten nieder. Seit zwölf Jahren engagiert sie sich im Vorstand des BVDN Mecklenburg-Vorpommern und wurde zwei Jahre später zur BDN-Landessprecherin gewählt. Bei der Wahl am 10. Dezember 2025 erhielt sie erneut das Vertrauen und wurde im Amt bestätigt.

? Warum machen Sie Berufspolitik?

Dr. Katrin Kreiner: Berufspolitik ist für mich „kollegiales Miteinander zur Verbesserung unserer Arbeits- und Einkommensbedingungen“. Dazu gehören die Optimierung von Praxisabläufen, die Aktualisierung unseres Wissens zu den in den Praxen dominierenden medizinischen Problemen, das Erreichen alltagstauglicher Datenschutzstandards sowie die Klärung von Haftpflicht- und Arbeitgeberfragen. Sicherheit im täglichen Tun erhält und fördert die eigene Gesundheit und macht zufriedener mit der Arbeit – eine Burnout-Prophylaxe für uns selbst.

? Wie kamen Sie zur Berufspolitik?

Kreiner: Mein Praxisvorgänger, ehemaliger Lehrstuhlinhaber für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie, übergab mir umfangreiche Aufgaben. Diese ließen sich bereits damals fachlich präzise und ressourcengemessen nur in enger Zusammenarbeit mit den ärztlichen Kolleginnen und Kollegen in allen Sektoren realisieren. Dieser

Aspekt wird zukünftig noch wichtiger werden. Nach meiner Niederlassung suchte ich sofort den kollegialen Austausch in den vom BVDN-Landesverband organisierten Fortbildungen und habe so Hilfestellung und Orientierung gefunden. In unserem Landesverband habe ich stets wertschätzende Unterstützung erfahren und mich mehr und mehr auch für berufspolitische Fragen engagiert. Dabei wurde klar: Offenes Ansprechen der Hürden in der vertragsärztlichen Tätigkeit und kluges Diskutieren ermöglichen Mitbestimmung und Veränderung. Im Laufe der Zeit habe ich gemerkt, dass ich von meinen Erfahrungen auch selbst etwas weitergeben kann, damit unser „Schwarmwissen“ profitiert. Ich bin aber auch überzeugt, dass die neu in der vertragsärztlichen Tätigkeit arbeitenden Kolleginnen und Kollegen viel Know-how sowie gute Klinikkontakte mitbringen und wir Älteren genau diesen Austausch permanent brauchen.

? Gibt es ein Vorbild?

Kreiner: Vor wenigen Tagen verstarb kurz vor seinem 90. Geburtstag mein ehemaliger Chef und Universitätsklinikdirektor, der Neurologe und Psychiater Prof. Dr. med. habil. Klaus Ernst. In zahlreichen Gesprächen wurde mir wieder bewusst, wie sehr mich sein zutiefst empathisches Auftreten den Patientinnen und Patienten gegenüber geprägt hat.

? Was war Ihr größter Erfolg?

Kreiner: Bei meinen Patientinnen und Patienten seltene Erkrankungen durch intensiv nachforschende Diagnostik zu erkennen, ist für mich stets ein großer Erfolg. Ebenso wie gut gelaufene Jahrestagungen unseres Landesverbandes, ergebnisreiche Diskussi-



Dr. med. Katrin Kreiner ist stellvertretende Vorsitzende BVDN MV und BDN-Landes-sprecherin.

onen im beratenden Fachausschuss für die fachärztliche Versorgung in der KVMV sowie Innovationsfondsprojekte. Derzeit entsteht das kooperative Forschungsvorhaben der Hochschule für Gesundheit, Pflege und Gesundheitsmanagement Neubrandenburg „Da*Sein – Da*seinsvorsorge im ländlichen Raum sichern: Gestaltung kommunaler Strukturen – Entwicklung eines integrierten Versorgungsmodells für ländliche Regionen“. Darin werde ich die neurologisch-psychiatrische Expertise einbringen und evidenzbasierte Lösungen für strukturschwache Regionen mitentwickeln.

? Wo sehen Sie Herausforderungen?

Kreiner: Die Veränderungen in den diagnostischen und therapeutischen Abläufen gehören zu den großen künftigen Aufgaben. Mein Anliegen ist es, in unserem von Infrastrukturschwäche und demografischen Wandel geprägten Flächenland arztentlastende Strukturen, Telemedizin, intersektorale Zusammenarbeit und weiterhin auch die wertschätzende Arbeit mit den Patientinnen und Patienten zu stärken.

! Vielen Dank für das Gespräch!

Dr. med. Sonja Faust, Berlin



Diagnose: Zukunft

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

Rund um den Beruf

„BDNF“ – die BDN-Fragezeit mit DGN-Präsidentin Daniela Berg

Prävention und Nachhaltigkeit stehen ganz oben auf der Agenda

Der Berufsverband Deutscher Neurologen (BDN) hat in der ersten Runde der BDN-Fragezeit im Jahr 2026 Prof. Daniela Berg zu Gast. Im Gespräch mit Dr. Uwe Meier lässt die Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) den DGN-Kongress 2025 Revue passieren, erklärt, warum sie der Prävention einen so hohen Stellenwert beimisst und skizziert die strategische Ausrichtung der Fachgesellschaft.

? Sehr geehrte Präsidentin, liebe Daniela, wie fällt Dein Fazit zum DGN-Kongress im November 2025 aus?

Prof. Daniela Berg: Ich persönlich – und ich glaube, viele andere auch – fanden ihn er-

folgreich. Erfolg misst sich ja oft an Zahlen, und es war tatsächlich der größte Kongress, den wir je hatten. Mit 8.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmern – 5.600 vor Ort im Berliner CityCube und 2.400 online. Aber

Erfolg misst sich nicht nur an Zahlen. Der Kongress war meiner Wahrnehmung nach einfach auch sehr gut! Sehr gut – und das habe ich von vielen gehört – was Kommunikation und Begegnung anbelangt. Es gab



Burger mit Pommes oder doch lieber Obst und Gemüse? Um dem limbischen System nachhaltig Paroli bieten zu können, ist Übung vonnöten.

wirklich Raum – wir haben die Pausen bewusst so gestaltet, dass sie lang genug waren, damit man sich austauschen konnte – und eine gute Stimmung dafür. Hier ist auch die Vielfalt unserer Gesellschaft sicht- und spürbar geworden. Ein Miteinander – mit allen Altersgruppen, über die unterschiedlichen Arbeitsumfelder unseres Faches hinweg und auch interprofessionell. Man hatte den Eindruck, dass alle miteinander gesprochen haben. Dieses Interaktive war wirklich schön.

Aber natürlich – das ist ja wesentlich für einen Kongress und das wurde mir ebenfalls mehrfach gesagt – fanden viele Teilnehmende, dass die Tagung wissenschaftlich und klinisch ein sehr hohes Niveau hatte. Wir machen in Deutschland tolle Forschung, was sichtbar wurde. Die Menschen kommen gerne zur DGN, weil ihnen klinisch und wissenschaftlich viel geboten wird und sie selbst Teil dieser Gemeinschaft sind. Das ist sehr gut rübergekommen und deswegen fand ich den Kongress insgesamt gelungen.

? Was ist Dir noch wichtig?

Berg: Mehrere Aspekte. Zum einen war der Kongress zukunftsorientiert und nachhaltig. Die Kernpunkte waren: Die An- und Abreise wurde möglichst mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder E-Autos empfohlen, und die Referierenden haben nur eine Kostenerstattung erhalten, wenn sie entsprechend gereist sind. Das war etwas mühsam – auch für mich, weil meine Bahn viel Verspätung hatte – aber ich hätte es ohnehin so gemacht. Vor Ort hat man natürlich die U- und S-Bahn genutzt, und das Catering war komplett vegetarisch. Allein mit diesen drei Maßnahmen, das sagt zumindest unser Geschäftsführer, haben wir etwa 80 % der CO₂-Emissionen reduziert, die sonst angefallen wären. Das finde ich sehr viel.

Was ich zudem sehr schön fand – und das kenne ich leider nicht von vielen (inter-)nationalen Kongressen – ist, dass wir auch auf die Ernährung geachtet haben, nicht nur vegetarisch. Es gab in den Pausen immer Obst. Das wurde auch gerne genommen. Insgesamt waren es etwa 1,5 Tonnen über die Kongresstage hinweg!

Und ein weiterer, mir wichtiger Punkt war das Miteinander mit der Hirnstiftung. Wir hatten einen gemeinsamen Spendenlauf – bei dem über 100 Kongressteilnehmende mitgemacht haben. Es sind mehr als 9.000 € zusammengekommen, und das fand ich großartig. Auch viele Mitglieder des Präsidiums haben teilgenommen, was die gute Zusammenarbeit noch einmal unterstreicht.

? Herzlichen Glückwunsch zu diesem wirklich sehr gelungenen Kongress und dem guten Ergebnis. Ihr habt das wie immer toll gemacht. Auch der Nachhaltigkeitsaspekt ist ein wichtiges Signal nach innen und außen – genauso wie das Catering. Bei so einem Kongressmarathon, und natürlich nicht nur dort, ist eine gesunde Ernährung wichtig. Damit hast du auch das Stichwort für unser eigentliches Thema gegeben: Prävention. Es hat mich sehr beeindruckt, dass Ihr das Thema Resilienz für Eure Eröffnungsveranstaltung gewählt habt. Wie Du vielleicht gesehen hast, wurde Resilienz auch in der Sonderausgabe des NeuroTransmitter zum DGN-Kongress als Schwerpunkt aufgegriffen. Mich interessiert: Was waren die Überlegungen und die Motivation, dieses Thema zu wählen?

Berg: Wir versuchen in der Eröffnungsveranstaltung immer ein für uns persönlich, beruflich und wenn möglich auch gesellschaftlich relevantes Thema zu adressieren. Und da sind wir im Präsidium relativ schnell auf das Thema Resilienz gekommen – vor allem aufgrund der vielfältigen gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Herausforderungen, die wir aktuell haben: der Strukturwandel, der Fachkräftemangel und so weiter. Wir erleben in unserem Land eine große Polarisierung in vielen Bereichen und nicht zuletzt einen Vertrauensverlust. Dann gibt es diese unfassbaren globalen Krisen und die zunehmende Instabilität: Kriege, aber auch alles, was mit Klimawandel und Umwelt zu tun hat – Artensterben, Ökosysteme, Umwelttoxine, Schadstoffe, Mikroplastik und so weiter. Mit all dem muss die Gesellschaft, müssen die Patientinnen und Patienten und auch wir selbst umgehen.



Prof. Dr. Daniela Berg: „Die Menschen kommen gerne zur DGN, weil ihnen klinisch und wissenschaftlich viel geboten wird und sie selbst Teil dieser Gemeinschaft sind.“

Darüber hinaus hat sich in diesem Jahr auch die Junge Neurologie mit Resilienz beschäftigt und eine Umfrage zur Belastung im Berufsalltag gemacht, ausgewertet und veröffentlicht. Das zeigt, wie wichtig gerade jungen Menschen das Thema Belastung und vor allem der Umgang damit ist. Ich denke, bei dem Symposium ist gut herausgekommen, dass es nicht darum geht, Probleme zu vermeiden, sondern einen guten Umgang damit zu finden, also eine Art Bewältigungsstrategie aufzubauen. Dies wurde sowohl wissenschaftlich als auch für unterschiedliche Lebensbereiche praktisch beleuchtet und – so wurde mir rückgemeldet – war für viele hilfreich.

? Ich bin ja ebenfalls der Meinung, dass Neurologie mehr ist als Wahrnehmung, Motorik und Kognition. Wir sollten uns als Fach auch den gesellschaftlich hochrelevanten Themen zuwenden. Nun ist Resilienz ein Thema, das eher von Psychologinnen und Psychologen sowie Psychiaterinnen und Psychiatern bearbeitet wird – aber ohne Frage ist es auch eine

Bei den ZNS-Tagen 2026 in Köln können Sie die DGN-Präsidentin Prof. Berg live erleben!

Am 26. Februar 2026 startet der jährlich stattfindende dreitägige Neurologie- und Psychiatriekongress – ein Treffpunkt für Fachärzten und Fachärzte, Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten und MFA-Teams aus ganz Deutschland. Die DGN-Präsidentin wird zum Thema „Prävention in der Neurologie“ am 27. Februar vor Ort und im Livestream sprechen.

Die Berufsverbände setzen sich für eine **bedarfsgerechte Patientenversorgung** ein. Ein zentrales Thema in diesem Jahr: **Demenzerkrankungen**, die mit steigender Lebenserwartung eine wachsende Herausforderung darstellen.

Dieses Programm erwartet Sie:

- Expertenvorträge und berufspolitische Diskussionen
- Crashkurse für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung
- Ganztägige MFA-Schulung in der KV Nordrhein
- Praxisnahe Workshops & Seminare
- Get-Together am Abend mit Science-Slam von Prof. Frank Erbguth

Die ZNS-Tage stehen für **Fortbildung, Austausch und Netzwerkaufbau** – für das gesamte Praxisteam. Mitglieder der Berufsverbände profitieren von 50 % Rabatt auf das Kongressticket.

Wir freuen uns, Sie in Köln zu treffen.



dagegen etwas, das über das Frontalhirn und die langsameren Systeme verarbeitet wird. Dieses Verständnis hilft enorm – es gibt ja nicht nur die Evolutionsbiologie, sondern auch die Kultur, in der wir uns bewegen und Entscheidungen treffen. Mein Eindruck ist, dass das Thema Prävention ein sehr großes Anliegen für Dich ist. Du thematisierst es in Deiner Präsidentschaft innerhalb der DGN, aber auch in der Öffentlichkeit und möchtest es strategisch weiterentwickeln. Richtig?

Berg: Absolut. Ich muss tatsächlich sagen, dass ich sehr besorgt darüber bin, wie wir beim Thema Prävention dastehen. Wir sind das Land Europas mit den höchsten Gesundheitsausgaben und – zumindest unter den westeuropäischen Ländern – mit der geringsten Lebenserwartung. Da denkt man doch: „Das kann ja nicht sein.“ Der Wissenschaftsrat hat das im Jahr 2024 sehr gut zusammengefasst. Es liegt sicher nicht daran, dass wir zu wenige Herzklappen implantieren oder zu wenige Wirbelsäulenoperationen durchführen. Es liegt daran, dass wir nicht rechtzeitig mit Prävention anfangen!

Neben der Lebenserwartung geht es mir aber vor allem um die Lebensqualität. Es ist doch großartig, dass wir selbst Einfluss darauf haben, wie wir leben – und dass wir uns einfach besser fühlen, wenn wir einen gesunden Lebensstil pflegen. Dieses Wissen plausibel zu vermitteln und zu den Menschen zu bringen, halte ich für essenziell.

Gleichzeitig sehen wir, dass neurologische Erkrankungen immer häufiger werden. Das wird die Herausforderung unseres Jahrhunderts sein. Wir sagen: Neurologie ist die Medizin des 21. Jahrhunderts. Parkinson ist die neurologische Erkrankung, deren Prävalenz am stärksten ansteigt, aber auch Demenzen, Schlaganfälle reihen sich ein, was Krankheitslast und Behinderung betrifft. Man könnte so viel tun! Mehr als ein Drittel, vielleicht sogar fast die Hälfte dieser Erkrankungen lassen sich vermeiden, wenn man es richtig macht, das heißt Lebensstilfaktoren beachtet und Umweltrisiken senkt. Das ist ein Riesenthema. Wir müssen uns hier Gehör verschaffen. Es gibt einige Organisationen, die sich diesem Thema widmen, aber wir haben noch viel zu tun und wir müssen dabei zusammenarbeiten.

? In dieser NeuroTransmitter-Ausgabe erscheint auch ein Interview mit Professor Buchmann von der Leopoldina. Be-

Wenn ich ein Beispiel geben darf – das ist aber mehr zur Prävention als zur Resilienz – ich habe gerade zu der Frage gearbeitet, warum wir nicht das tun, wovon wir wissen, dass es richtig wäre: Warum wir nicht das essen, was wir sollten, warum wir uns nicht mehr bewegen. Auch hier muss man das Gehirn verstehen: Wenn wir einen äußeren Reiz bekommen – beispielsweise sehen wir einen superleckeren Burger mit Pommes auf der einen Seite und einen Apfel auf der anderen –, dann ist – einfach ausgedrückt – der Burgerreiz so schnell im limbischen System angekommen, dass die Entscheidung schon gefallen ist, ehe der präfrontale Kortex überhaupt anfängt, das Für und Wider abzuwägen. Wenn wir verstehen, dass solche Dinge für uns schwierig umzusetzen sind und dass es Übung braucht, entwickeln wir einen anderen Umgang mit den Herausforderungen unserer Zeit.

? Und genau deshalb sind wir Neurologen und Neurologen da auch fachlich wichtig. Und wo Du das schöne Beispiel mit dem Burger nennst: Unser „Steinzeitgehirn“ ist ja darauf optimiert, schnelle Energie zu wollen – Zucker, damit ich schneller jagen und kämpfen kann, und Fett, damit ich über den Winter komme. Dass ein Apfel gesund und neuroimmunologisch bedeutsam ist, ist



sonders fasziniert hat mich, dass hochrangige Wissenschaftler die Evidenzen zur Selbstregulationskompetenz bei Kindern und Jugendlichen gesichtet und zusammengefasst haben – und dass sie sich nicht damit begnügten, sondern der Kultusministerkonferenz ganz konkrete Empfehlungen gegeben haben. Das heißt, sie haben gesellschaftspolitische Verantwortung übernommen. Wer soll es uns denn sonst evidenzbasiert erklären? Das kann ja nicht auf Basis von Meinungen oder Influencer-Kommentaren passieren. Kannst Du Dir vorstellen, dass wir Neurologen und Neurologen uns stärker an solchen gesellschaftlichen Diskursen beteiligen – auch mit konkreten Empfehlungen? Es geht um nichts Geringeres als die Zukunft unserer Kinder und die Tragfähigkeit unserer Gesellschaft.

Berg: Das ist mir ein echtes Herzensanliegen. Wir können gar nicht früh genug anfangen. Und es gibt sehr gute Beispiele dafür, wie wir uns in der DGN gerade aufstellen. So haben wir uns im letzten Jahr „DANK“ angeschlossen – der Deutschen Allianz für nicht übertragbare Erkrankungen. Im Moment sind wir, ich darf „wir“ sagen, weil wir dazugehören, 24 Organisationen, vor allem Fachgesellschaften, die das Ziel haben, Prävention in den Vordergrund zu stellen.

Wenn man sich bei DANK engagiert, unterschreibt man vier Hauptpunkte, die uns wichtig sind: erstens täglich mindestens eine Stunde Bewegung und Sport in den Schulen. Zweitens sollten adipogene Lebensmittel stärker besteuert und gesunde Lebensmittel entlastet werden. Drittens fordern wir verbindliche Qualitätsstandards für Kita- und Schulverpflegung und viertens mehr Kinderschutz in der Lebensmittelwerbung. Denn wir wissen: Der Lebensstil formt sich besonders in dieser Lebensphase. Wenn man etwas anderes lernt, ist es als Erwachsener unglaublich schwer, gegenzusteuern. Die Folgen sehen wir ja: falsche Ernährung, zu wenig Bewegung – sowohl bei Kindern als auch bei Jugendlichen. Und wer soll im mittleren Lebensalter den nötigen Sport treiben, den wir präventiv gegen Neurodegeneration brauchen, wenn man das nie gelernt hat?

Wir sind aber auch praktisch aktiv. Privatdozentin Dr. Eva Schäffer, die die Taskforce „Prävention in der Neurologie“ leitet, der Generalsekretär Prof. Peter Berlit, die Pressevertretende Dr. Bettina Albers und ich

Leser fragen – Verbände antworten

Verordnung von medizinischem Cannabis

Der Fall: Es wurde ein Rezept für medizinisches Cannabis zulasten der AOK ausgestellt, zuvor hatte der Patient stets ein Privatrezept erhalten. Die medizinische Indikation ist gegeben, die Krankenkasse moniert aber die fehlende vorherige Genehmigung.

Die Antwort: Für Cannabisblüten und -extrakte gilt eine Genehmigungspflicht nach § 31 Abs. 6 SGB V. Vor der erstmaligen Verordnung zulasten der GKV muss eine Genehmigung der Krankenkasse eingeholt werden. Ohne Bewilligung kann nur privat verordnet werden. Eine Ausnahme gilt für Folgerezepte nach bereits erteilter Genehmigung.

Die Prüfungsstelle AOK hat nicht die medizinische Indikation beanstandet, sondern die fehlende Genehmigung. Damit wird die Verordnung als rechtswidrig gewertet, selbst wenn sie medizinisch begründet ist. Es droht ein Regress. In einer Stellungnahme könnten Sie diese Argumente vorbringen:

— Die medizinische Notwendigkeit (Indikation, Therapieversagen konventioneller Mittel etc.) war klar gegeben.

— Der Patient war bereits auf Cannabis eingestellt und hatte zuvor Privatrezepte erhalten. Ein Absetzen hätte eine gesundheitliche Gefährdung bedeutet.

— Die Versorgung war dringlich, da ein Abwarten medizinisch nicht verantwortet werden konnte (Genehmigungsverfahren dauern oft lang).

Manchmal gelingt es, den Vorwurf der Unwirtschaftlichkeit auf einen Verfahrensfehler zu reduzieren, und so den Regress abzumildern. Es ist jedoch zu empfehlen, vor der GKV-Verordnung stets eine Genehmigung einzuholen, außer bei Folgerezepten.

Jörg Hohmann,
Fachanwalt Medizinrecht, Hamburg

Verbandsmitglieder erhalten bei beruflichen juristischen Fragestellungen eine kostenfreie Erstberatung.

haben gerade eine Mitteilung zu den Ultra-Processed Foods herausgegeben. Dieses Thema ging durch die Medien. Und mich hat es wirklich bekümmert, dass fast nur über den verwendeten Score diskutiert wurde – und nicht über das eigentliche Problem der Lebensmittel. Da denkt man: Leute, wir sind auf dem falschen Dampfer unterwegs. Es ist total wichtig, Ultra-Processed Foods kritisch zu betrachten – Score hin oder her, daran kann die Wissenschaft weiterarbeiten. Aber bei der Bevölkerung muss ankommen: Unsere Ernährung passt so nicht. Und das gilt nicht nur für die Ultra-Processed Foods, sondern auch für Zucker, Fett und all die Zusatzstoffe, die wir sonst noch vielen Lebensmitteln beifügen. Da beziehen wir klar Stellung. Und noch etwas: Wir nehmen dieses Jahr an einem School-Challenge-Programm teil, bei dem Schulklassen Ideen zur Gehirngesundheit erarbeiten. Das macht die DGN gemeinsam mit der Hirnstiftung.

? Glückwunsch zu diesen Überlegungen und dass Ihr in der DGN diesen Impuls gebt. Ich bin der Überzeugung, dass Demenzprävention in der Schule beginnt, und halte das School-Challenge-Pro-

gramm für eine großartige Idee. Als Neurologen und Neurologen sollten wir uns hier viel stärker engagieren. Gibt es noch eine Botschaft, die Du der Leserschaft des NeuroTransmitter für das Jahr 2026 mitgeben möchtest?

Berg: Ich möchte allen sagen, was wir in der DGN stets sagen: „Wir sind Neurologie“. Mir ist es ganz wichtig, dass jede und jeder weiß, dass er und sie zählt – völlig unabhängig davon, wo gearbeitet wird: in der Praxis, im Kreiskrankenhaus, in der Uniklinik, im MVZ oder in welchem Feld und in welcher Berufsgruppe auch immer. Wir müssen die Präventionsstrategien, die uns so am Herzen liegen, aber auch viele andere Themen, gemeinsam voranbringen. Und wir müssen von neurologischer Seite die Herausforderungen unserer Zeit mitdenken – gerade, was die Umwelt betrifft. Es gibt keine gesunden Menschen in einer kranken Umwelt. Wir haben eine große Aufgabe – und die können wir nur zusammen meistern. Deshalb ist jede und jeder Einzelne wichtig!

! Vielen Dank für das Gespräch und weiter viel Erfolg für Deine Präsidentschaft.

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich

Neurologie im Gespräch

Sind die Alzheimerantikörper in der klinischen Routine angekommen?

Mit der Einführung der Amyloidantikörper ist Bewegung in die Alzheimertherapie gekommen. Über ihre Erfahrungen im klinischen Alltag sprechen Dr. Michaela Butrym von der Universitätsklinik Magdeburg und dem Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen und Prof. Sven Meuth vom Universitätsklinikum Münster mit PD Dr. Marc Pawlitzki vom Universitätsklinikum Düsseldorf.

? PD Dr. Marc Pawlitzki: Viele Jahrzehnte war es, abgesehen von der Biomarkerforschung, ruhig um die Alzheimerkrankheit. Seit kurzer Zeit stehen erstmals Antikörper für eine neurodegenerative Erkrankung zur Verfügung. Das ist etwas gänzlich Neues. Wie ist der aktuelle Stand der Antikörpertherapien gegen die Alzheimerkrankheit?

Prof. Sven Meuth: Vor wenigen Jahren haben wir mit großer Spannung Aducanumab erwartet. In den USA wurde es zugelassen, in Europa nicht. Tenor war: Wenn wir mit einem Antikörper Amyloid aus dem System waschen – und das wurde geprüft in den Studien EMERGE und ENGAGE – sollten wir doch einen klaren Schritt nach vorne gekommen sein. Beim primären Endpunkt war jedoch eine Studie positiv und die andere negativ, sodass in der EU keine Zulassung erfolgte. Das fand ich für das Feld schwierig, da plötzlich sogar die Amyloidhypothese infrage gestellt wurde. In den USA wurde Aducanumab nach der Zulassung später wegen Erstattungsproblemen nicht weiterverfolgt. Umso erfreulicher war die Entwicklung weiterer Amyloidantikörper durch andere Firmen, die ihre Studienprogramme zielgerichtet fortgeführt haben. Einer der Antikörper war Lecanemab. Die CLARITY-AD-Studie, 2023 im New England Journal of Medicine publiziert, war eine multizentrische, doppelblinde Phase-III-Studie mit fast 1.800 Patientinnen und Patienten. Beim primären Endpunkt, der „Clinical Dementia Rating – Sum of Boxes“, war eine knapp 30%ige Verlangsamung des kognitiven Abbaus zu verzeichnen. Nun gibt es, wie so oft, zwei Lager: Die einen sagen 27% Reduktion – ich hätte mehr erwartet. Die anderen

finden, bei einer Erkrankung, bei der man bislang wenig gegen das Fortschreiten tun konnte, ist das ein sehr guter Anfang. Bei einem Vortrag hat ein Zuhörer gesagt: „Das ist wie diese 30% damals bei den Interferonen in der MS-Therapie. Vielleicht ist es so etwas wie ein Interferon für die Demenz.“ Angesichts der Entwicklung, die die MS-Therapie seit der Ära der Interferone genommen hat, wäre genau das dem Alzheimerfeld zu wünschen. Insofern bin ich froh, dass der Antikörper seit September 2025 in Deutschland verfügbar ist.

Mit Donanemab ist noch ein weiterer Antikörper hinzugekommen. Die zugehörige Studie TRAILBLAZER-ALZ 2 wurde ebenfalls im Jahr 2023 publiziert, und zwar im JAMA. Bei den gut 1.700 Patientinnen und Patienten zeigte sich eine 35 % langsamere Progression. Seit November 2025 ist der Antikörper, ebenso wie Lecanemab, für MCI (mild cognitive impairment) und bei leichter Demenz verfügbar. Es ist Dynamik im Feld, ein positives Signal für die nächsten Schritte. Bei aller Euphorie muss ich aber auch sagen: Es gibt relevante Nebenwirkungen und das sind sogenannte Amyloid-Related Imaging Abnormalities – ARIA –, die je nach Studie bei 20–30 % der Behandelten aufgetreten sind. Hier müssen wir die Real-World-Daten abwarten zum Einsatz bei Kollektiven, die nicht so gut vorsortiert und überwacht sind wie in Studien.

? Ein wichtiger Aspekt: Was passiert in Studien? Und wie sieht die Real-World-Evidenz aus? Zum Beispiel ist der primäre Endpunkt der Studien aus Praxissicht nicht gut nachvollziehbar. Wie ist er aus klinischer Sicht einzurichten?

Dr. Michaela Butrym: Die Studien hatten etwas unterschiedliche Endpunkte. Bei Lecanemab wurde der „Clinical Dementia Rating – Sum of Boxes“ verwendet, der Goldstandard in nahezu allen Studien im Alzheimerfeld. Man kann sich sicher streiten, inwieweit diese Kognitionsskala alles gut abbildet. Betroffene und Angehörige werden aber ganz konkret nach dem Alltag gefragt. Dieses Vorgehen bildet schon ein Stück weit die Realität ab. Bei Donanemab wurde ein kombinierter Score verwendet, die „integrated Alzheimer Disease Rating Scale“ – iADR –, der Neurokognition und Alltagsaktivitäten zusammenfasst.

Am Ende muss man sagen, es scheint zu funktionieren, denn beide Studien sind mit etwas unterschiedlichen Endpunkten zu einem ähnlichen Ergebnis gekommen, was erst einmal positiv ist. Kognitionsskalen zu verwenden wurde kritisiert, aber das ist ein Problem, das wir im Bereich der Demenz immer haben werden. Dieser Umstand hebt diesen Bereich von der MS oder dem Schlaganfall erheblich ab.

? Kommen wir zu den Nebenwirkungen, daran sind schon einige Präparate gescheitert, auch in anderen Feldern. Zum Thema ARIA kann ich mich an Gespräche erinnern, deren Tenor war: „Ach, das ist nicht relevant. Wenn man ein Rohr putzt, fällt immer mal was ab.“ Auf der anderen Seite sind die publizierten MRT-Bilder sehr eindrücklich. Welche Erfahrungen hast Du bisher gemacht?

Butrym: An den Real-World-Daten aus den USA und anderen Ländern, in denen die Präparate schon länger zugelassen sind, sehen wir, dass die ARIA-Quote geringer ist



© M. Schubert

Dr. Michaela Butrym: „An den Real-World-Daten sehen wir, dass die ARIA-Quote geringer ist als in den Studien.“



© P. Wattendorff

Prof. Dr. Sven Meuth: „Jeder Biomarker hilft dabei, die Patientinnen und Patienten besser zu selektionieren.“



© Universitätsklinikum Düsseldorf

Dr. Marc Pawlitzki: „Ein gesundes Gehirn im Alter ist Voraussetzung, um für die Antikörpertherapie in Frage zu kommen.“

als in den Studien. Das hat mehrere Gründe: ARIA haben erst mal nicht unbedingt etwas mit dem Antikörper zu tun. Wir finden sie auch bei Patientinnen und Patienten mit zerebraler Amyloidangiopathie und bei denen, die nicht mit Antikörpern behandelt werden, aber eben seltener als unter der Antikörpertherapie.

In den Studien haben wir gesehen, dass durch die Antikörper vermehrt ARIA auftreten können. Es gibt die ödematöse Form – ARIA-E – und die hämorrhagische – ARIA-H –, die häufig als die gefährlichere eingeschätzt wird, aus Angst vor einer großen Hirnblutung. Tatsächlich sind in den Studien einige wenige Patientinnen und Patienten an großen Hirnblutungen verstorben. Für das Studienkollektiv sind bestimmte Kriterien definiert worden, die man später für die Anwendung revidiert hat. Zentral ist der ApoE-Status. ApoE4 gilt als wichtiger Risikofaktor für die Entwicklung der Alzheimerkrankheit. Menschen mit ApoE4-Homozygotie haben allerdings auch ein deutlich erhöhtes ARIA-Risiko. In den Studien waren sie aber noch eingeschlossen. Für die Zulassung in Deutschland ist diese Gruppe exkludiert worden. Das ist nicht in jedem Land so.

Außerdem haben wir gelernt, dass wir diese Patientinnen und Patienten keiner systemischen Thrombolyse unterziehen dürfen. In den Studien waren einige Erkrankte, die wegen eines Schlaganfallver-

dachtes thrombolysiert worden sind. Wir wissen jetzt, das dürfen wir nicht machen.

Unter realen Bedingungen haben wir bei sorgfältiger Auswahl das besser sortierte Patientenkollektiv. Dadurch ist die ARIA-Frequenz geringer als in den Studien. Und man muss betonen: Die allermeisten ARIA sind asymptomatisch. Wir sehen je nach Präparat etwa 20–25% ARIA-Quote. Symptomatisch war davon aber wiederum nur etwa jeder beziehungsweise jede Zehnte. Für die Blutungs-ARIA haben wir etwa 1% symptomatische Patientinnen und Patienten und für die ödematöse Form ein bisschen mehr.

Wichtig ist, dass Patientenkollektiv sinnvoll auszuwählen. Das Präparat ist nicht für jede Demenz, sondern nur für die Alzheimerkrankheit geeignet. Und hier nur im Stadium der leichten kognitiven Störung und der frühen Alzheimerdemenz. Zu Behandelnde müssen bestimmte Kriterien im MRT, aber auch klinisch erfüllen. Zudem gibt es Kontraindikationen. Dazu gehören eine orale Antikoagulation oder vorbestehende schwerste vaskuläre Veränderungen im cMRT. Berücksichtigen wir dies, ist die Anwendung wahrscheinlich deutlich sicherer, als wir bislang angenommen haben.

? *Künftig müssen wir zum Beispiel beim Einsatz von Vorhofokkludern die Antikoagulation bei unseren Patientinnen und Patienten hinterfragen und die Kardiologie mit ins Boot holen, oder?*

Butrym: Alle Fachrichtungen – das ist der Punkt. Wir haben gerade eine Schulung für alle Fachgebiete gemacht, die mit Antikoagulation zu tun haben. Also zum Beispiel die Anästhesiologie und die Innere Medizin, denn es ist wichtig, dass Betroffene keiner systemischen Thrombolyse unterzogen werden, es sei denn, es besteht eine vitale Indikation, etwa bei hämodynamisch relevanter Lungenarterienembolie. Alle Behandelten erhalten einen Medikamentenpass und werden in Registern geführt, auf die Behandelnde, die involviert sind, zugreifen können. So sollten wir es schaffen, das ARIA-Risiko so gering wie möglich zu halten.

? *Klar ist, dass wir die Neuroradiologie brauchen für die MRTs. Und damit sind wir beim Stichwort Biomarker. Wie kann man die aktuelle Biomarkerlandschaft bei der Alzheimererkrankung einordnen?*

Meuth: Wir sorgen uns alle um die Patientenselektion. Nicht mal so sehr darüber, wen wir mit dem Antikörper behandeln wollen, sondern vielmehr, wen wir in den Ambulanzen sehen wollen. Es besteht die Gefahr, dass wir zum einen diejenigen sehen, die eher subjektiv Einschränkungen beklagen, aber nicht für eine Therapie in Frage kommen oder Menschen, deren Erkrankung bereits sehr weit fortgeschritten ist, die von einer solchen Behandlung nicht mehr profitieren würden. Jeder Biomarker, der uns zur Verfügung steht, hilft dabei,

diese Patientinnen und Patienten besser zu selektionieren und auch besser zu triagieren, an die Stellen, wo die Therapie auch angeboten werden kann.

Man kann viel über Biomarker sagen, trotzdem ist die Liquordiagnostik nach wie vor Goldstandard. Hier ist Amyloid- β 42 abgesenkt oder man misst eine Erhöhung von Phospho-Tau. Das erhöhte Gesamt-Tau oder auch die A β 42/40-Ratio sind für die diagnostische Sicherheit wichtig. Dazu kommen die Bildgebungsansätze. Das cMRI ist zum Ausschluss von Differenzialdiagnosen oder zur Detektion oder Überwachung möglicher ARIAs wichtig, die vielleicht gar nicht klinisch apparent werden. Die Amyloid-PET ist zur Detektion der Ablagerungen wesentlich. Faszinierend fand ich die PET-Bilder aus den Studien, die ein Jahr nach Antikörperegabe total „sauber“ ausgesehen haben. Parallel dient die FDG-PET dazu, Differenzialdiagnosen auszuschließen.

Bildgebung und Liquor sind Stand heute also erstmal entscheidend, um die Therapie zu starten. Alles andere nehmen wir künftig gerne. Seit ein paar Jahren hören wir immer wieder, es werde den regelmäßigen Einsatz der Blutbiomarker als Degenerationsmarker geben. Ich hoffe und glaube auch, dass das in den nächsten Jahren kommen wird. Dann sind wir noch ein bisschen komfortabler

unterwegs, was die Diagnosestellung oder auch ein Screening betrifft.

? Spielen auch Marker wie die Neurofilament-Leichtketten eine Rolle?

Butryn: Für den Alzheimerbereich kaum. Ich benutze sie eher bei anderen neurodegenerativen Erkrankungen. Gerade wenn ich mir unschlüssig bin, ob es sich um funktionelle Konzentrations- und Gedächtnisstörungen oder tatsächlich etwas Neurodegeneratives handelt. Im Alzheimerfeld sind die Amyloid-Ratio und das P-Tau der Goldstandard, mit dem wir arbeiten. Man muss auch realistisch sagen, dass die Amyloid-PET in Deutschland in vielen Bereichen durch die Kostenträger nicht erstattet wird und damit einfach keine praktikable Option darstellt, obwohl sie wunderbar funktioniert und gerade die Amyloidplaques so hervorragend misst. Die Amyloid-PET ist auch als Verlaufsparameter viel besser geeignet als der Liquor, weil es um die Plaques geht, die wir nicht im Liquor sehen. Das ist ein großes Problem in der Versorgungslandschaft. In den USA ist die PET besser verfügbar und wird aus den genannten Gründen als Verlaufsparameter genutzt. Diese Daten sind, wie Sven schon gesagt hat, wahnsinnig beeindruckend. 80% der Teilnehmenden, die in der Studie Donanemab bekommen hatten, waren

nach einem Jahr amyloidfrei in der PET. Wenn bereits zu viel Tau-Pathologie induziert wurde, kann man leider die Zeit nicht mehr zurückdrehen. Aber diejenigen, die eine reine Amyloidpathologie hatten, sind zum Teil sogar noch mal besser geworden. Es gab also nicht nur eine Progressionsverzögerung, sondern eine Kognitionsverbesserung. Gerade diese ganz frühen Blutbiomarker werden hier irgendwann eine Rolle spielen. Wenn wir nur früh genug ansetzen, scheinen wir die Progression noch mal deutlich stärker verlangsamen zu können.

? Wenn ein Patient sagt: „Ich bin 55 und bemerke Leistungseinschränkungen im Alltag. Könnte man nicht mal schauen, wie meine Biomarkerkonstellation ist?“ Wie reagiert man darauf?

Butryn: Zwiegespalten – auf der einen Seite kann ich dieses Bedürfnis nachvollziehen, aber man muss klar sagen, dass auch ein Blut- oder ein Liquorbiomarker nur Teil einer Risikokonstellation ist. Wir wissen aus etlichen Studien, dass nicht alle Menschen mit Amyloidpathologien dement werden. Es gibt also keine hundertprozentige „Garantie“ dafür, dass die Alzheimerkrankheit tatsächlich ausbricht. Aber die Forschung geht in diese Richtung. In Studien werden schon Betroffene von subjektiven kognitiven Stö-



Kommt für ihn die Therapie mit Amyloidantikörpern infrage und geht das auch ambulant?

rungen oder deren Angehörige hinsichtlich einer Amyloidpathologie gescreent und dann mit Antikörpern therapiert. Die Idee gibt es seit einigen Jahren, ist aber bislang immer gescheitert. Die Biomarker werden aber besser und so wird möglicherweise die Zukunft aussehen.

Meuth: Aus einer Studie mit Nonnen ging hervor, dass die Ordensschwestern zwar eine hohe Menge an Amyloidablagerungen hatten, aber neurokognitiv noch gut bei einander waren. Ich fand den Befund spektakulär. Klar, wir können und wollen nicht alle ins Kloster einziehen, aber das Beispiel zeigt, dass eine gesunde Ernährung, der vernünftige Umgang mit Stress, vielleicht auch dieses meditative, fokussierte Leben, auf lange Sicht einen positiven Einfluss haben. Das wäre im Einklang mit der „Second-Hit-Theorie“, nach der wir zusätzlich zum Amyloid im Laufe des Lebens noch weitere Schäden ansammeln.

? *Genau, ein Faktor allein reicht eigentlich nie aus, um Effekte zu erklären. Bei MS genügt nach den neuesten McDonald-Kriterien ein MRT-Befund, um die Diagnose zu stellen. Da gibt es viele, die sagen: Was tun wir da den Patientinnen und Patienten an? Obwohl vielleicht zehn Jahre lang keine Symptome auftreten würden,*

stellen wir eine Diagnose und geben eine Dekade lang eine Therapie, die nicht nebenwirkungsfrei ist. Da sind wir Neurologen und Neurologen gefragt und müssen in Zukunft Antworten liefern, oder?

Meuth: Das bringt uns zur Frage, wie wir mit dem aktuellen Kenntnisstand Demenzerkrankte bundesweit versorgen wollen. Wir müssen vorgeben, wie die Patientenpfade laufen und wie eine Triagierung aussehen könnte. Dass bereits in der Hausarztpraxis ein Screening vorgenommen wird und sich entscheidet, wer in die Facharztpraxis überwiesen wird. Dort wiederum wird festgelegt, wer in eine Spezialambulanz soll. So würden die Wege nicht von den Falschen gegangen und das System an die Kapazitätsgrenze gebracht, sondern besser vorgefiltert. Ich bin zum Beispiel ein Freund der neotivCare-App. Damit kann man eine Trichterfunktion für die Einrichtungen etablieren, die den Antikörper geben können. Wenn wir 200 Leute sehen müssen, um drei Geeignete für eine Therapie zu finden, wird das System nicht effizient arbeiten können. Wenn wir so vorgefilterte Patientinnen und Patienten bekommen, dass wir noch zehn sehen und davon drei infrage kommen, haben wir alles richtig gemacht. Über die Berufsverbände und die Fachvertretungen wie die DGN müssen wir versuchen, Patientenströme zu ordnen oder zumindest Leitplanken zu setzen.

? *Stichwort Integration in der Praxis: Michaela, wie kann es künftig am besten laufen? Wie macht ihr es in Magdeburg?*

Butryn: Tatsächlich ist es so: Je besser man sich kennt, umso besser funktioniert die Vorbereitung. Wir bieten als Sprechstunde seit September ein „Gesamtpaket“ an. Betroffene bekommen in der Uniklinik ihr aktuelles MRT und die erforderlichen Voruntersuchungen, die Infusion sowie alle weiteren notwendigen MRT-Kontrollen, die bei der Applikation nötig sind. Auf Dauer müssen wir aber auch die niedergelassenen neurologischen und vor allen Dingen auch radiologischen Kolleginnen und Kollegen involvieren, um dieses System nicht zum Einsturz zu bringen. Die Vorbereitung funktioniert im niedergelassenen Bereich teilweise schon hervorragend. Viele haben bereits erkannt, dass sie nach einer von uns vorgegebenen Checkliste screenen müssen. Die Hauptproblematik ist ApoE4. Die entsprechende genetische Testung können

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.

Studien und andere Quellen

- Aducanumab, EMERGE und ENGAGE Studie: Two Randomized Phase 3 Studies of Aducanumab in Early Alzheimer's Disease - Budd Haeberlein S et al. Two Randomized Phase 3 Studies of Aducanumab in Early Alzheimer's Disease. J Prev Alzheimers Dis. 2022;9(2):197-210
- Lecanemab, CLARITY AD: van Dyck CH et al. Lecanemab in Early Alzheimer's Disease. N Engl J Med. 2023;388(1):9-21
- Donanemab, TRAILBLAZER-ALZ 2: Sims JR et al. Donanemab in Early Symptomatic Alzheimer Disease: The TRAILBLAZER-ALZ 2 Randomized Clinical Trial. JAMA. 2023;330(6):512-27
- Alzheimerhandbuch: <https://alzheimer-qualitaetshandbuch.de/>
- DZNE-App: <https://formative.jmir.org/2025/1/e62706/authors>
- „Nonnen-Studie“: Clarke KM et al. The Nun Study: Insights from 30 years of aging and dementia research. Alzheimers Dement. 2025;21(2):e14626

prinzipiell alle Ärztinnen und Ärzte veranlassen, Fachrichtung egal. Das geht über die Humangenetik, es gibt aber auch viele Labore, die diese Untersuchung anbieten. Deshalb konnten wir die Vorauswahl auch schon an einige Kolleginnen und Kollegen delegieren. Die Erwartungshaltung an uns ist hoch, aber es ergibt keinen Sinn, dass wir Menschen mit einer Homozygotie für das Allel E4 überwiesen bekommen, die wir nicht therapieren könnten.

Was nicht jeder Arzt und jede Ärztin dürfen, ist eine prädiktive Testung, also gesunde Angehörige anlasslos zu testen. Dafür ist die Humangenetik zuständig oder jemand mit der Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung.

Nach den Befunden hat sich die Antikörperfage manchmal von selbst erledigt. Wenn es dagegen passt, geht es sehr schnell. Wir haben ein Memory Board, bestehend aus Neurologeninnen und Neurologen sowie Radiologinnen und Radiologen. Hier werden Betroffene direkt mit allen klinischen Angaben – MRT, Labor und ApoE-Status – übernommen. In einer Art Fast Track wird entschieden, wer für einen Antikörper geeignet ist, ohne dass ewig auf einen Erstertermin gewartet werden muss.

? DZNE-Standorte verfügen über eine etablierte Gedächtnissprechstunde. Wie bekommen wir es auch an Orten ohne spezielle Sprechstunde und strukturschwächeren Regionen insgesamt hin, die Vorauswahl und die Abläufe im Alltag wirklich gut zu etablieren? Brauchen wir Leitlinien oder Handbücher, wie wir es von anderen Erkrankungen kennen?

Meuth: Ich würde das sehr begrüßen. Wir müssen Behandlungspfade deutschlandweit definieren, trotzdem wird es regionale Lösungen brauchen. Wenn keine neurologische Praxis oder klinische Struktur da ist, wer macht dann die Infusionen? Niemand kann alle zwei bis vier Wochen 80 Kilometer fahren, um die Infusion zu kriegen, plus fünf MRTs über viele Monate. Es gibt eine größere Schwerpunktpraxis bei uns in der Nähe. Es kann daher sein, dass eine Patientin, ein Patient aus einer bestimmten Region dort sehr viel besser aufgehoben ist als an unserer Klinik. Deswegen sind eine Checkliste und entsprechende Kooperationen nötig, um gemeinschaftlich zu versuchen, die Menschen optimal zu versorgen. Finanzierung wird wieder ein Thema sein.

? Wie organisieren wir die intersektorale Versorgung, sodass nicht alles über einen Player im Gesundheitssystem – hier die Uniklinik – laufen muss?

Butryn: Die bereits genannten Schwerpunktpraxen sind ein Ansatz, auch bei uns in Sachsen-Anhalt gibt es mehr und mehr solcher „Satelliten“. Wir haben uns innerhalb des Deutschen Netzwerks Gedächtnissprechstunden organisiert und zusätzlich ein regionales Netzwerk gestartet. Langfristig, darauf darf man sich nicht zu sehr verlassen, denn das kann dauern, setzen wir auf subkutan zu gebende Antikörper, die schon relativ weit in der Entwicklung sind.

? Wie will man Therapieerfolg messen? Wie können in der Praxis neben Screening-Tests gute Verlaufsuntersuchungen ablaufen? Und müssen alle Patientinnen und Patienten, die mit Antikörpern behandelt werden, trotzdem zur Gedächtnissprechstunde?

Butryn: Zur Verlaufskontrolle der Antikörperapplikation wäre es nicht zwingend notwendig. Da gilt die klinische Einteilung, sobald das Stadium der mittelgradigen Demenz erreicht ist – und dafür braucht man keinen Kognitionstest – muss die Therapie beendet werden. Wichtig ist die anfängliche ausführliche neuropsychologische Untersuchung. Das ist in den Praxen sicherlich schwierig umzusetzen, aber ich würde mich nicht nach einem Mini-Mental-Test oder dem Bauchgefühl richten. Es ist sinnvoll einen Ausgangswert zu haben. Aber es gibt keinen Grund, ständig zu kontrollieren, es sei denn, man begleitet es wissenschaftlich. Rein für die klinische Applikation wäre das nicht nötig.

? Wie sieht es bei anderen Demenzformen aus? Sind da Antikörperfagen gerade gar kein Thema?

Butryn: Doch, jedes Protein kann prinzipiell angegriffen werden. Natürlich gibt es Ideen, wie bei atypischen Parkinsonsyndromen gegen Alpha-Synuclein oder gegen Tau vorgegangen werden kann. Auch bei Alzheimer gibt es bereits Ideen, die Tau-Pathologie anzugehen. Hier kommen auch Antisense-Oligonukleotide und andere in den Proteinmechanismus eingreifende Substanzen infrage. Das wird definitiv kommen und das ist wichtig, weil wir gelernt haben, dass es bei Alzheimer mitunter nicht reicht, nur beim Amyloid anzusetzen, sondern ebenso

den Tau-Mechanismus anzugreifen. Wir haben nicht wenige Patientinnen und Patienten mit anderen Co-Pathologien, also absoluter Klassiker, Lewy-Body-Erkrankung somit Alpha-Synukleinopathie plus Alzheimerpathologie. Da weiß man manchmal gar nicht so richtig, was eigentlich das Führende ist. Momentan muss man klar sagen, wenn jemand sehr viel Lewy-Body-Pathologie aufweist, ist das ein Ausschlusskriterium für Amyloidantikörper. Kombinationstherapien werden unsere Zukunft sein.

? Es lässt sich argumentieren: Ein gesundes Gehirn im Alter ist Voraussetzung, um für eine Alzheimer-Antikörpertherapie in Frage zu kommen. Dies könnte dazu führen, dass vaskuläre Risikofaktoren konsequenter kontrolliert werden, da eine ausgeprägte zerebrale Mikroangiopathie – ab Fazekas-Stadium 3 – eine Kontraindikation darstellt. Sven, wie schätzt du die Perspektiven ein? Werden weitere Biomarker eine relevante Rolle spielen?

Meuth: Ich würde noch das TDP-43 ergänzen. Kombinationstherapien werden wahrscheinlich kommen. Wir sollten aber zunächst den Erfolg genießen, dass wir zugelassene Therapien haben und auf dieser Basis die nächsten Schritte gehen. Die Erkenntnisse der jährlich in Lancet aktualisierte erscheinenden Publikation zu Risikomarkern sind wichtig: Sich nicht vor Brillen und Hörgeräten scheuen, soziale Interaktion hochhalten, sich regelmäßig bewegen und andere Risikofaktoren zu reduzieren, all das sollte man nicht unterschätzen. Nach meiner Erfahrung fragen Betroffene oft, was sie selbst tun können. Im Alzheimerfeld kann man eine ganze Reihe an Empfehlungen geben, auch wenn das teilweise von den Effektstärken mal hier 5%, mal da 6% sind, summiert sich das aber doch. Auch die digitalen Biomarker könnten relevant werden. Es gibt bereits viele Möglichkeiten. Wer vertippt sich wie oft beim Texten auf dem Smartphone? Kann das ein Marker werden? Alles, was man passiv messen und als Hinweis verstehen kann, dass die Person im Abbau begriffen ist, hat Potenzial. Ich könnte mir vorstellen, dass das künftig eine Rolle spielen wird.

! Herzlichen Dank für das Gespräch!

PD Dr. med. Marc Pawlitzki, Düsseldorf

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.

Änderungen der Versorgungsbedarfe in der ambulanten Neurologie – Teil 1

Auswirkungen des Therapiefortschritts am Beispiel MS

Die demografische Entwicklung, der medizinische Fortschritt und die steigende Prävalenz neurologischer Erkrankungen verändern die Anforderungen an Praxen erheblich. Die Zahl älterer Menschen in Deutschland ist seit den 1990er-Jahren stark angewachsen und das therapeutische Spektrum in der Neurologie hat sich durch neue, wirksamere Behandlungsoptionen deutlich erweitert. Dies betrifft insbesondere die immunmodulatorische Therapie bei MS. Die Folge sind steigende Behandlungsaufwände und Anforderungen an personelle und räumliche Ressourcen. Dieser Beitrag beleuchtet anhand einer Modellierung die Auswirkungen dieser Entwicklungen auf die ambulante Versorgung.

Die ambulante neurologische Versorgung steht angesichts verschiedener übergeordneter gesellschaftlicher Trends vor großen Herausforderungen. Das behandelte Erkrankungsspektrum ist breit gefächert und umfasst neurovaskuläre und neurodegenerative altersabhängige Erkrankungen wie Schlaganfall oder Alzheimerdemenz, aber auch Erkrankungen, die bereits in jüngeren Altersgruppen auftreten wie Migräne oder Multiple Skle-

rose (MS) sowie altersgruppenübergreifende Erkrankungen wie Epilepsie.

Verschiebungen in der demografischen Struktur der Gesellschaft haben dazu geführt, dass die Zahl der über 65-Jährigen von 12 Millionen im Jahr 1991 auf 19 Millionen im Jahr 2024 angewachsen ist, ein Plus von 58 % [1]. Gleichzeitig erfuhr und erfährt das Diagnose- und Therapiespektrum vor allem in der Neurologie seit den 1990er-Jahren erhebliche Veränderungen, die

eine deutliche Verbesserung der Prognose vieler Erkrankungsbilder zur Folge hatten. Beispiele sind die Einführung der Stroke Units und die Zulassung neuer Therapieansätze zur Behandlung der MS [2, 3]. Angesichts des rasanten wissenschaftlichen Fortschritts zeichnet sich zudem ab, dass weitere Therapien zur Behandlung von Erkrankungsbildern zugelassen werden, die durch bisherige Ansätze lediglich in sehr beschränktem Maße beeinflusst werden konnten [4].

In diesem ersten Teil einer Beitragsserie im NeuroTransmitter werden die Auswirkungen dieser Veränderungen auf die Behandlungsaufwände in den neurologischen Praxen am Beispiel immunmodulatorischer Therapieansätze (IMT) zur Behandlung von MS-Patientinnen und -Patienten untersucht. Im zweiten Teil werden die aus der Modellierung abgeleiteten Erkenntnisse in den Kontext derzeitiger Versorgungsrahmenbedingungen gerückt und gesundheitspolitische Handlungsempfehlungen abgeleitet.

Methodik der Modellierung

Das Grundschema zur Modellierung der Versorgungsbedarfe von MS-Patientinnen und -Patienten ist in **Abb. 1** dargestellt. Die Startpopulation des Modells umfasste GKV-Versicherte in Deutschland ab 18 Jahren mit MS, die sich in neurologischer Behandlung befinden.

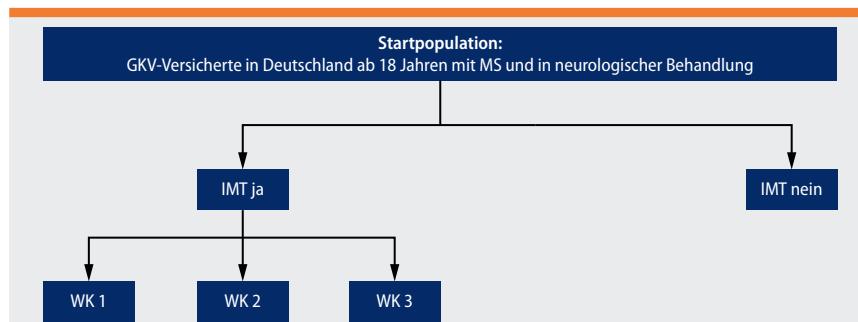


Abb. 1: Vereinfachte Skizze zur Modellierung in der Indikation MS (IMT = Immunmodulatorische Therapie; MS = Multiple Sklerose; WK = Wirksamkeitskategorie)

Tab. 1: Vergleichsszenarien der Modellierung in der Indikation MS

Szenario	Jahr	Bevölkerungszahlen	Prävalenz MS	Einsatz einer IMT
A	2010	2010 [1]	2010 [5]	2010 [6]
B	2023	2023 [1]	2019 [7]	2023 [8]

MS = Multiple Sklerose; IMT = Immunmodulatorische Therapie

Vergleichsszenarien

Der historische und der aktuell bestehende Versorgungsbedarf wurden anhand von Vergleichsszenarien ermittelt (**Tab. 1** [5, 6, 7, 8]). In Szenario A wurden Daten aus dem Jahr 2010 verwendet, da zu diesem Zeitpunkt vorwiegend Medikamente der Wirksamkeitskategorie (WK) 1 zugelassen waren. Der aktuelle Versorgungsbedarf wurde in Szenario B modelliert. Als Datenbasis fungierte das Jahr 2023. Bei fehlenden Angaben zu einzelnen Parametern wurde auf Daten aus anderen Jahren zurückgegriffen.

Modellpopulation

In jedem Szenario umfasste die Modellpopulation die GKV-Versicherten ab 18 Jahren in Deutschland mit einer prävalenten MS-Erkrankung, die sich in neurologischer Behandlung befinden. Dabei wurde nach Altersjahr und Geschlecht differenziert. Ausgehend von den Bevölkerungszahlen laut Statistischem Bundesamt [9, 10, 11] wurde mithilfe der KM6-Statistik der Anteil der GKV-Versicherten in Deutschland ermittelt [12, 13, 14]. Davon ausgehend wurde über Prävalenzzahlen der MS-Erkrankung in Deutschland die Anzahl der MS-Erkrankten berechnet. Unter Zuhilfenahme von Angaben zur Altersstruktur im Berichtsband des MS-Registers der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG) wurde eine Altersbereinigung durchgeführt. Zudem wurde der Anteil der Patientinnen und Patienten ermittelt, die mindestens einmal im Jahr einen Kontakt zum Neurologen oder zur Neurologin hatten (72 %) [15, 16].

Perspektive, Ressourcen und Zeithorizont

Die Modellierung erfolgte in jedem Szenario aus der GKV-Perspektive und zieltete auf die Ermittlung der potenziell veränderten Zeitbedarfe durch einen veränderten Medikamentenmix aufgrund der Zulassung neuerer, wirksamerer Medikamente der WK 2 und 3 ab. Der Zeithorizont belief sich jeweils auf ein Jahr.

Erfassung des Endpunkts

Als Endpunkt der Modellierung wurde der ambulante neurologische Kapazitätsbedarf der MS-Erkrankung in Minuten definiert. Zur Erfassung der ärzt-

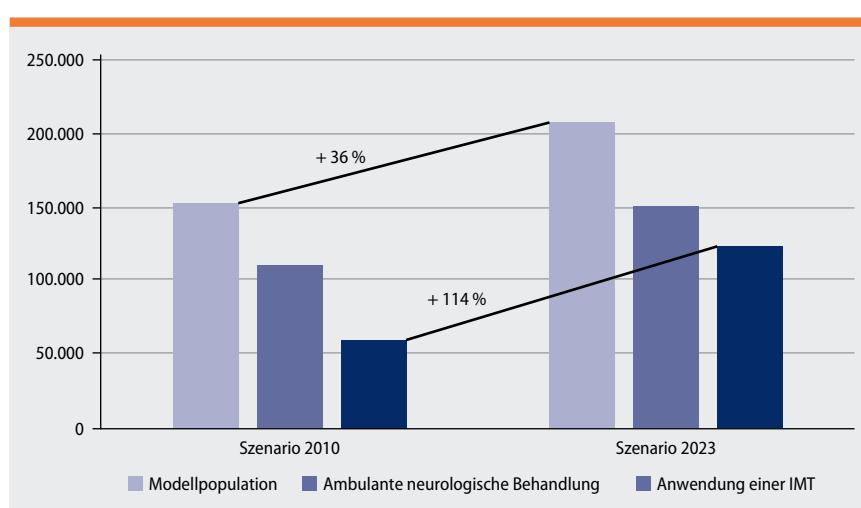


Abb. 2: Entwicklung der Modellpopulation in Abhängig des zugrunde gelegten Szenarios (IMT = Immunmodulatorische Therapie)

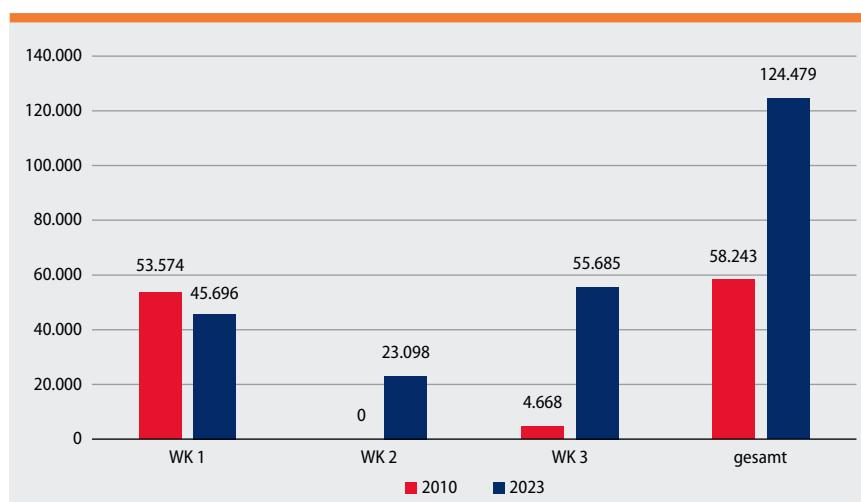


Abb. 3: Anzahl der mit einer IMT behandelten Personen nach Wirksamkeitskategorie (WK) in Szenario A und B

lichen Zeitverbräuche wurden die Kalkulationszeiten für verschiedene Leistungen aus dem Katalog des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) genutzt.

Ergebnisse der Modellierung

Je nach Szenario unterschied sich die Modellpopulation der GKV-Versicherten mit MS (**Abb. 2**). Während in Szenario A mit 153.090 GKV-Versicherten ab 18 Jahren mit MS kalkuliert wurde, stieg die Zahl in Szenario B auf 208.546 (+ 36 %). Davon wurden 110.224 (Szenario A) und 150.153 (Szenario B) Patien-

tinnen und Patienten im ambulanten neurologischen Setting behandelt. Die Anwendung einer IMT erfolgte bei 58.243 (Szenario A) und 124.479 (Szenario B; + 114 %) Patientinnen und Patienten.

In Szenario A bekamen 53.574 (92 %) der Patientinnen und Patienten mit einer IMT ein Medikament der WK 1 (**Abb. 3**), die verbleibenden 8 % ein Medikament der WK 3. In Szenario B erhielten insgesamt mehr als doppelt so viele Patientinnen und Patienten eine IMT. Davon der überwiegende Teil (45 %) ein Medikament der WK 3. Medikamente der WK 1

hatten einen Anteil von 37 %. Im Vergleich der Szenarien A und B entspricht dies einem Rückgang des Einsatzes von Medikamenten der WK 1 um 14,7 % und einer nahezu zwölfachen Zunahme des Einsatzes von Medikamenten der WK 3.

Ärztlicher Zeitaufwand

Der kumulierte ärztliche Zeitaufwand in Minuten für die Versorgung von MS-Patientinnen und -Patienten mit einer IMT war in Szenario B (5,3 Millionen Arztdramen) um etwa das 2,5-Fache höher als in Szenario A (2,1 Millionen Arztdramen). In dieser Steigerung schlägt sich sowohl die Versorgung von mehr Patientinnen und Patienten durch die zunehmende Prävalenz als auch der zeitliche Mehrbedarf für die Versorgung mit einer IMT aufgrund der neueren Wirkstoffe nieder.

Diskussion der Modellierung in der Indikation MS

Die Modellierung mit der Indikation MS zielte insbesondere auf die Ermittlung der veränderten ärztlichen Zeitverbräuche durch eine Veränderung der Möglichkeiten in der IMT ab. Während im Jahr 2010 im Vergleich zum Jahr 2023 überwiegend Medikamente der WK 1 eingesetzt wurden, die allesamt durch die Betroffenen selbst subkutan/intramuskulär injiziert wurden, kamen bis zum Jahr 2023 vermehrt Medikamente auf den Markt, die den stärker wirksamen WK 2 oder WK 3 zuzuordnen waren. Die Medikamente der WK 3 werden teilweise als Infusionen in der Praxis verabreicht, wobei sowohl die Häufigkeit der Infusionen als auch deren Dauer und die Dauer der Nachbeobachtung zwischen den einzelnen Medikamenten variieren. Zudem kann eine Zunahme der Prävalenz der MS-Erkrankung festgestellt werden [7].

Zu berücksichtigen ist, dass die Verabreichung von Medikamenten der WK 2 und WK 3 besondere Anforderungen an die räumliche und personelle Ausstattung der Praxen mit Infusionsplätzen und entsprechend geschultem Personal stellt. Die genaue Anzahl der Praxen, die das erfüllen, ist nach eigenen Recherchen nicht dokumentiert.

Die Modellierung unterliegt einigen Limitationen. Ein wichtiger Aspekt, der

den ärztlichen Zeitverbrauch zwischen den Szenarien beeinflusst, ist die Einsatzhäufigkeit einer IMT, die in Szenario A und B auf einer unterschiedlichen Datengrundlage beruht. Während für das Szenario A eine Analyse von Abrechnungsdaten der Betriebskrankenkassen verwendet wurde, konnten für das Szenario B recht aktuelle Daten aus dem Berichtsband der DMSG herangezogen werden [6]. Hier handelt es sich um Registerdaten, deren Auswertung Patientinnen und Patienten von zertifizierten Schwerpunktzentren berücksichtigt. Dies führt möglicherweise zu einer Überschätzung der tatsächlichen Einsatzhäufigkeit einer IMT, da in diesen Schwerpunktzentren gegebenenfalls ein Trend zur Behandlung schwerer erkrankter Patientinnen und Patienten besteht. Allerdings entspricht der zunehmende Einsatz der Therapien der WK 2 und WK 3 auch den Empfehlungen der aktuellen S3-Leitlinie [3].

Mit der Ermittlung des ärztlichen Zeitverbrauchs auf Basis der Kalkulationszeiten des EBM-Katalogs wurde ein konservatives Vorgehen gewählt. Hier kommt vor allem die Grundpauschale zum Tragen, die einmal im Behandlungsfall, also maximal einmal pro Quartal, abgerechnet werden kann und mit zwölf Arztdramen hinterlegt ist. Bei den Medikamenten der WK 3, die als Infusion verabreicht werden, sind zusätzlich die Überwachungsleistungen nach Infusionen relevant, die je nach Dauer der ambulanten Betreuung mit vier bis acht Arztdramen kalkuliert werden. Bei drei Medikamenten der WK 3 sind laut Fachinformation monatliche arzneimittelbezogene Kontrolluntersuchungen notwendig. Diese werden jedoch nicht zusätzlich mit Zeitminuten belegt, sondern fallen – analog zur ärztlichen Abrechnung – unter die Grundpauschale von zwölf Minuten. Insofern entsteht hier ein Ungleichgewicht, sodass die für Szenario B ausgewiesenen ärztlichen Zeitminuten unterschätzt sein und die tatsächlich aufgewendeten ärztlichen Zeitminuten höher ausfallen dürften.

Zur Ermittlung der Veränderung der ärztlichen Zeitverbräuche wurde der Fokus auf die Einsatzhäufigkeit der Medikamente der unterschiedlichen WK gelegt. Aspekte wie Nebenwirkungen der

Therapie, Umstellungen auf andere Medikamente – gegebenenfalls andere WK, Auswirkungen der Medikamente auf die Schubrate sowie Krankheitsprogression unter verschiedenen Medikamenten wurden nicht betrachtet.

Fazit für die Praxis

Die therapeutischen Möglichkeiten in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit MS sind seit der Einführung der ersten Interferone Mitte der 1990er-Jahre erheblich ausgeweitet worden sowie zunehmend komplexer und damit – wie aufgezeigt – durch einen wachsenden Ressourcenaufwand geprägt. Dieser entsteht unter anderem durch den Bedarf an Aufklärung der Durchführung von Immuntherapien sowie der Überwachung bei Infusionstherapien [17]. Im zweiten Teil werden die daraus folgenden gesundheitspolitischen Implikationen näher beleuchtet.

Literatur

 als Zusatzmaterial unter <https://doi.org/10.1007/s15016-025-4188-4> in der Online-Version dieses Beitrags

AUTORINNEN UND AUTOREN

Kathrin Pahmeier

Prof. Dr. Dominik Thomas

Anja Niemann

Lara Kleinschmidt

Prof. Dr. Jürgen Wasem

Dr. Silke Neusser

Alfried Krupp von Bohlen und Halbach
Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement
Universität Duisburg-Essen, Campus Essen
Fakultät Wirtschaftswissenschaften
Thea-Leymann-Str. 9,
45127 Essen



silke.neusser@medman.uni-due.de

Änderungen der Versorgungsbedarfe in der ambulanten Neurologie – Teil 2

Gesundheitspolitische Implikationen wachsender Bedarfe am Beispiel MS

Im ersten Teil der Beitragsserie in diesem NeuroTransmitter zu Versorgungsbedarfsänderungen in der ambulanten Neurologie wurde auf Basis verschiedener Modellierungen dargelegt, welche Auswirkungen demografische Effekte sowie Anpassungen im Therapiespektrum von Patientinnen und Patienten mit MS auf die Versorgungsbedarfe in der ambulanten Neurologie haben. Dieser zweite Teil widmet sich der Fragestellung, welche gesundheitspolitischen Implikationen sich aus dem in der Modellierung aufgezeigten gestiegenen Ressourcenbedarf für die Angebots- und Versorgungsstrukturen ableiten lassen.

Zunächst ist es wichtig zu verstehen, dass der Bedarfszuwachs in der MS-Versorgung auf eine ohnehin angespannte Versorgungslage trifft, was die fachärztlichen Kapazitäten der niedergelassenen Neurologen und Neurologen angeht. Das lässt sich anhand der Schlüsselkomponenten Angebot und Nachfrage ableiten.

Angebot und Nachfrage

In der ambulanten neurologischen Versorgung ist die Zahl praktizierender Ärztinnen und Ärzte im Zeitraum der Jahre 2013 bis 2023 um 560 gestiegen, ein relevanter Zuwachs von 15 % [1]. Gemessen am Teilnahmeumfang liegt das Plus jedoch nur bei etwa 0,5 %, was dem breiteren Anteil von Teilzeittätigkeiten geschuldet ist. Diese Angebotsstruktur trifft auf einen Anstieg der Fallzahlen von etwa 5,4 % im gleichen Zeitraum – von 2,94 Millionen Fällen pro Quartal im Jahr 2013 auf 3,11 Millionen Fälle im letzten Quartal 2023. Über zehn Jahre hinweg ergibt sich somit eine sich öffnende Schere (**Abb. 1**) mit einer Abnahme der Fälle je Leistungserbringer und einer leichten Zunahme der Fälle je Teilnahmeumfang. Einschränkend ist zu erwähnen, dass die Größe „Behandlungsfall“ auf dem abrechnungstechnischen Bezug aus dem EBM basiert und unter Umständen mehrere Arztkontakte umfassen kann. Das erschwert tragfähige Aussagen zur Arbeitsbelastung der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte und

spiegelt exakt die Problematik in der MS-Versorgung wider, da in der rein fallzahlassozierten Betrachtung keineswegs der gestiegene Ressourcen- und Zeitaufwand je Fall für die angepassten Therapieformen abgebildet ist [2].

Ergänzende Anzeichen für eine insgesamt angespannte Versorgungslage in der ambulanten Neurologie finden sich beispielsweise in der Auswertung der Anfragehäufigkeit bei den Terminervicestellen der KBV, basierend auf der Annahme, dass diese als Indikator für bestehende Versorgungsgapsse dienen kann und die dort besonders häufig angefragten Fachrichtungen am stärksten betroffen sind. Danach ist die Neurologie – nach der Psychotherapie und der Radiologie – die Facharztgruppe mit der dritthöchsten Anzahl an Terminanfragen [3]. Auch in der kassenärztlichen Bedarfsplanung tauchen punktuelle Hinweise auf Versorgungsgapsse auf. So waren bundesweit Ende 2024 mehr als 100 Kassensitze verfügbar, wenngleich die Bedarfsplanung insgesamt kein eindeutiges Fazit zur Bedarfsdeckung lässt, da sich je nach betrachter Region sowohl Über- als auch Unterversorgungstendenzen feststellen lassen [4].

Die partielle Analyse des Versorgungsbedarfs für die MS-Patientinnen und -Patienten, die einen relevanten Zuwachs des räumlichen, zeitlichen und personellen Ressourcenbedarfs aufgezeigt hat, fügt sich somit in einen insgesamt bereits angespannten Versorgungskontext

ein. Dies muss als Ausgangspunkt für mögliche Handlungsempfehlungen berücksichtigt werden. Hinzu kommt, dass zukünftige Entwicklungen und Reformbemühungen in der akutstationären Versorgung – geprägt von Trends hin zu Zentralisierung, Spezialisierung und Ambulantisierung – voraussichtlich zu weiteren Nachfragezuwächsen führen werden. Angesichts langer Ausbildungszeiten für Medizinerinnen und Mediziner, des allgemeinen Fachkräftemangels sowie der Markteintrittsbarrieren der kassenärztlichen Bedarfsplanung erscheint es außerdem unwahrscheinlich, dass diesen Herausforderungen mit einer (vermeintlich naheliegenden) Ausweitung der Angebotskapazitäten begegnet werden kann.

Maßnahmen zur Abbildung des Therapiespektrums

Die Herausforderungen in der MS-Versorgung machen es erforderlich, strukturelle Voraussetzungen für eine leitliniengerechte Therapie sachgerecht im Versorgungssystem abzubilden und die verfügbaren Personal- und Infrastrukturressourcen möglichst effizient einzusetzen. Gleichzeitig gilt es, Patientinnen und Patienten gezielt in geeignete Versorgungsstrukturen zu steuern (**Abb. 2**).

Patientensteuerung und Identifikation qualifizierter Anbieter

Nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Neurologie hat bislang nur ein

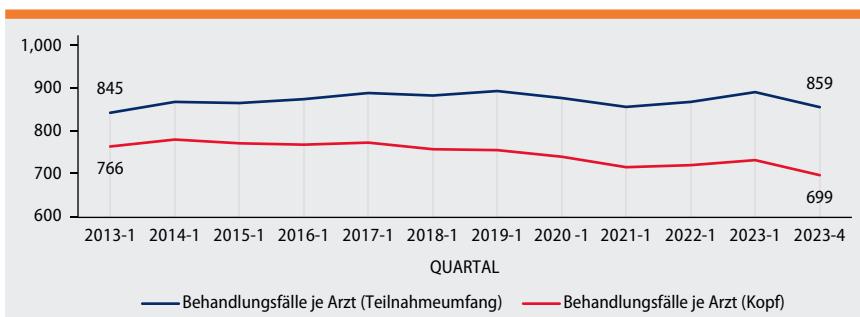


Abb. 1: Entwicklung der Behandlungsfälle je Ärztin/Arzt im Zeitverlauf (mod. nach [1, 2])

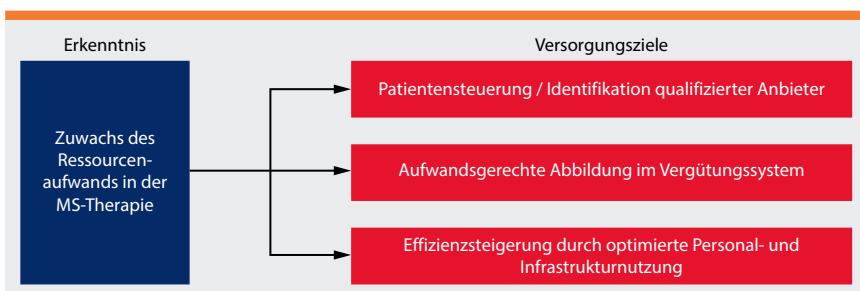


Abb. 2: Versorgungsziele für bedarfsgerechte Strukturen in der MS-Versorgung

Teil der neurologischen Praxen und MVZ die notwendigen Investitionen getätigt, um MS-Infusionstherapien überhaupt anbieten zu können [5]. Für viele Praxen scheint dieser Spezialisierungsschritt auch wenig attraktiv, da sie aufgrund ihrer strategischen medizinischen Ausrichtung vielmehr als neurologische Grundversorger agieren und damit ein anderes Patientenspektrum bedienen. Eine vermeintliche Differenzierung in neurologische Grund- und Spezialversorgung wird derzeit jedoch weder über entsprechende Vergütungsmechanismen abgebildet, noch ist für die Patientinnen und Patienten sowie für überweisende Ärztinnen und Ärzte eindeutig ersichtlich, wohin Erkrankte gelöst werden sollten. Diese fehlende Steuerung führt typischerweise zu unnötigen Arztkontakten, Doppeluntersuchungen und potenziellen Qualitätseinbußen. Eine Möglichkeit zur Identifikation speziell auf MS und Infusionstherapien ausgerichteter Praxen bestünde über Zertifizierungen, wie sie beispielsweise von der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG) angeboten werden. Für eine verbesserte Patientensteuerung und eine verstärkte Qualitätssicherung er-

scheint es daher zweckmäßig, eine einheitliche Definition solcher spezialisierten Praxen für die MS-Versorgung festzulegen. Ob hierfür bestehende Zertifizierungsmöglichkeiten wie das DMSG-Zertifikat genutzt werden sollten oder übergeordnete Qualitäts sicherungsstrukturen – etwa im Verantwortungsbereich der KVen oder der KBV – geeigneter wären, ist noch zu klären.

Aufwandsgerechte Abbildung im Vergütungssystem

Einhergehend mit einer solchen Definition von Mindeststandards für MS-Schwerpunktpraxen wäre eine adäquate Abbildung der erhöhten Strukturanforderungen in der Vergütungssystematik angezeigt. Nach Expertenmeinung bleibt die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung in dieser Hinsicht bislang deutlich hinter den Erwartungen und Möglichkeiten zurück.

Der erhöhte Betreuungsaufwand bei MS-Infusionstherapien wird derzeit über die Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung nach den GOP 01510–01512 des EBM abgebildet. Nach Angaben des Berufsverbands der Neurologen sind diese Zusatzpauschalen je-

doch unzureichend, da sie der Komplexität des Krankheitsbildes, den potenziellen Nebenwirkungen sowie der Vielzahl und Komplexität der erforderlichen Verfahrensschritte, einschließlich des Einsatzes speziell geschulten Praxispersonals, nicht gerecht würden. Ob tatsächlich eine Unterdeckung besteht, wäre zu verifizieren. Sollte sich dies bestätigen, erscheint eine Anpassung der Vergütungssystematik im Sinne einer bedarfsgerechten Versorgung angebracht.

Denkbar wäre in diesem Zusammenhang eine Übereinkunft analog zur Onkologie-Vereinbarung nach Anlage 7 des Bundesmantelvertrags Ärzte. Ziel dieser Vereinbarung ist die Förderung einer qualifizierten ambulanten Behandlung krebskranker Patientinnen und Patienten als Alternative zur stationären Versorgung. Sie definiert für ausgewählte Krankheitsbilder strukturelle und qualifikatorische Anforderungen an teilnehmende Ärztinnen und Ärzte sowie Praxen, deren Erfüllung – nach Genehmigung durch die KV – die Abrechnung spezieller GOP ermöglicht, wie etwa die GOP 86516 als Zuschlag für die intravenös oder intraarteriell applizierte zytostatische Tumortherapie. Ein analoges Vorgehen wäre für die Infusionstherapien bei MS-Patientinnen und -Patienten denkbar.

Effizienzsteigerung durch optimierte Personal- und Infrastrukturnutzung

Ein gänzlich anderer Ansatz für künftige Versorgungsstrukturen zielt auf einen effizienten Einsatz von Ressourcen: Anstatt Versorgungsstrukturen primär nach Erkrankungen oder behandelnden Facharztgruppen auszurichten, könnte ein auf die notwendige Therapie ausgerichtetes Modell verfolgt werden. Denkbar wären hierfür beispielsweise Infusionszentren, in denen neurologische Infusionstherapien ebenso durchgeführt werden können wie vergleichbare Behandlungen aus anderen Fachbereichen wie der Onkologie oder Dialyseversorgung. Ein solches Modell würde Skaleneffekte und Synergien ermöglichen, vor allem bei den infrastrukturellen Anforderungen wie Raum für Infusionsplätze sowie beim nichtärztlichen Personal, also speziell geschulte MFAs und Pflege-

kräfte für Durchführung und Monitoring. Die notwendige ärztliche Expertise und Präsenz könnte durch Kooperationen oder räumliche Einbindung der jeweiligen Facharztpraxen sichergestellt werden.

Fazit für die Praxis

Diese Untersuchung liefert wertvolle Erkenntnisse zur Dynamik der Versorgungsbedarfe in der ambulanten Neurologie. Sie führt aus, dass medizinischer Fortschritt und demografische Entwicklungen einen erheblichen Anstieg des Ressourcenbedarfs nach sich ziehen. Um diesen Herausforderungen zu begegnen, sind differenzierte Versorgungsstrukturen, gezielte Patientensteuerung und eine adäquate Vergütung erforderlich. Ergänzend müssen zukünftig die Möglichkeiten der Digitalisierung und von Delegationsmodellen verstärkt in die

Versorgung integriert werden. Verschiedene Limitationen der Modellierung unterstreichen jedoch die Notwendigkeit weiterer empirischer Forschung und kontinuierlicher Evaluation, um eine zukunftssichere und bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten.

Literatur



als Zusatzmaterial unter <https://doi.org/10.1007/s15016-025-4189-3> in der Online-Version dieses Beitrags

AUTORINNEN UND AUTOREN

Prof. Dr. Dominik Thomas



Alfried Krupp von Bohlen und Halbach
Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement
Universität Duisburg-Essen, Campus Essen
Fakultät Wirtschaftswissenschaften
Thea-Leymann-Straße 9, 45127 Essen
dominik.thomas@medman.uni-due.de

Kathrin Pahmeier

Anja Niemann

Lara Kleinschmidt

Prof. Dr. Jürgen Wasem

Dr. Silke Neusser

Buchtipps!

DiGA in die Praxis integrieren



Alexandra Widmer

77 Impulse für das Arzt-Patienten-Gespräch mit DiGA

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) einfach und sicher integrieren

hogrefe

Dr. Alexandra Widmer

77 Impulse für das Arzt-Patienten-Gespräch mit DiGA

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) einfach und stressfrei integrieren

Hogrefe Verlag, 2025, 1. Auflage

ISBN: 9783456864181; 15 €

Das Werk „77 Impulse für das Arzt-Patienten-Gespräch mit DiGA“ ist kein klassisches Buch, sondern ein bewusst analoger und praxisorientierter Kartenfänger, der Ärztinnen und Ärzte dabei unterstützt, digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) kompetent in die Behandlung zu integrieren. Die Autorin, Dr. Alexandra Widmer, Fachärztin für Neurologie und Psychotherapeutin, greift dabei auf ihre Erfahrungen aus der ambulanten Praxis zurück und bietet Gesprächsbausteine, Formulierungen und Tipps für die ärztliche Kommunikation.

Die 77 Impulse sind in Form von 39 Kärtchen organisiert. Jedes Kärtchen enthält kurze, prägnante Anregungen. Der ganze Fächer ist so gestaltet, dass er sich direkt in den Praxisalltag übertragen lässt. Besonders praktisch: Nach Kärtchen 37 geht es auf der Rückseite weiter, sodass man den ganzen Fächer viel rascher als ein kleines Buch durchblättern kann. Die Kärtchen decken den gesamten Prozess ab – von der Auswahl geeigneter Patientinnen und Patienten über die Einführung einer DiGA bis hin zur Nachbesprechung.

Besonders hervorzuheben ist die klare Struktur: Praxisnahe Beispiele erleichtern den Einstieg ins Thema, Formulierungstipps helfen dabei, Hemmschwellen im Gespräch zu überwinden und Hinweise zur ärztlichen

Einschätzung fördern eine fundierte Entscheidung zum Einsatz von DiGA.

Die Impulse basieren auf realen Situationen und sind in der Praxis sofort umsetzbar. Es wird deutlich, wie DiGA die Selbstwirksamkeit stärken und gleichzeitig Ärztinnen und Ärzte entlasten. Die vorgestellten Anwendungen sind geprüfte Medizinprodukte, deren Wirksamkeit wissenschaftlich belegt ist.

Das Werk richtet sich primär an Ärztinnen und Ärzte, aber auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die digitale Anwendungen in ihre Behandlung integrieren möchten. Es eignet sich ferner für andere Gesundheitsfachkräfte, die sich mit digitalen Therapien auseinandersetzen wollen.

„77 Impulse für das Arzt-Patienten-Gespräch mit DiGA“ ist ein wertvolles Werkzeug für alle, die die Chancen digitaler Gesundheitsanwendungen konsequent nutzen wollen, ohne den Praxisalltag zu überfrachten. Die Kombination aus evidenzbasierten Informationen und konkreten Gesprächshilfen macht den Kartenfänger zu einem echten Praxishelfer. Für diejenigen, die ihre Kommunikation modernisieren und die Therapieadhärenz ihrer Patientinnen und Patienten verbessern möchten, ist dieses Werkzeug eine klare Empfehlung.

Prof. Dr. med. Markus Weih, Nürnberg

Resilienz

Warum Kompetenz zur Selbstregulation nicht nur für Kinder wichtig ist

Die Förderung von Selbstregulationskompetenzen von Kindern und Jugendlichen ist entscheidend für Bildungserfolg, psychische Gesundheit und gesellschaftliche Teilhabe. Die Leopoldina hat hierzu bereits Ende 2024 eine Stellungnahme herausgebracht (siehe auch NeuroTransmitter 2025;36(5):34–35). Im Gespräch mit dem BDN-Vorsitzenden Dr. Uwe Meier betont Prof. Johannes Buchmann die Bedeutung der engen Zusammenarbeit von Bildungs- und Gesundheitssystem, um steigenden psychischen Belastungen und wachsender Bildungsungleichheit entgegenzuwirken.

? Die Leopoldina existiert seit fast vierhundert Jahren und ist heute die Nationale Akademie der Wissenschaften Deutsch-

lands mit dem Anspruch, auch politische Beratung zu leisten. Sie sind Sprecher unter anderem für das Thema Selbstregulationskompetenz und haben dazu eine bemerkenswerte Stellungnahme publiziert, die die Empfehlung enthält, dass Selbstregulierungskompetenz eine zentrale Leitlinie des Bildungswesens sein sollte. Wie kam es zur Entstehung dieser Arbeitsgruppe? Gab es einen bestimmten Auslöser?

Prof. Johannes Buchmann: Ich bin seit 2018 Lehrer für achtsamkeitsbasierte Stressreduktion. Gegen Ende meiner beruflichen Tätigkeit habe ich diese Ausbildung abgeschlossen. Das Thema Selbstregulation hat mich schon immer persönlich interessiert, auch wenn es nicht zu meinem wissenschaftlichen Fachgebiet gehörte. Die Relevanz habe ich auch in meinem eigenen Leben erfahren. Als Lehrer für Mindfulness-Based-Stress-Reduction (MBSR) habe ich mehrere Kurse dazu gehalten. Diese Kurse führen in verschiedene achtsamkeitsorientierte Meditationsformen ein – sie fördern in hohem Maße die Selbstregulation, beispielsweise bei der Emotions- und Aufmerksamkeitsregulation. Die positiven Effekte konnte ich besonders bei Erwachsenen beobachten. Daraus entstand die Idee, dass es sinnvoll wäre, wenn Menschen diese Kompetenzen möglichst früh lernen. Zusammen mit meiner Kollegin, Herta Flor, Seniorprofessorin für Psychologie am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim, habe ich das Thema aufgegriffen – wir kannten uns bereits aus anderen Zusammenhängen. Wir haben das Projekt

gemeinsam initiiert und innerhalb der Leopoldina sind wir bei den Kolleginnen und Kollegen, die wir angesprochen haben, auf sehr positive Resonanz gestoßen. In der Folge haben wir eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe zusammengestellt. Bestehend aus Psychologinnen und Psychologen, Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Pädiatrie, Expertinnen und Experten für Philosophie, Informatik und weiteren Fachrichtungen, um das Thema umfassend zu beleuchten. Unterstützt wurden wir von Lehrerinnen und Lehrern, Schulleitungen und auch Personen aus der Schulverwaltung und aus Ministerien. Gemeinsam haben wir über zwei Jahre hinweg an der Stellungnahme gearbeitet und sie schließlich veröffentlicht.

? Als Mathematiker und Informatiker haben Sie sich intensiv mit Themen, wie innovativen Verschlüsselungsverfahren auseinandergesetzt, die für den Schutz vor zukünftigen Angriffen durch Quantencomputer wichtig sind. Damit haben Sie bedeutende Arbeit geleistet, um gegen reale Bedrohungen Schutz zu bieten, aber auch für neue Chancen gesorgt.

Von der Kryptografie zu achtsamkeitsbasierten Verfahren – das erscheint wie ein großer Sprung. Konnten Sie aus Ihren bisherigen Tätigkeiten ein besonderes Verständnis für das neue Thema gewinnen? Oder sind das für Sie zwei völlig unterschiedliche Welten?

Buchmann: Das sind tatsächlich zwei unterschiedliche Welten. Aus meinen Tätigkeiten



Prof. em. Dr. Johannes Buchmann ist Informatiker und Mathematiker. Er erschloss die algorithmische algebraische Zahlentheorie für kryptographische Anwendungen, wurde durch seine Forschung auf dem Gebiet der Kryptografie weltweit bekannt und entwickelte kryptographische Verfahren. Außerdem beschäftigt er sich mit Fragen des Datenschutzes und der Privatsphäre im Internet. Darüber hinaus engagiert er sich für die Nachwuchsförderung und den Aufbau wissenschaftlicher Zentren.

habe ich jedoch umfangreiche Erfahrungen in der Organisation großer Projekte mitbringen können. Ich habe beispielsweise einen Sonderforschungsbereich bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft initiiert und war jahrelang dessen Sprecher. Zudem war ich Vizepräsident der Technischen Universität Darmstadt. Im Wissenschaftsmanagement und in der Organisation von Forschungsprojekten habe ich wichtige Erfahrungen gesammelt, die ich jetzt gut einbringen kann.

Zu den inhaltlichen Verbindungen: Es gibt durchaus esoterische Kreise, die einen Zusammenhang zwischen Achtsamkeit und Quantenphysik herstellen, aber ich bin kein Anhänger solcher Ideen. Es gibt sehr prominente Persönlichkeiten, auch Nobelpreisträger, die solche Ideen vertreten, zum Beispiel Roger Penrose. Erst gestern sprach ich mit einem Kollegen und Freund darüber, der demgegenüber offen ist – ich persönlich bin das aber nicht. Meine Motivation war also nicht, esoterische Zusammenhänge zu verfolgen. Vielmehr konnte ich hier meine Kompetenzen im Wissenschaftsmanagement und meine Ausbildung als MBSR-Lehrer nutzen.

? In Ihrem Projekt haben sich hochqualifizierte Wissenschaftler aus unterschiedlichen Fachbereichen nicht nur zusammengesetzt und die Evidenzlage gesichtet, sondern sind mit dem Anspruch herangegangen, auf die Politik zuzugehen und Vorschläge zu unterbreiten. Ist es innerhalb der Leopoldina üblich, in Stellungnahmen direkte Empfehlungen an die Politik zu formulieren?

Buchmann: Ja, das ist sogar eine zentrale Aufgabe. Es gibt bei uns eine eigene Abteilung für Wissenschaft, Politik und Gesellschaft, die explizit mit Politikberatung befasst ist. Die Mitglieder der Leopoldina können Initiativen starten – wie in diesem Fall bei der Stellungnahme. Es ist vorgesehen, dass das Vorhaben zunächst im Präsidium beantragt wird, unter anderem, weil dafür ein Budget benötigt wird. Es folgt eine wissenschaftliche Begutachtung – in unserem Fall gab es sechs Gutachterinnen und Gutachter – und eine Vorstellung im Präsidium. Das Ergebnis wird als Stellungnahme der Leopoldina veröffentlicht. Im August vergangenen Jahres haben wir beispielsweise ein Diskussionspapier zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugend-

lichen und dem Einfluss sozialer Medien herausgebracht, das große Resonanz gefunden hat. Dieses Papier ergänzte unsere Stellungnahme, denn darin wurde stark über die Regulierung von Einflüssen gesprochen, die die Entwicklung von Selbstregulationskompetenzen bei Kindern und Jugendlichen unterlaufen. In der eigentlichen Stellungnahme hingegen steht die Stärkung dieser Kompetenzen selbst im Vordergrund.

? Warum halten Sie das Thema Selbstregulationskompetenz für so bedeutsam, dass es notwendig ist, die Politik hier anzuschubsen oder Impulse zu setzen?

Buchmann: Wir beschäftigen uns damit, weil sich in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland mehr und mehr eine Schere öffnet: Einerseits steigt die Zahl der Hochschulabschlüsse deutlich, andererseits ist die Gruppe mit Grundkompetenzproblemen sehr groß – rund 30%. Diese Divergenz nimmt zu. Gerade für Kinder und Jugendliche aus bildungsfernen oder sozial-ökonomisch benachteiligten Kontexten ist die Förderung der Selbstregulationskompetenzen besonders wichtig: Sie muss bereits früh – in Kindertagesstätten und Schulen – beginnen. Im kommenden März veranstalten die Leopoldina und die aim-Akademie in Heilbronn eine Konferenz zum Thema „Selbstregulationskompeten-

zen in Schulen und Kitas stärken“, die sowohl für die pädagogische Praxis als auch für die Kulturpolitik relevant ist. Die Bundesministerin für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Karin Prien, hat die Schirmherrschaft übernommen, was die gesellschaftliche Relevanz des Themas nochmals unterstreicht.

Zwei Aspekte stehen hier für uns im Mittelpunkt: Erstens das Thema Prävention, das insbesondere für psychische Gesundheit, aber auch für körperliche Gesundheit von großer Bedeutung ist. Die Förderung von Selbstregulationskompetenzen hat einen ausgeprägt präventiven Charakter. Wir sehen, dass wir es mit einer Krise der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu tun haben, darüber haben wir sowohl in dem Diskussionspapier als auch in der Stellungnahme berichtet. Die Nachfrage nach Interventionen ist enorm, was das System teilweise überfordert. Die Förderung muss daher deutlich gestärkt werden, wie auch die Psychologin Sylvia Schneider aus Bochum – deren Mitarbeit sehr hilfreich war – betont hat. Zweitens sind gute Selbstregulationskompetenzen ein zentraler Prädiktor für ein gelungenes Leben. Sie beeinflussen Bildungskarriere, Beziehungsentwicklung und die Fähigkeit, das Leben nach eigenen Werten und Prioritäten zu gestalten. In der Politik zeigt sich die Relevanz ebenfalls: Die Krise der psychi-



© Pixel-Shot / stock.adobe.com (Symbolbild mit Fotomodellen)

Kinder, die ihre Emotionen selbst regulieren können, sind im Leben erfolgreicher.

Leopoldina – Nationale Akademie der Wissenschaften

Die Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina, im Jahr 1652 in Schweinfurt gegründet, ist die älteste ununterbrochen bestehende naturwissenschaftlich-medizinische Akademie der Welt. Seit ihrer Ernennung zur Nationalen Akademie der Wissenschaften im Jahr 2008 unter der Schirmherrschaft des Bundespräsidenten Horst Köhler befasst sie sich unabhängig von wirtschaftlichen und politischen Interessen mit zentralen gesellschaftlichen Zukunftsthemen. Mit rund 1.700 Mitgliedern aus über 30 Ländern fungiert sie als wissenschaftliche Stimme gegenüber Politik und Gesellschaft – national wie international – und fördert eine verantwortungsvolle Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse zum Wohle von Mensch und Natur.

Das Diskussionspapier der Leopoldina finden Sie unter: <https://go.sn.pub/abm0sp>

schen Gesundheit und mangelnde Selbstregulationskompetenzen haben erhebliche Folgen für den Arbeitsmarkt sowie für die Gesundheitskosten. Kinder und Jugendliche können oft nicht das erreichen, was möglich wäre, und fehlen später als Fachkräfte. Das ist auch volkswirtschaftlich relevant. Die Politik ist daher gefordert.

? Sie haben die Systemrelevanz des Themas beschrieben – es betrifft sämtliche Bereiche, nicht nur die psychologischen. Sie haben den Begriff „gelungenes Leben“ verwendet, was eine philosophische Perspektive darstellt. Dieser Begriff stammt aus der antiken philosophischen Tradition und bezieht sich darauf, woran wir unser Leben messen. Das Thema hat aber auch medizinische Aspekte, die Sie hervorgehoben haben, ebenso bildungspolitische und gesellschaftspolitische Implikationen. Lassen Sie uns den medizinischen Aspekt vertiefen: Prävention wird in der Neurologie immer wichtiger. Stichwort „Hirngesundheit“. Wir beobachten große Defizite sowohl bei neurologischen als auch anderen Erkrankungen, die oft mit solchen Defiziten in der Selbstregulationskompetenz zusammenhängen. Unsere Tätigkeit kann sich daher nicht darauf beschränken, Medikamente zu verabreichen – wir müssen viel früher ansetzen.

Ein zentrales Thema ist derzeit die Demenz. Hier gibt es erstmals kausale Therapieansätze, die zwar noch in den Anfängen stehen, aber einen Innovationsschub mit sich bringen. Dieser Innovationsschub kommt langsam in der Versorgung an. Wenn man sich mit Demenz beschäftigt, stellt man fest, dass die Pathologie viel früher beginnt, als man sie klinisch sieht. Ein großer Teil der Demenz-

fälle – etwa 45% – kann wahrscheinlich verhindert werden. Die systemischen Implikationen sind enorm. Demenzprävention beginnt im Prinzip schon in der Schule, denn soziale Ungleichheiten, Bildungsniveau und Teilhabe spielen dabei eine große Rolle. Die Selbstregulationskompetenz von Kindern und Jugendlichen hat auch mit Demenz zu tun, wenn man diesen Gedanken konsequent weiterführt – beides hängt eng zusammen. **Buchmann:** Das ist ein wirklich interessanter Punkt – diese Dimensionen sind bisher in unserer Stellungnahme noch nicht enthalten, aber ich finde es anregend, dies zu hören.

? Ich möchte keinen Vortrag halten – das ist nur meine Beobachtung.

Buchmann: Wir diskutieren, was wir geschrieben haben, und die Rückmeldungen ergänzen unser Bild. Sie haben einen sehr wichtigen Aspekt hinzugefügt.

? Das unterstreicht, dass dieses Thema nicht allein in den Zuständigkeitsbereich von Neurologen und Psychiatern fällt. Es braucht eine Allianz: Die Politik, Bildungsforschende, Lehrkräfte, Erziehende und auch die breite Öffentlichkeit, also auch die Eltern und letztlich Wählerinnen und Wähler, müssen mit ins Boot geholt werden. Sehen Sie weitere Anknüpfungspunkte – insbesondere für die Gesundheitspolitik – die über den Bildungsbereich hinausgehen?

Buchmann: Unbedingt. In unserer Arbeitsgruppe, der viele Ärztinnen und Ärzte angehören, wurde immer wieder betont, dass eine enge Kooperation des Bildungs- mit dem Gesundheitssystem erforderlich ist. Es braucht echte Schnittstellen. Wenn wir über Selbstregulationskompetenzen und die

psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sprechen, müssen Lehr- und Betreuungspersonal sensibel für Anzeichen sein, die eine Zusammenarbeit mit dem medizinischen Bereich nahelegen. Das gesamte System „psychische Gesundheit“ benötigt mehr Bewusstheit: Was ist Prävention? Wo kann ich mit Fachleuten sprechen, die mehr wissen als ich selbst? Umgekehrt müssen die im therapeutischen und psychiatrischen Bereich Tätigen ihr Wissen in den Bildungsbereich einbringen. Etwa, welche Präventionsmaßnahmen sinnvoll sind.

Es sind also zwei eng verbundene Systeme, die zwingend stärker gekoppelt werden müssen. Das ist auch in der Stellungnahme so formuliert. Ein Punkt ist dabei besonders wichtig: Nach der ersten Handlungsempfehlung – der Förderung von Selbstregulationskompetenzen Leitperspektive – steht in der zweiten Empfehlung die Entwicklung von Indikatoren für die Selbstregulationskompetenzen von Kindern und Jugendlichen im Fokus. Es müsste systematisch erfasst werden, wie diese Kompetenzen überhaupt ausgeprägt sind, etwa durch erweiterte Untersuchungen. Das Ziel wäre, bestehende Defizite früh zu erkennen und die Kindergärten und Schulen gezielt zu informieren. Die Indikatoren sollten daher auch in den Gesundheitskontext eingeführt werden.

? Tatsächlich ist es ein Thema, das alle betrifft. Im Bildungsbereich spürt man oft eine gewisse Hilflosigkeit bei Pädagoginnen und Pädagogen, gerade im Umgang mit digitalen Medien. Auch im medizinischen Bereich ist die Problematik deutlich – Stichwort ADHS: Die Anzahl der Diagnosen ist dramatisch gestiegen, ebenso der Leidensdruck der Betroffenen. Die Praxen sind überfüllt, und viele Patientinnen und Patienten nehmen weite Wege auf sich, um Termine zu bekommen.

ADHS steht letztlich nur stellvertretend für ein breiteres Spektrum von Erkrankungen, die Ausdruck der aktuellen Zeit und ihrer besonderen Herausforderungen sind – das betrifft psychische genauso wie körperliche Erkrankungen. Sie haben in der Stellungnahme festgehalten, dass Selbstregulationskompetenzen nicht nur für die psychische, sondern ebenso für die körperliche Gesundheit von Bedeutung sind. Bemerkenswert ist, dass Sport als Pflichtfach in der Schule fest verankert

ist, während der bewusste Umgang mit den geistigen Ressourcen bisher kaum thematisiert wird.

Buchmann: Das stimmt, aber ich sehe positive Veränderungen. Die Offenheit gegenüber dem Thema Selbstregulation wächst. Die Freiräume der Menschen haben in den letzten Jahrzehnten deutlich zugenommen – ebenso wie die Notwendigkeit, das eigene Leben aktiv und bewusst zu gestalten.

Ich möchte das deshalb optimistisch sehen. Und bei unserer Stellungnahme wirkte unter anderem Prof. Alexander Wohl mit, ein Sportwissenschaftler vom Karlsruher Institut für Technologie. Er betont: Sportunterricht ist ein Ort, an dem Selbstregulationskompetenzen sehr gut gefördert werden können – das ist keineswegs ein Widerspruch. Ich stimme Ihnen völlig zu: Es ist richtig, dass körperliche und geistige Gesundheit gemeinsam betrachtet werden und das Bewusstsein dafür steigt. Gerade in der gelungenen Zusammenarbeit sehe ich eine positive Entwicklung.

? *Das Thema Selbstregulation wird häufig als Soft Skill abgetan. Wie würden Sie auf jemanden reagieren, der diesen Begriff abwertend verwendet?*

Buchmann: Inzwischen ist allgemein anerkannt, dass Soft Skills mindestens genauso wichtig sind wie Hard Skills. Nehmen wir beispielsweise den motivationalen Anteil der Selbstregulation: Wer in der Lage ist, sich Ziele zu setzen, diese in umsetzbare

Zwischenschritte zu gliedern und dann konsequent zu verfolgen, hat einen enormen Vorteil. Das betrifft nicht nur Motivation – auch Aufmerksamkeit spielt eine zentrale Rolle. Die Fähigkeit, die eigene Aufmerksamkeit zu steuern, steht in einem unmittelbaren Zusammenhang mit dem Bildungserfolg. Wer sich konzentrieren kann, ist klar im Vorteil. Ebenso gilt das für Emotionsregulation. Wer es schafft, Ärger zu kontrollieren und Konflikte konstruktiv zu lösen, spart viel Energie und erhält stabile Beziehungen.

Sie hatten zuvor die Verbindung zur Demenzprävention angesprochen. Auch soziale Eingebundenheit und emotionale Selbstregulation sind hier entscheidend. Menschen, die emotional und sozial gut reguliert sind und sich in andere hineinsetzen können, haben die Möglichkeit, ein unterstützendes soziales Umfeld zu schaffen. Diese Fähigkeiten tragen letztlich präventiv dazu bei, im Hinblick auf Demenz besser vorzusorgen. Die Wirkung dieser Kompetenzen ist so offensichtlich, dass sie für jeden, der darüber nachdenkt, beinahe ein „No-Brainer“ ist.

? *Falls Sie uns einen Ausblick geben könnten: Wenn wir zehn Jahre vorausblicken – woran würden Sie erkennen, dass Ihre Stellungnahme tatsächlich etwas verändert hat?*

Buchmann: Das ließe sich daran erkennen, dass der Begriff „Selbstregulationskompe-

tenzen“ kein Fremdwort mehr wäre. Zurzeit ist der Begriff noch wenig gebräuchlich – wir haben deshalb auch diskutiert, ob wir einen anderen Begriff verwenden sollten. Der Vorteil ist jedoch: „Selbstregulationskompetenz“ ist noch nicht besetzt und beschreibt sehr genau, worum es geht. Ein klarer Indikator wäre, wenn an Schulen und in Kindertageseinrichtungen systematisch evidenzbasierte Maßnahmen zur Förderung von Selbstregulationskompetenzen ergriffen werden. Daneben gibt es das Bildungs- und das Gesundheitsmonitoring in Deutschland – in beiden, Bildung wie Gesundheit, sollte die Selbstregulationskompetenz als zentraler Aspekt verankert und verlässlich messbar sein. Daran könnte man sehr konkret sehen, ob sich durch die Stellungnahme und die anschließenden Maßnahmen langfristig etwas verändert hat.

? *Was tun Sie persönlich präventiv für Ihre Gesundheit?*

Buchmann: Für mich spielt Achtsamkeit seit vielen Jahren eine zentrale Rolle. Ebenso ist mentales Training für mich bereits lange wichtig. Ich versuche, beides konsequent in meinen Alltag zu integrieren und kontinuierlich umzusetzen.

! *Vielen Dank für das Gespräch!*

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich

Kleinanzeigen aus der Praxis

Praxisbörse

FA für Neurologie und Psychiatrie (m/w/d) für Praxis in Köthen (Sachsen-Anhalt) gesucht. Kontakt: Dr. Helma Sommer, Ritterstraße 11/12, 06366 Köthen

Wunderschöne Praxis für Neurologie und Psychiatrie in lebenswerter Umgebung mit attraktivem kulturellem Angebot südlich von Würzburg abzugeben. Großzügige, helle Räume. Top Personal. Top Ausstattung. Perfekte Work-life-balance. Geeignet sowohl für Neurologie als auch für Psychiatrie (oder beides). Kontakt: neurologie@praxis-rossmanith.de

Suche hellen, ruhigen und gepflegten Therapieraum zur alleinigen Nutzung ab 20 qm zur Miete/Untermiete, auch in Praxisgemeinschaft, in den Berlin Bezirken Steglitz-Zehlendorf, Charlottenburg/Wilmersdorf oder Schöneberg. Ich bin Psychiaterin und Psychotherapeutin (AP/TP) und nach dem Verkauf meiner Kassenarztpraxis im März 2025 privatärztlich-psychotherapeutisch tätig. Kontakt: 0179 7556164

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: 23. März 2026

Gutachten-Refresher-Kurs

Von Normalität, Andersartigkeit und Krankheit

Bereits zum 19. Mal fand der Gutachten-Refresher-Kurs der DGNB in Frankfurt am Main statt. Unter der großen Frage „Wo endet die Normalität?“ wurden die Verschiebung des Normbegriffes, Änderungen des SGB XIV sowie Ursache und Wirkung bei intrazerebralen Blutungen diskutiert.

Beim diesjährigen Gutachten-Refresher-Kurs der Deutschen Gesellschaft für Neurowissenschaftliche Begutachtung (DGNB) kamen am 25. und 26. September 2025 rund 50 Gutachterinnen und Gutachter zusammen, um sich mit Fragen zur Abgrenzung medizinischer Befunde, der Gesetzeslage und Beschwerdevalidierung zu befassen.

In seinem themenübergreifenden Eingangsvortrag erläuterte Prof. Frank Erbguth aus Nürnberg, dass „Normalität“ stets auch eine normative Zuschreibung darstelle. Der Begriff des „Normalen“ unterliege Veränderungen durch wissen-

schaftliche Erkenntnisse, politischen und gesellschaftlichen Wandel, aber auch aufgrund von Gesetzesänderungen. Beispielsweise wurden im Laufe der Zeit die Normwerte für Blutdruck oder Cholesterin verändert und Sexualität heute anders eingeordnet als früher. Erbguth legte dar, wie sich durch abgewandelte Kriterien im DSM-V die Zahl der Autismuserkrankten um das Sechzigfache erhöht hat. Wer vorher als normal gegolten habe, sei jetzt krank. Eine solche Verschiebung wird auch als Medikalisierung bezeichnet. In einer Art Gegenbewegung wurde bei Erkrankungen wie Autismus oder ADHS mittler-

weile die Forderung laut, die Andersartigkeit nicht mehr als krank, sondern als „neurodivers“ zu verstehen. Gutachterinnen und Gutachter müssten diese veränderten Normen in ihrer Arbeit berücksichtigen.

Neue Regelungen im SGB

Im Jahr 2024 ist das Soziale Entschädigungsrecht modernisiert und im Sozialgesetzbuch (SGB) XIV zusammengeführt worden. Dr. Ulrike Baumgart vom Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) stellte die Regelungen im Detail vor und betonte dabei deren präventiven Ansatz. Das SGB XIV vereint seitdem



„Wo endet die Normalität?“ lautete die übergreifende Frage beim diesjährigen Gutachten-Refresher-Kurs.

Refresher 2026 – Save the date

Der 20. Gutachten-Refresher wird vom 25. bis 26. September 2026 erneut in Frankfurt stattfinden. Mehr Informationen unter <https://dgnb-ev.de>

Bestimmungen, die zuvor im Opferentschädigungsgesetz (OEG) oder Bundesversorgungsgesetz (BVG) verankert waren. Zu den enthaltenen Ansprüchen gehört auch die Entschädigung nach öffentlich empfohlenen Impfungen.

Über die Grundzüge der Begutachtung neuromuskulärer Erkrankungen referierte Priv.-Doz. Dr. Tanja Schlereth aus Idstein und gab gleichzeitig einen Überblick über Diagnostik und Klassifikationsmethoden sowie den Stellenwert der Zusatzdiagnostik im Begutachtungsprozess.

Begutachtungsfälle diskutiert

Die Hauptvorträge waren jeweils durch drei Kurzreferate zu aktuellen Begutachtungsfällen aus dem Kreis der Teilnehmenden unterbrochen, die zur intensiven Diskussion anregten. Thema war zum Beispiel die wachsende Anzahl von Begutachtungen im Auftrag der Berufsgenossenschaft zum Parkinsonsyndrom bei Landwirten, die einem Herbizid oder Pestizid ausgesetzt waren.

Beschwerdevalidierung

Den zweiten Tag eröffnete Dr. Thomas Schmidt aus Halle an der Saale mit einer Übersicht zum Thema Beschwerdevalidierung in Gutachten, die auch dazu dient, Auffälliges und Normales voneinander abzugrenzen. Anhand eines Fallbeispiels illustrierte er die Schwierigkeiten bei der Auswahl und Interpretation psychometrischer Fragebögen. Nur wenn klinischer Befund, Verhaltensbeobachtung bei der Untersuchung und Psychometrie zusammen betrachtet würden, könnte zur Frage von Aggravation und Simulation Stellung genommen werden.

Der Abgrenzung von Unfallursache und -folge bei intrazerebralen Blutungen im Zusammenhang mit einem Schädel-Hirn-Trauma widmete sich Dr. Wenke Finkenzeller vom Klinikum Nürnberg.

Sie arbeitete die Bedeutung vorbestehender Gefäßanomalien oder gerinnungshemmender Therapien bei der Begutachtung in der gesetzlichen und privaten Unfallversicherung heraus. Am häufigsten stelle sich gutachterlich die Frage, ob eine Blutung zum Unfall geführt oder der Unfall eine Blutung ausgelöst habe. Zur Differenzierung notwendig sei die sorgfältige Sichtung der zerebralen Bildgebung. Außerdem könnte ein neuroradiologisches Zusatzgutachten in Auftrag gegeben werden.

Die Hauptvorträge und Kasuistiken wurden von Prof. Teja Grömer aus Bamberg und mir moderiert. Sie hatten die Veranstaltung, wie auch in den letzten Jahren, vorbereitet und die inhaltlichen Schwerpunkte ausgewählt.

AUTOR**Priv.-Doz. Dr. med. Charly Gaul**

Facharzt für Neurologie, Spezielle Schmerztherapie Kopfschmerzzentrum Frankfurt Dalbergstr. 2a 65929 Frankfurt

c.gaul@kopfschmerz-frankfurt.de

**Erratum****„Den Menschen anschauen und nicht nur den Laborwert“**

Marc Pawlitzki

Erratum zu: NeuroTransmitter. 2025;36(5):36-40

In diesem Beitrag hat sich auf Seite 36 in der Einleitung ein Fehler zur Verfügbarkeit des Natalizumab-Biosimilars eingeschlichen, es ist bereits seit Februar 2024 verfügbar.

Wir bitten, den Fehler zu entschuldigen. Der Originalbeitrag wurde korrigiert.

Die Online-Version des Originalartikels ist zu finden unter:
<https://doi.org/10.1007/s15016-025-4124-7>

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.

Regressverfahren

Nichtbeachtung von Therapiehinweisen muss frühzeitig begründet werden

Nach einem Beschluss des Bundessozialgerichtes müssen zwei Orthopäden einer Regressforderung von 333.000 € nachkommen. Die Ärzte hatten Therapiehinweise des G-BA missachtet und die Gründe dafür erst nach einem Prüfverfahren angegeben. Das sei zu spät, urteilte das Gericht.

Droht wegen eines missachteten Therapiehinweises des Gemeinsamen Bundesauschusses (G-BA) ein Arzneimittelregress, müssen Ärztinnen und Ärzte bereits im Prüfverfahren begründen, warum sie dem Hinweis in den betroffenen Fällen nicht gefolgt sind. Mit dieser Entscheidung wurde die Revision von zwei Orthopäden zurückgewiesen, die in den Jahren 2007/2008 entgegen der Vorgabe des G-BA einer Patientin den TNF-Alpha-Blocker Humira® (Adalimumab) gegen entzündliche Geleiterkrankungen verschrieben hatten. Nach den Vorgaben des G-BA war dies damals nur noch dann zu lässig, wenn eine Behandlung mit konventionellen Antirheumatika zuvor erfolglos versucht worden war.

Kurzfristige Umstellung nicht möglich oder zumutbar?

Weil sie den Hinweis nicht befolgten, hatte die Prüfungsstelle gegen die beiden Orthopäden einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) für die Jahre 2007 und 2008 einen Regress festgesetzt. Die Ärzte hatten dagegen geklagt, weil die Betroffenen bereits vor dem Therapiehinweis mit dem Präparat behandelt worden seien. Eine kurzfristige Umstellung sei nicht möglich oder nicht zumutbar gewesen.

Außerordentlich langwieriges Verfahren

In dem sich bereits über elf Jahre hinziehenden Verfahren hatte das Bundessozialgericht (BSG) bereits im ersten Durchlauf im Jahr 2019 entschieden, dass eine Verordnung in einer solchen

Situation zumindest vorübergehend zulässig sei (B 6 KA 15/18 R und B 5 KA 22/18 R). Im zweiten Durchlauf hatte das Landessozialgericht (LSG) klar gestellt, dass Ärztinnen und Ärzte ihr Vorgehen in solchen Fällen bereits zu diesem Zeitpunkt die Abweichung von den Hinweisen gegenüber den Prüfgremien begründen müssen. Diese müssen von Amts wegen klären, ob eine zeitlich begrenzte Medikamentenverordnung trotz der rechtlich verbindlichen Vorgaben der Therapiehinweise des G-BA in Betracht komme (L 4 KA 58/19 ZVW).

Mitwirkungspflichten nicht hinreichend nachgekommen

Die BAG habe im Verwaltungsverfahren jedoch noch nicht einmal Angaben zur Schwere der jeweiligen Erkrankung gemacht und auch nicht begründet, warum Humira® verordnet wurde. Damit seien die Orthopäden ihren Mitwirkungspflichten nicht hinreichend nachgekommen. Ärztinnen und Ärzte seien nicht berechtigt, das Prüfverfahren zu unterlaufen und die den Gremien vorbehaltene Kontrolle in den Rechtsstreit zu verlagern.

Verspätet vorgebrachte Gründe nicht mehr berücksichtigt

Auch die im Prüfverfahren nicht anwaltlich vertretenen Ärztinnen und Ärzte seien nicht mit der Pflicht überfordert, auf Besonderheiten und Umstände ihrer Praxis sowie der betrachteten Fälle hinzuweisen. Gemäß BSG kann dies durch konkrete Angaben oder durch Vorlage der Behandlungsunterla-

gen geschehen. Ein verspätetes Vorbringen müssten die Gerichte nicht mehr berücksichtigen.

Weiter hatte das LSG geurteilt, dass die Orthopäden eine Umstellung auf andere Medikamente auch bei einer gut wirkenden Humira®-Therapie zumindest hätten versuchen müssen. Dies hätten sie in mehreren anderen Fällen erfolgreich getan.

Regress in Höhe von mehr als 300.000 € hat Bestand

Insgesamt betrug die Regressforderung knapp 333.000 €. Die dagegen eingelegte Nichtzulassungsbeschwerde hat das BSG jetzt abgewiesen (B 6 KA 7/2025 B; 18. Juni 2025), sodass die Entscheidung des LSG Bestand hat.

AUTOR

Jörg Hohmann

Kanzlei für Gesundheitsrecht
Prof. Schlegel Hohmann Diarra & Partner
Brandstwiete 4
20457 Hamburg
www.gesundheitsrecht.com



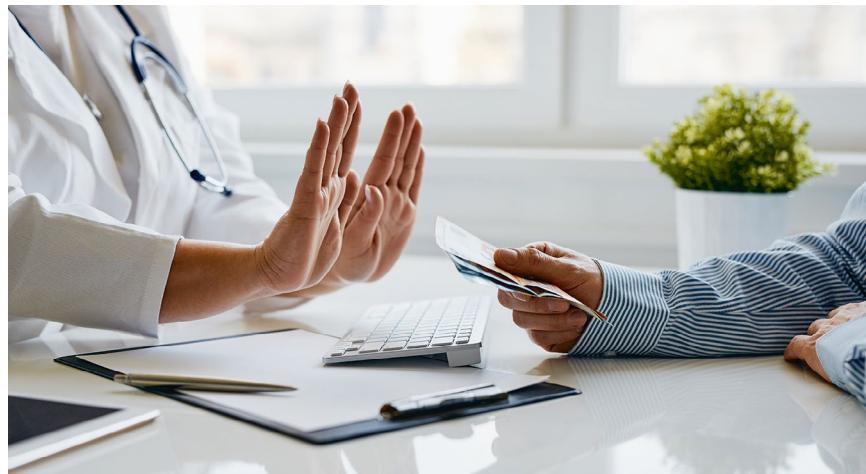
Abrechnungstipps

Was bei Pro-bono-Behandlungen zu beachten ist

Wenn Ärztinnen und Ärzte selbst oder Verwandte behandelt werden müssen, gelten für die Abrechnung besondere Regelungen. Diese unterscheiden sich je nach Art der jeweiligen Krankenversicherung. Außerdem zu beachten sind Besonderheiten bei unentgeltlichen Behandlungen und der Einschränkung der Leistungspflicht.

Ist die behandelte Kollegin oder der behandelte Kollege gesetzlich versichert, wird die Behandlung nach Einlesen der eGK wie üblich nach dem EBM abgerechnet. Anders ist das bei der privatärztlichen Abrechnung. Entgegen den üblichen Sätzen der GOÄ kann im Behandlungsvertrag vereinbart werden, dass der- oder diejenige kostenlos oder zu besonders günstigen Bedingungen behandelt wird. In § 12 Abs. 1 Berufsordnung (BO) ist zwar geregelt, dass die Sätze der GOÄ nicht in unlauterer Weise unterschritten werden dürfen, in § 12 Abs. 2 heißt es jedoch, dass Behandelnde bei Verwandten, Kolleginnen und Kollegen, deren Angehörigen sowie Mittellosen das Honorar ganz oder teilweise erlassen dürfen. Insofern gibt es keine Pflicht, für eine ärztliche Leistung ein Honorar zu verlangen. Die BO verbietet unzulässige Zuwendungen an Patientinnen und Patienten, soweit diese das wirtschaftliche Interesse und den Wettbewerb unlauter verzerren. Eine unentgeltliche Behandlung unter Kolleginnen und Kollegen gilt aber nicht als unerlaubte Vorteilsgewährung. Sie kann im Sinne des § 31 BO als zulässig und angemessen vertraglich vereinbart werden. Eine unentgeltliche Behandlung findet allerdings immer seltener statt.

Die Sachkosten können den Behandelten auch bei einer Pro-bono-Versorgung in Rechnung gestellt werden, sie werden dann ebenso von der PKV erstattet. Nach § 10 Abs. 1 GOÄ können Arznei-, Verbandmittel und sonstige Materialien, die patientenseits zur weiteren Nutzung behalten oder nach der Behandlung ver-



Bei Pro-bono-Behandlungen kann das Honorar ganz oder teils erlassen werden.

© Rostislav Sedlacek / stock.adobe.com

braucht, abgerechnet werden. Dabei ist darauf zu achten, dass Kleinmaterialien, wie Schnellverbände, Salben und geringwertige Arzneimittel, zur sofortigen Anwendung nicht gesondert berechenbar sind. Im Zweifel müssen die Einzelpreise mittels Lieferschein ermittelt werden.

Aufklärungen und therapeutische Gespräche sollten standardisiert erfolgen. Weil auch ärztliche Patientinnen und Patienten sich in einer Ausnahmesituation befinden können, sollten nicht jegliche Fachkenntnisse vorausgesetzt werden.

Bei der Behandlung von Verwandten gibt es ebenfalls Besonderheiten. Denn oft wird im Versicherungsvertrag durch die Verwandtenklausel eine Kostenerstattung durch die PKV ausgeschlossen. Diese Klausel findet sich in der Regel im Paragrafen „Einschränkungen der Leis-

tungspflicht“ und besagt, dass für Behandlungen durch Verheiratete, Lebenspartnerinnen und -partner, Eltern oder Kinder keine Leistungspflicht besteht. Nachweislich entstandene Sachkosten werden auch hier tarifgemäß erstattet.

Klagen gegen die Verwandtenklausel hat die ständige Rechtsprechung abgelehnt (BGH: IV ZR 11/00; 21. Februar 2001). Eine Abrechnung physiotherapeutischer Leistungen im Familienkreis ist ebenfalls nicht möglich (BGH: IV ZR 292/14; 13. Juli 2016). Der Senat führte dazu aus, dass die versicherte Person im Regelfall die Möglichkeit hätte, sich von einer Person in medizinisch gleichwertiger Weise behandeln zu lassen, der oder die nicht zum genannten Kreis zählt.

Jörg Hohmann, Fachanwalt Medizinrecht, Hamburg

Fortbildung

Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit

Psychische Funktionseinschränkung mit dem Mini-ICF-APP messbar machen

Wer die Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit von psychisch Erkrankten einschätzen muss, sollte nicht nur auf die gestellten Diagnosen achten, sondern auch die konkreten Fähigkeitseinschränkungen und -anforderungen in Blick haben. Mit dem Mini-ICF-APP wird ein praxisbewährtes und leitliniengestütztes Instrument an die Hand gegeben, mit dem die Leistungsfähigkeit in 13 Dimensionen bewertet werden kann – eine echte Hilfe im Begutachtungsprozess.

MARKUS WEIH

© Syda Productions / stock.adobe.com (Symbolbild mit Fotomodellen)



Der Mini-ICF-APP kann als Fremd- oder Selbsteinschätzungsfragebogen genutzt werden, um die Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit von Patientinnen und Patienten einzuschätzen und an konkreten Werten festzumachen.

Die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit (AU) ist eine Kernaufgabe aller Ärztinnen und Ärzte in der solidarischen und sozialen Krankenversicherung (SGB V). Sie erfolgt auf Basis der AU-Richtlinie des G-BA und hat unmittelbare Auswirkungen auf Arbeitgeberseite und Krankenkassen. Eine AU wird häufig kurzfristig, situativ und oft intuitiv in der offenen Sprechstunde oder ohne Termin von Haus- sowie Fachärztinnen und -ärzten bescheinigt.

Die Einschätzung der Berufsunfähigkeit (BU) sowie der Erwerbsminderung (EM) oder -unfähigkeit (EU) ist umfangreicher und betrifft nicht die Kranken-, sondern die Renten- (SGB VI) oder – seltener – die Unfallversicherung (SGB VII). Sie ist eine Aufgabe mit größerer Tragweite und findet deshalb im Rahmen einer regulären Begutachtung statt oder – nach Teambesprechungen und Verhaltensbeobachtungen der Patientin oder des Patienten – innerhalb einer Rehabilitationsmaßnahme.

Abzugrenzen von AU und EU ist der Grad der Behinderung (GdB) nach SGB IX, etwa in einem Schwerbehindertenverfahren. Der GdB spielt bei der Beurteilung von AU und EU keine Rolle, vielmehr wird damit die Fähigkeit zur Integration eines Menschen mit Behinderung in Arbeit und Alltag eingestuft.

Die Kriterien bei der Feststellung einer AU oder EU sind grundsätzlich vergleichbar. Bei der EU ist jedoch zusätzlich die längerfristige Dauer von mindestens sechs Monaten ausschlaggebend. Bei der Beurteilung der AU und in der medizinischen Rehabilitation nehmen die Ärztinnen und Ärzte die Doppelrolle von Behandelnden und Begutachtenden ein, was zu Konflikten in der Arzt-Patienten-Beziehung führen kann.

Diagnose versus Funktionseinschränkung

Die Feststellung einer Krankheit mit entsprechender Verschlüsselung der Diagnosen nach ICD-10 ist eine notwendige, allerdings keine hinreichende Voraussetzung für die Feststellung einer AU. Ein Postbote, der sich den Arm bricht, ist arbeitsunfähig, als Trainer einer Fußballmannschaft wäre er es nicht. Eine AU orientiert sich an der Beurteilung der Krankheitsfolgen am konkreten Arbeitsplatz und ist weder ein allgemeines Grundrecht noch eine Serviceleistung ärztlicherseits. Beurteilungsgrundlage ist vielmehr die Einschätzung der Schädigung von Körperstrukturen und der Störungen von Körperfunktionen, der Beeinträchtigung von Aktivitäten und Fähigkeiten sowie der kontextbezogenen Einschränkungen der Teilhabe in Anlehnung an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), die auf dem biopsychosozialen Modell fußt. Dabei sind auch Umweltfaktoren und personenbezogene Einflüsse, wie Unterstützung durch Familie und Freunde, relevant.

Die ICF wird wie die ICD von der WHO herausgegeben und gehört zu den internationalen Kernklassifikationen (WHO-FIC) [1]. Zur Beurteilung der Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit kommt es vor allem auf die Wechselwirkung zwischen Fähig-

keiten und kontextbezogenen Fähigkeitsanforderungen an. Es geht also nicht darum, ob jemand krank ist oder unter bestimmten Symptomen leidet. Entscheidend ist, ob jemand aus Krankheitsgründen nicht mehr über die Fähigkeiten verfügt, die erforderlich sind, um die im jeweiligen Kontext zwingend notwendigen Aktivitäten auszuführen, also am Arbeitsplatz bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und im Arbeitsmarkt bei der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit.

Die Bedeutung der ICF hat in den letzten Jahren angesichts der hohen Zahlen der AU und EU bei psychischen Erkrankungen zugenommen. Sie ist auch Teil der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) der deutschen Ärztekammer für die Fachärztin und den Facharzt für Rehabilitationsmedizin sowie für Psychiatrie und Psychotherapie.

Je nach Berufsbild haben Psychopathologie und daraus resultierende Funktionsstörungen eine unterschiedliche Bedeutung. Diese können auch innerhalb eines Berufs sehr unterschiedlich ausfallen. So sind die Anforderungen an die Kompetenz im Bereich „Widerstands- und Durchhaltefähigkeit“ unterschiedlich, je nachdem, ob zum Beispiel eine Pflegeperson in leitender Position Vollzeit im Schichtdienst, im OP einer herzchirurgischen Universitätsklinik oder im Spätdienst auf einer psychiatrischen Tagesklinik arbeitet (**Abb. 1**).

Dimensionen des Mini-ICF-APP

Ein Instrument zur Erfassung und Quantifizierung kontextadaptierter Fähigkeitsbeeinträchtigungen, das sich in der Praxis bewährt hat und auch in Leitlinien aufgegriffen wird, ist das „Mini-Instrument zur Erfassung von Aktivität (A) und Partizipation (P) bei psychischen Störungen (P) in Anlehnung an die ICF“ (Mini-ICF-APP) [2, 3, 4]. Dabei handelt es sich um ein halbstandardisiertes Interview und Fremdbeurteilungsinstrument, vergleichbar mit etablierten Skalen für Depression (PHQ-9), Angststörungen (HAM-A) oder ADHS (IDA). Ziel ist aber nicht die Diagnose, sondern die operationalisierte Einschätzung von 13 Fähigkeitsdimensionen, wie sie im Mini-ICF-APP definiert sind, und die in AU oder EU resultieren können (**Tab. 1**).

Zur Mini-ICF-Familie gehört auch ein Selbstratingfragebogen (Mini-ICF-APP-S) [5]. Patientinnen und Patienten können damit ihre positiven und negativen „Soft Skills“ selbst einschätzen. In der Selbstbeurteilung hat sich gezeigt, dass Nutzende ihr eigenes Fähigkeitsprofil differenziert und fair beschreiben können [5]. Das ist ökonomisch und liefert wertvolle Zusatzinformationen, kann jedoch niemals allein eine sozialmedizinische Entscheidung wie AU oder EU begründen. Wie bei neuropsychologischen Fremdbeurteilungen üblich, müssen ein gutes Sprachverständnis und ein (zur Not geschätztes) Intelligenzniveau von mindestens 80 % vorausgesetzt werden. Außerdem gehört zur Mini-ICF-Familie noch eine Version zur Beurteilung der Wohnfähigkeit (Mini-ICF-APP-H, Housing), die für



Abb. 1: Die Mini-ICF-APP-Dimensionen (Mitte) müssen im Zusammenhang mit dem Kontext betrachtet werden.

das Entlassmanagement, bei Unterbringungen oder Eingliederungen nach dem Teilhabegesetz (SGB IX) von Bedeutung, aber leider noch zu wenig bekannt ist und daher kaum angewandt wird [5]. Zur Leistungsbeurteilung im konkreten Arbeitskontext wurde spezifisch das Mini-ICF-APP-Work (Mini-ICF-APP-W) eingeführt, das als Selbst- (WS) oder Fremdrating genutzt werden kann [5, 6].

Grad der Beeinträchtigung

Im Idealfall stimmen die Fähigkeiten des Patienten oder der Patientin mit den beruflichen Anforderungen überein, was als „Person-Environment-Fit“ bezeichnet wird. Sind die krankheitsbedingten ICF-Einschränkungen dergestalt, dass die beruflichen Anforderungen nicht oder nicht mehr erfüllt werden können, besteht vorübergehend AU.

Nach der AU-Richtlinie müssen Begutachtende immer die Fähigkeitsbeeinträchtigung und die konkreten Arbeitsplatzanforderungen dokumentieren. Das Mini-ICF-APP ermöglicht es, Fähigkeiten und kontextadjustierte Teilhabe einschränkungen für den Arbeitsplatz und andere Umfelder strukturiert zu explorieren und zu graduieren [4]. Für Ärztinnen und Ärzte in der Sprechstunde ist der Kontextbezug der aktuelle Arbeitsplatz der Betroffenen. Für Rehabilitationsmedizinerinnen und -mediziner oder Begutachtende ist es die Erwerbsfähigkeit.

Bei der Beurteilung wird Bezug auf den Grad der Teilhabe-einschränkung in fünf Ratingstufen genommen (**Tab. 2**). Bei angepassten Mini-ICF-APP-Instrumenten, wie dem Mini-ICF-APP-S oder -W, gibt es acht Stufen.

Die Beeinträchtigungsstufen drei und vier im Mini-ICF-APP entsprechen einem negativen psychischen Leistungsvermögen. In der Regel liegen dann eine vorübergehende oder dauernde Arbeits- oder Berufsunfähigkeit vor. Hierbei ist gegebenenfalls zu beurteilen, ob durch Anpassung der qualitativen oder quantitativen Leistungsanforderungen eine weitere Teilhabe am Arbeitsleben ermöglicht werden kann. Die Beeinträchtigungsstufen eins und zwei haben keine unmittelbare sozialrechtliche Relevanz, sondern sind insbesondere aus therapeutischer und präventiver Sicht von Bedeutung.

Es reicht nicht aus, lediglich den GdB der Mini-ICF-APP-Dimensionen mittels eines Rankings zu beurteilen. Stattdessen sollte das Leistungsvermögen anhand der Gliederung des Mini-ICF-APP konkret und den jeweiligen Arbeitsplatz berücksichtigend beschrieben werden, wenn die Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit begründet werden soll.

Diese Graduierung und die Fähigkeitsdimensionen entsprechen weitgehend den Inhalten des Befundberichts S0051 zum Antrag auf Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) und Erwerbsminderungsrente der Deutschen Rentenversicherung (DRV), der in Rechnung gestellt werden kann [7]. Da der Befundbericht allgemeingültig ist und auch körperliche Einschränkungen erfassen muss, ist er nicht 1:1 mit dem Mini-ICF-APP vergleichbar. Grundsätzlich interessiert sich auch der Ärztliche Dienst der Bundesagentur für Arbeit für die ICF, fordert das aber weniger formal in seinen Anfragen. Zwar unterscheidet sich der Befundbericht S0051 für die DRV vom Mini-ICF-APP, aber ein gut verfasster, detaillierter Arztbrief

Tab. 1: Erläuterung der 13 Fähigkeitsdimensionen nach dem Mini-ICF-APP mit Querverweis auf die neun Einschränkungen im Befundbericht der DRV (mod. nach [6])

1. Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen (D)	8. Selbstbehauptungs- und Durchsetzungsfähigkeit
<ul style="list-style-type: none"> — Fähigkeit, — sich an Regeln zu halten — Termine verabredungsgemäß einzuhalten — sich in Organisationsabläufe einzufügen — tägliche Routineabläufe auszuführen und erfüllen — Einhalten von Verfahrensvorschriften 	<ul style="list-style-type: none"> — eigene Meinung und Sicht der Dinge kann vertreten werden, ohne soziale Normen zu verletzen — Fähigkeit „nein“ zu sagen, zu widersprechen, andere um Hilfe zu bitten oder eigene Wünsche ohne Schuldgefühle zu äußern — Fähigkeit, sich gegen Ungerechtigkeiten zur Wehr zu setzen — Konfliktfähigkeit — Offenheit für Kritik
2. Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben	9. Konversation und Kontaktfähigkeit zu Dritten (D)
<ul style="list-style-type: none"> — Tagesroutinen, -plan und -struktur vorhanden — Arbeitsaufgaben werden zeitgerecht erledigt — vorausschauende Organisation und Reihenfolge (z.B. To-Do Listen) — Unterscheiden von Wichtigem und Unwichtigem möglich — sich sinnvoll beschäftigen 	<ul style="list-style-type: none"> — Fähigkeit, — zu „Small Talk“ und Konversation auch mit Fremden oder (neuen) Kollegen — auf jemanden zuzugehen — ein flüssiges Gespräch zu führen
3. Flexibilität und Umstellungsfähigkeit	10. Gruppenfähigkeit
<ul style="list-style-type: none"> — Anpassungsfähigkeit (im Verhalten, Denken, Erleben) an — Arbeitsunterbrechung — kurzfristig neue Aufgaben oder Veränderungen (Umstrukturierung am Arbeitsplatz, Schichtdienst, Schichtwechsel, räumliche Veränderungen) — an mehrere (unbekannte) Menschen im Raum — Veränderungen im Team 	<ul style="list-style-type: none"> — vollwertiges, aktives Mitglied im Team (Arbeit, Verein, Politik, Glauben) — Teilnahme an Betriebsausflügen oder -feiern, Afterwork, Teambesprechungen — Fähigkeit zur Gruppenführung
4. Kompetenz- und Wissensanwendung (D)	11. Fähigkeit zu engen dyadischen Beziehungen (D)
<ul style="list-style-type: none"> — Anwendung der Kompetenzen und Erwartungen aus Ausbildung, Beruf, Lebenserfahrung oder Wissen gemäß der situativen Rollenerwartungen — unter Berücksichtigung des Lebenshintergrunds zumutbaren inhaltlichen und fachlichen Anforderungen (von anderen) entsprechen — Fähigkeit zur Kritikannahme 	<ul style="list-style-type: none"> — beruflich, privat, familiär enge Beziehungen aufbauen und aufrechterhalten — Wahrnehmen von Problemen anderer — offene Gespräche führen — Häufigkeit von Kontakten am Arbeitsplatz — Beteiligung an wichtigen Entscheidungen — Fähigkeit, emotionalen Unterstützungsbedarf von Vertrauten zu erkennen
5. Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit (D)	12. Fähigkeit zur Selbstpflege und Selbstversorgung (D)
<ul style="list-style-type: none"> — Sachverhalte werden differenziert und kontextbezogen aufgefasst — Probleme werden gelöst — Entscheidungen, Urteile, Auffassungen, Schlussfolgerungen werden angemessen getroffen, erläutert, dementsprechend werden Konsequenzen gezogen und in erforderliche Entscheidungen oder Handlungen umgesetzt 	<ul style="list-style-type: none"> — gesunde Ernährung, regelmäßige Mahlzeiten — selbstständiges Einkaufen, Hausarbeit, Hygiene — Kleidungspflege, -wechsel, Kleidung für Jahreszeit und Anlass angemessen auswählen — Einhalten von Erholungs- oder Schlafphasen — körperliche Fitness
6. Proaktivität und Spontanaktivitäten (D)	13. Mobilität und Verkehrsfähigkeit (D)
<ul style="list-style-type: none"> — Antrieb vorhanden — Eigeninitiative im Beruf — Selbstständigkeit, Kreativität und Produktivität auch in der Freizeit (Hobbies, Kreativität, Sport) und im Haushalt (Einkauf, Putzen, Waschen, Kochen) 	<ul style="list-style-type: none"> — Fähigkeit, — frei zu laufen, sich zu bücken, Treppen zu steigen, Dinge zu heben — sich frei in der Öffentlichkeit zu bewegen, Verwendung von öffentlichen Verkehrsmitteln ohne Beklemmungsgefühle oder Begleitung — sich auf Wegen zurechtzufinden, sich nicht zu verlaufen — Unterschrift leisten
7. Widerstands- und Durchhaltefähigkeit (D)	
<ul style="list-style-type: none"> — Fähigkeit, — längere Zeit durchzuarbeiten, auch bei schwierigen Arbeiten, Überstunden oder Termindruck — mit Stress oder Langeweile umzugehen — Leistungsfähigkeit bleibt konstant — Frustrationstoleranz — Erwartungen von Anderen können erfüllt werden 	

Legende: D = teils korrespondierend zur Einschränkung im Befundbericht für die DRV

Tab. 2: Graduierung von Beeinträchtigungen

Grad	Beschreibung
0	Keine Beeinträchtigung Keine Probleme, der Proband entspricht den Normerwartungen.
1	Leichte Beeinträchtigung Leichtere subjektive Probleme, die aber nicht auffallen. Keine Fehler, keine wesentlichen negativen Konsequenzen. Dies gilt noch als normal, weil Arbeit auch anstrengend sein darf. Dies gilt insbesondere, wenn jemand krank ist und ihm/ihr nicht alles gleichermaßen leichtfällt.
2	Mäßige Beeinträchtigung Deutliche Probleme, die geforderten Aktivitäten auszuüben. Dies fällt auf, hat negative Auswirkungen, negative Konsequenzen mit Folgen, signalisiert Probleme und ist unter Umständen ein negativer Prognosefaktor, weil die Gefahr besteht, dass es zu weiteren Negativentwicklungen kommt.
3	Erhebliche Beeinträchtigung Kann Rollenerwartungen in wesentlichen Teilen nicht mehr gerecht werden, benötigt teilweise Unterstützung von Dritten.
4	Volle Beeinträchtigung Aktuelle (Teil-)Unfähigkeit, Person muss entpflichtet werden. Ob es zu dauerhafter oder kompletter Erwerbsunfähigkeit kommt, hängt davon ab, ob durch Therapie eine Besserung erreicht wird. Dies kann im Eingliederungsmanagement (BEM) oder der stufenweisen Wiedereingliederung überprüft werden.

mit psychopathologischem Befund kann für die DRV genauso wertvoll sein. Bei unter- oder übergewichtigen Patientinnen und Patienten sollte dieser auch Körpergröße und Gewicht enthalten. Auch kardiovaskuläre Risikofaktoren wie Bewegungsmangel sowie Alkohol-, Drogen-, Tabak- und Medikamenten-abhängigkeiten sind relevant. Zuletzt gehören in einen Bericht außerdem Informationen, die eine Reha beeinträchtigen könnten, zum Beispiel eine Sprachbarriere.

Nicht selten müssen durch Behandelnde verschiedene Beichte wie zum GdB, zur Rehabilitation, für die Rente oder für die Agentur für Arbeit erstellt werden. Hier hat es sich bewährt, Diagnosen möglichst praktisch zu schildern, beispielsweise: „therapieresistente Depression mit ausgeprägten Schlafstörungen und kognitiven Einschränkungen, die zur Reduktion der Konzentration und Durchhaltefähigkeit führt“. Liegt eine absehbar dauerhafte Problematik vor, ist die Erwerbsunfähigkeit bei einem Rating von drei oder vier gegeben, sofern keine Kompensation am Arbeitsplatz möglich ist. Fragen sollten offen gestellt und mit einer Verhaltensbeobachtung kombiniert werden. Zur Vorgehensweise bei der Durchführung des Mini-ICF-APP stehen ausführliche Materialien zur Verfügung [4, 5, 6].

Fazit für die Praxis

- Die Beurteilung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit bei einer psychischen Erkrankung ist eine Entscheidung von großer Bedeutung für die Kostenträger und vor allem die Betroffenen selbst. Sie sollte daher mit der gebotenen Sorgfalt erfolgen.
- Während sich Diagnosen an der ICD orientieren, erfolgt die Einschätzung der sich daraus ergebenden Krankheitsfolgen am konkreten Arbeitsplatz in Anlehnung an die ICF. Eine AU ist keine ärzt-

liche Dienst- oder Wunschleistung, sondern erfordert nach dem biopsychosozialen Modell die Beschreibung von Funktionsstörungen, Fähigkeitsbeeinträchtigungen und Teilhabeeinschränkungen für die Sozialversicherungen.

- Die Beurteilung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hängt nicht von der Diagnose und auch nicht von den Funktionsstörungen ab, sondern von den resultierenden Fähigkeiten und Einschränkungen sowie den Aktivitätsanforderungen im aktuellen, früheren oder zukünftigen Arbeitskontext.
- Kenntnisse über das Mini-ICF-APP und die Auseinandersetzung mit den Funktionseinschränkungen, wie sie im Rehabilitationbefundbericht S0051 beschrieben sind, unterstützen sowohl die Kostenträger als auch die Patientinnen und Patienten bei der realistischen Einschätzung ihrer Fähigkeiten am Arbeitsplatz, mit dem Ziel, die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen.

Literatur

1. WHO. <https://www.who.int/standards/classifications>
2. DRV. Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung. Sozialmedizinische Beurteilung bei psychischen und Verhaltensstörungen. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund; 2012
3. AWMF. Leitlinie zur Begutachtung psychischer und psychosomatischer Störungen. Berlin: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften AWMF; 2019
4. Linden M et al. Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen. Göttingen: Hogrefe Verlag; 2015
5. Muschalla B. Die Mini-ICF-APP-Family: Fremd- und Selbsteinschätzung von Fähigkeiten, fähigkeitsorientierte Arbeitsplatzbeschreibung und Wohnfähigkeit. Med Sach. 2020;116:170-82
6. Muschalla B. Wie hast du's mit der Arbeitsfähigkeit? Fähigkeitserleben und Arbeitplatzprobleme bei Patienten mit psychischen Erkrankungen. Z Psychiatr Psychol Psychother. 2020;68:120-30
7. Deutsche Rentenversicherung. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Formulare/DE/_pdf/S0051.html

Interessenkonflikt

Der Autor erklärt, dass er sich bei der Erstellung des Beitrages von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließ, und 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 von werblichen Aussagen und keinerlei Produktempfehlungen enthalten. Dies gilt insbesondere für Präparate, die zur Therapie des dargestellten Krankheitsbildes geeignet sind.

AUTOR

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

1. Vorsitzender
BVDN Bayern
MedicCenter
Hallplatz 5
90402 Nürnberg
m.weih@mediccenter.de



Psychische Funktionseinschränkung mit dem Mini-ICF-APP messbar machen

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.



FIN gültig bis 26.2.2026:

NT26N19C

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

?

Welche wesentliche Bedingung unterscheidet die Feststellung von Erwerbsfähigkeit (EU) und Arbeitsunfähigkeit (AU) gemäß den sozialrechtlichen Kriterien?

- Die EU-Einschätzung erfolgt im Gegensatz zu der einer AU meist im Rahmen einer regulären Begutachtung oder Rehabilitationsmaßnahme.
- Für die EU ist im Gegensatz zur AU keine ICD-10 Diagnose erforderlich.
- Der Grad der Behinderung (GdB) ist die maßgebliche Grundlage für die EU, nicht aber für die AU.
- Bei der EU ist zusätzlich eine längerfristige Dauer von mehr als sechs Monaten festzustellen.
- Die AU bezieht sich immer auf den allgemeinen Arbeitsmarkt, die EU auf den konkreten Arbeitsplatz.

?

Was beschreibt das biopsychosoziale Modell der ICF im Kontext der Arbeitsfähigkeit am treffendsten?

- Kontextfaktoren wie der Beruf spielen bei der ICF-Beurteilung eine untergeordnete Rolle.
- Die Arbeitsunfähigkeit ist ein allgemeines Grundrecht, das bei Vorliegen jeder ICD-Diagnose gewährt werden muss.
- Die Beurteilung basiert auf der Wechselwirkung zwischen individuellen Fähigkeiten und kontextbezogenen Anforderungen des Arbeitsplatzes.
- Die ICF ersetzt die ICD-10 bei sozialmedizinischer Begutachtung vollständig.

?

Ausschlaggebend ist allein die Schwere der Symptomatik (Störung der Körperfunktion).

?

Welche Eigenschaft kennzeichnet das Instrument Mini-ICF-APP-Selbstbeurteilung?

- Es ist ein halbstandardisiertes Interview zur operationalisierten Einschätzung von 13 Fähigkeiten.
- Es dient primär der Diagnosestellung von Depressionen und Angststörungen.
- Die Anwendung erfordert keine besonderen Voraussetzungen auf Seiten der Patientin und des Patienten.
- Es handelt sich um ein reines Selbstrating-Instrument ohne Einbeziehung der Patientin oder des Patienten.
- Es wurde speziell für die Beurteilung rein körperlicher Frakturen entwickelt.

?

Was beschreibt die Ratingkategorie 1 (leichte Beeinträchtigung) in der Graduierung des Mini-ICF-APP?

- Der Proband, die Probandin entspricht in jeder Hinsicht den Normerwartungen.
- Die Patientin, der Patient muss sofort vom Arbeitsplatz entpflichtet werden.
- Es bestehen subjektive Probleme, die noch normal sein können, aber im Außenverhältnis nicht auffallen und keine Fehler verursachen.
- Es liegen deutliche Fehler und negative Konsequenzen am Arbeitsplatz vor.
- Eine stufenweise Wiedereingliederung (BEM) ist zwingend erforderlich.

?

Ab welcher Ratingkategorie (Beeinträchtigungsstufe) im Mini-ICF-APP wird in der Regel eine Unfähigkeit für die betreffende Funktion begründet?

- Stufe 0 (keine Beeinträchtigung)
- Stufe 1 (leichte Beeinträchtigung)
- Stufe 2 (mäßige Beeinträchtigung)
- ab Stufe 3 (erhebliche Beeinträchtigung)
- nur bei Stufe 4 (volle Beeinträchtigung)

?

Welche der folgenden Fähigkeiten gehören zu den Dimensionen des Mini-ICF-APP?

- Körpergröße und Gewicht
- Ausmaß der Sprachbarriere
- Flexibilität und Umstellungsfähigkeit
- Blutdruckregulation
- Intelligenzquotient (IQ)

?

Was wird im Kontext der ICF-Beurteilung unter dem Begriff „Person-Environment-Fit“ verstanden?

- Räumliche Ausstattung des Arbeitsplatzes (Ergonomie)
- Übereinstimmung der individuellen Fähigkeiten mit den beruflichen Anforderungen
- Anpassung der Patientin, des Patienten an die medikamentöse Therapie
- Finanzielle Absicherung durch die Rentenversicherung
- Rein psychopathologische Befunderhebung durch die Ärztin, den Arzt

Dieser CME-Kurs wurde von der Bayerischen Landesärztekammer mit zwei Punkten in der Kategorie I (tutoriell 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.

- ?** Welche Fähigkeit wird unter der Dimension „Widerstands- und Durchhaltefähigkeit“ im Mini-ICF-APP am ehesten verstanden?
- Um die Abrechnung der Ziffer für die offene Sprechstunde zu erhöhen.
 - Damit die Arbeitgeberseite die Diagnose der Patientin, des Patienten erfährt.
 - Um die ICD-10 Verschlüsselung zuersetzen.
 - Dies ist nur bei körperlichen, nicht aber bei psychischen Erkrankungen notwendig.
- ?** Warum ist die Dokumentation der konkreten Arbeitsplatzanforderungen für begutachtende Ärztinnen und Ärzte so wichtig?
- Weil eine AU-Einschätzung immer im Vergleich zwischen Fähigkeitsbeeinträchtigung und spezifischen Anforderungen erfolgen muss.
- ?** Eine 36-jährige Sachbearbeiterin wird zum Facharzt für Psychiatrie überwiesen. Sie erscheint verspätet und erklärt, sie habe noch versucht, die Praxis anzurufen und nach dem Weg zu fragen. Ihre Krankenversicherungskarte hat sie nicht dabei. Welche ICF-Fähigkeit(en) ist/sind am ehesten eingeschränkt?
- Anpassung an Regeln, Routinen und Planung, Strukturierung
 - Kompetenz- und Wissensanwendung
 - Widerstands- und Durchhaltefähigkeit
 - Gruppenfähigkeit
 - Fähigkeit zur Selbstpflege und Selbstversorgung

Aktuelle CME-Kurse aus der Psychiatrie

► Wie die neurokognitive Untersuchung sicher gelingt

aus: NeuroTransmitter | Ausgabe 4/2025
von: Julian Klingbeil, Markus Weih, Justus Brockmann, Dorothee Saur
Zertifiziert bis: 7.8.2026
CME-Punkte: 2

► QTc-Zeit-Verlängerungen bei Therapie mit Psychopharmaka

aus: NeuroTransmitter | Ausgabe 3/2025
von: Markus Weih, Ekkehard Haen, Tobias Samusch
Zertifiziert bis: 5.6.2026
CME-Punkte: 2

► Update Tic-Störungen und Tourette-Syndrom

aus: Der Nervenarzt | Ausgabe 7/2025
von: Juan Carlos Baldermann, Selina Rolker, Kathrin Nickel, Katharina Domschke, Dominique Endres, Kirsten Müller-Vahl
Zertifiziert bis: 8.12.2026
CME-Punkte: 3

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 fortfbilden, 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.

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.

Transsexualität und Geschlechtsidentität – Teil 4 (III)

Entwicklung der Geschlechtsidentität – sozial-psychologische Ursachen

Die Reaktionen auf die bloße Existenz von gendervarianten Menschen reichen nicht selten von Unbehagen bis zu expliziter Gewalt. Verschiedene Ansätze versuchen zu erklären, wie Geschlechtsidentitäten überhaupt entstehen, wie Gendervarianz und auch deren Ablehnung sozial-psychologisch zu deuten sind.

TOBIAS MÜLLER

Die gegenwärtige Debatte um gendervariante Menschen in Deutschland und international wird durch eine Unerbittlichkeit geprägt, die Züge eines Kulturkampfes zeigt. Den stärksten Ausdruck finden diese „culture wars“ in den USA. Dort verdammt der ermordete Charlie Kirk eine transsexuelle Sportlerin als „Abscheulichkeit in den Augen Gottes“. Nach den tödlichen Schüssen auf ihn

stufte Donald Trump Jr. Transsexuelle als gefährlicher ein als die Terrororganisation Al-Qaida. Es kommt offenbar zu einem Aufeinanderprallen von unvereinbaren Weltbildern, besonders in ihrer Haltung zu Gendervarianz. Offenbar kann bereits die bloße Existenz gendervarianter Menschen ein massives Unbehagen hervorrufen. Diese Debatte wurde schon vor über 100 Jahren mit denselben Argumenten geführt. Das Unbehagen

scheint aber nicht zu verstummen. Immer wieder werden bereits entkräftigte Argumente neu vorgebracht.

Um die dahinterstehenden Denkweisen zu verstehen, erscheint es sinnvoll, psychoanalytische Ansätze zu berücksichtigen. Neben klinischen Fällen werden hier auch sonst wenig beachtete individuelle Fantasien und kulturelle Stereotype betrachtet. Die Literatur kann den Blick auf Bereiche des individuellen



© melita / stock.adobe.com

Die Entwicklung einer Geschlechtsidentität ist ein Konfliktprozess, der eine Erklärung für Transgeschlechtlichkeit bieten könnte.

und kollektiven Alltagslebens lenken, die gewöhnlich unbeachtet bleiben. Das ermöglicht es zu verstehen, wie es überhaupt zur Herausbildung einer Geschlechtsidentität kommt. Hierzu muss ein konflikthafter Prozess durchlebt werden und es entsteht ein dynamischer Gleichgewichtszustand, der aber nie endgültig fixiert und festgeschrieben ist. Erkennbar wird, dass kulturbedingte gegenläufige Kräfte wirken, deren jeweiliges Verhältnis bestimmt, wie der Mensch zu Geschlecht, Geschlechtsdifferenz und Geschlechtsidentität steht. Diese Kräftedynamik gibt auch vor, wie jeweils auf gendervariante Menschen reagiert wird.

Krank, verkommen oder exotisch?

Bereits im Jahr 1918 bezeichnete Emil Kraepelin abweichende Geschlechtsidentität und abweichende sexuelle Orientierung als „Verirrungen“, als Ausdruck einer „psychopathischen Veranlagung“, „Willensschwäche“ und „Unreife“. Für ihn handelte es sich keineswegs – wie von Magnus Hirschfeld vertreten – um angeborene biologische Varianten, sondern um erworbene pathologische Fehlentwicklungen. Diese Fehlentwicklungen beruhten auf „Volkssitte“, wofür er einerseits „die gleichgeschlechtlichen Betätigungen der Orientalen“ anführte. Andererseits sah er die Ursachen auch in „Verirrungen in Klöstern, Kasernen, Erziehungshäusern, unter Alkoholeinfluss“ oder „bei jugendlichen Personen unter der Einwirkung der Verführung“ [1].

Kraepelins Sicht ist paradigmatisch für eine schon früh erfolgte psychiatische Pathologisierung geschlechtlicher Diversität. Abweichende Sexualität wurde unter der Prämisse, dass Sexualität ausschließlich dem Ziel der „Volksvermehrung“ zu dienen habe, als moralisch und biologisch defizitär bezeichnet. Kraepelin benannte abweichende Sexualität und Geschlechtsidentität als „schleichendes Gift“ für den „Volkskörper [...], das sein Wachstum in empfindlicher Weise zu schädigen geeignet ist“ [1]. Kraepelin entwickelte hier praktisch alle bis heute vorgebrachten Positionen: die Annahme von psychischer Krankheit beziehungsweise psychologischer Unreife, von moralischer Verkommenheit, von Widernatürlichkeit und das

Wirken fremder und schädlicher kultureller Einflüsse.

Entpathologisierung

Die Sexualwissenschaft betont demgegenüber schon lange, dass Gendervarianz zwar von psychischen Störungen begleitet werden kann (sog. Koinzidenz), dass Transsexualität an sich aber nicht mit einer Störung der psychischen Funktionen einhergeht. Dennoch wird in der Medizin immer wieder behauptet, Gendervarianz werde verursacht durch psychiatrische Krankheit oder psychische Unreife. Ab den 1990er-Jahren stellte sich die Sexualwissenschaft explizit gegen diesen nosomorphen Blick der Medizin, der unauffällige Menschen als gesund, befremdliche Menschen hingegen als krank kategorisiert [2]. Es wurde nun eine klare Entpathologisierung von Transgeschlechtlichkeit gefordert, da sich bei Transsexuellen eben keine Pathologie oder Funktionseinschränkung beobachten lässt. Diese Einsicht führte dazu, dass Transsexualität aus den psychiatrischen Klassifikationssystemen DSM und ICD als psychische Störung entfernt wurde, wie zuvor schon die Homosexualität. Im DSM-V [3] ist Transsexualität nicht mehr als Störung enthalten. Auch in der ICD-11 sind alle Kategorien mit Bezug zu Transgeschlechtlichkeit aus dem Kapitel für psychische Störungen entfernt worden. Die in der ICD-11 neu geschaffenen Kategorien „Gender incongruence of adolescence or adulthood“ (HA60), „Gender incongruence of childhood“ (HA61) sowie die Kategorie „Gender incongruence, unspecified“ (HA6Z) sind nun dem Kapitel 17 („Conditions related to sexual health“) subsumiert [4]

Repathologisierung

Transgeschlechtlichkeit wird damit nicht mehr als psychische Störung eingestuft, lediglich mögliche Folgezustände können medizinische Maßnahmen erforderlich machen. Dennoch werden bis heute immer wieder Beiträge veröffentlicht, die eine psychische Störung als Ursache abweichender Geschlechtsidentität vermuten. Als nur eines von unzähligen Beispielen dafür kann ein Beitrag von Robert Withers dienen, der recht grundsätzlich behauptet, Transge-

Serie Transsexualität und Geschlechtsidentität

Teil 1: „Gender“ in Medizin und Gesellschaft (NT 5/2024)

Teil 2: Epidemiologie im Zeitverlauf (NT 7-8/2024)

Teil 3: Konzeptualisierungen von Transgeschlechtlichkeit (NT 9/2024)

Teil 4 (I): Ursachen von Transgeschlechtlichkeit – Anfänge (NT 1/25)

Teil 4 (II): Ursachen von Transgeschlechtlichkeit – Das sexuelle Gehirn (NT 2/25)

Teil 4 (III): Ursachen von Transgeschlechtlichkeit – sozialpsychologische Erklärungen (NT 1/26)

Teil 5: Nosologische Einordnung

Teil 6: Komorbidität, Gegenreaktionen sowie Herausforderungen im Umgang mit Gendervarianz im medizinisch-psychotherapeutischen Kontext

schlechtlichkeit stelle eine individuelle, psychotherapeutische und kollektive Abwehrreaktion gegenüber der Wahrnehmung unbewältigter psychischer Traumata dar [5]. Nach Withers finde durch die Annahme einer abweichenden Geschlechtsidentität eine Vermeidung schmerzlicher Erfahrungen statt, und zwar auf drei Ebenen: Erstens werde auf der Ebene der Betroffenen durch die Annahme einer abweichenden Geschlechtsidentität das Erleben unerträglicher traumabedingter Spannungszustände vermieden. Zweitens komme es auf der Ebene der beteiligten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus Angst vor Konfrontation mit tiefem Leid und aversiven Affekten zu einer vorschnellen Bestätigung der abweichenden Geschlechtsidentität der Betroffenen, wodurch allerdings die Behandlung der zugrunde liegenden Störung unterbleibe. Und drittens werde auf gesellschaftlicher Ebene aus Furcht vor der Anerkennung von Gewalt und Missbrauch das Phänomen der Transsexualität als biologisch bedingt gedeutet und damit die eigentlich darauf beruhenden Probleme gelegnet. Belastbare empirische Belege für diese Pathologisierung von Gendervarianz bleibt der Autor jedoch schuldig.

Psychoanalytische Erklärungsansätze

Hintergrund der seit über 100 Jahren bestehenden Kontroverse ist, dass es bislang keine befriedigende und allseits akzeptierte Theorie zur Entwicklung von abweichender Geschlechtsidentität gibt, ebenso wenig wie zur Entstehung von Homosexualität. Da die überwiegende Mehrheit der Menschen sich als cissexuell erlebt, kann Transgeschlechtlichkeit natürlich immer als Abweichung von Norm interpretiert werden. Auch die Prämisse, Sexualität müsse ausschließlich der Vermehrung dienen, führt dazu, abweichende Sexualitäten als naturwidrig oder krankhaft einzustufen, wie Kraepelin explizit und Withers implizit begründen [1, 5]. Hier wird normativ argumentiert: eine reife, gesunde und natürliche Entwicklung müsse zwingend zu cisgeschlechtlicher und heterosexueller Geschlechtlichkeit führen, Abweichungen von dieser Norm müssten damit als Störung bezeichnet werden. Dieser Zirkelschluss geriet aber seit den 1990er-Jahren aus sexualwissenschaftlicher Perspektive massiv unter Kritik. Eine ähnlich kritische Position formulierte Sigmund Freud bereits im Jahr 1905.

Freuds Verständnis

Die normative Perspektive auf Sexualität und die unreflektierte Pathologisierung abweichender Sexualität wurde bereits von Freud kritisiert. Er befürwortete Anfang des 20. Jahrhunderts einen explorativen Ansatz ohne pathologisierende Vorannahmen, um nachzuvollziehen zu können, wie und warum es zu einer cisgeschlechtlichen und heterosexuellen Entwicklung kommt. Denn die als „normal“ bezeichnete Entwicklung sei nach Freud noch keineswegs verstanden:

„Im Sinne der Psychoanalyse ist also auch das ausschließliche sexuelle Interesse des Mannes für das Weib ein der Aufklärung bedürftiges Problem und keine Selbstverständlichkeit“ [6].

Erst mit dem Verständnis der cis- und heterosexuellen Entwicklung sah er die Möglichkeit, auch die einer abweichen den Sexualität zu verstehen.

Ursprünglich zweigeschlechtliche Anlage?

Grundsätzlich sieht Freud beim Menschen rein anatomisch eine primär zweigeschlechtliche („bisexuelle“) Anlage. Er stützt sich hierbei auf die Beobachtungen, dass in einem sehr frühen embryologischen Entwicklungsstadium beim Menschen noch nicht zu unterscheiden ist, ob sich die zunächst undifferenzierten Urgonaden in weibliche oder männliche Keimzellen wandeln werden, und dass die zurückgebildeten Reste gegen geschlechtlicher anatomischer Strukturen auch beim Erwachsenen noch nachweisbar sind (z. B. Müllerscher und Wolffscher Gang). Dazu schrieb Freud:

„Die Auffassung, die sich aus diesen lange bekannten anatomischen Tatsachen ergibt, ist die einer ursprünglich bisexuellen Veranlagung, die sich im Laufe der Entwicklung bis zur Monosexualität mit geringen Resten des verkümmerten Geschlechtes verändert“ [6].

Davon ausgehend vermutet Freud auch in psychischer Hinsicht eine anfängliche Zweigeschlechtlichkeit („psychischer Hermaphroditismus“) und sieht hierin eine mögliche Erklärung für „Inversion“ – also die Abweichung der Geschlechts identität und/oder der sexuellen Orientierung.

„Es lag nahe, diese Auffassung aufs psychische Gebiet zu übertragen und die Inversion in ihren Abarten als Ausdruck eines psychischen Hermaphroditismus zu verstehen“ [6].

Dieser Ansatz wird ab den 1960er-Jahren wieder aufgegriffen. Robert Stoller etwa ging davon aus, dass sich zum Beispiel im Lauf der Entwicklung eines Jungen eine männliche Kerngeschlechts identität, die „core gender identity“, erst herausbilden müsse [7]. Stoller vermutete allerdings beim Menschen zunächst eine primär weibliche Kerngeschlechts identität, die dann vom Jungen im Lauf seiner Entwicklung aufgegeben werden müsse [8]. Stollers Annahmen stützten

sich auf die Beobachtung, dass menschliche Föten unter Abwesenheit jeglicher Sexualhormone, zum Beispiel bei kompletter Androgenresistenz, weibliche äußere Geschlechtsmerkmale entwickeln.

Geschlechtsidentität als psychologische Leistung

Ab den 1980er-Jahren erschienen Veröffentlichungen zur Herausbildung der menschlichen Geschlechtsidentität im Laufe der kindlichen Entwicklung. Geschlechtliche Identität wird nicht als von vornherein feststehend betrachtet, sondern als Ergebnis eines psychischen Prozesses. Die Geschlechtsidentität wird als Errungenschaft beschrieben, die sich in der Auseinandersetzung mit Körper wahrnehmung, frühen Bindungserfahrungen, kulturellen Zuschreibungen und kognitiver Entwicklung allmählich herausbildet. So beschrieb Irene Fast diesen Prozess als Ablösung von einer ursprünglichen kindlichen Einheitserfahrung hin zu einer binären geschlechtlichen Selbstkategorisierung [9]. Nach Fast bestehe in der frühen Kindheit eine undifferenzierte Identifikation mit beiden Eltern, also beiden Geschlechtern. Das Kind sehe sich zunächst als Wesen mit den potenziellen Fähigkeiten und Möglichkeiten beider Eltern, was als Fantasie von Omnipotenz bezeichnet werden kann. Erst mit weiterer kognitiver Reifung entwickle das Kind ab dem zweiten Lebensjahr eine zunehmende Differenzierungsfähigkeit und könne Kategorien bilden, wie die von „Männlichkeit“ und „Weiblichkeit“. Meist ordne sich das Kind dann einer dieser beiden Kategorien zu. Diese Differenzierung führe nach Fast unweigerlich zu einem Erleben von Verlust und Begrenzung: Das Kind müsse die Vorstellung aufgeben, die Fähigkeiten und die Anatomie beider Geschlechter zugleich zu besitzen (z. B. Gebären versus Penetrieren; Penis versus Gebärmutter). Dieser Prozess der Des-Identifizierung, also die Aufgabe der Identifikation mit dem gegengeschlechtlichen Elternteil, erfordere damit eine Trauerarbeit [9]. Dieser Übergang sei psychisch ambivalent. Einerseits entstehe Stabilität durch eine klare und kulturell vorgegebene Selbstdefinition, andererseits gehe die Illusion grenzenloser Möglichkeiten verloren.

Fast sprach von einem Verlustgefühl, das mit Trauer, Wut oder Neid einhergehen könne. Störungen oder Verzögerungen in dieser Phase könnten später zu Identitätsunsicherheiten oder zur Wiederaufnahme früherer Identifikationen führen. Fasts Modell der frühen und vorsprachlichen zweigeschlechtlichen Identifizierung bot zudem eine Erklärung dafür, warum Menschen mit abweichender Geschlechtsidentität bisweilen so heftige und sprachlich oft kaum formulierbare Irritationen auslösen. Möglicherweise liegt der Anlass dieser Irritation im Verdacht, gendervariante Menschen gäben sich nicht zufrieden mit der so mühsam erworbenen Festlegung auf eine bestimmte Geschlechtsidentität.

Weiterbestehende Sehnsucht nach Ganzheit und Omnipotenz

Auch Judith Le Soldat ging von einer frühen undifferenzierten Identifizierung des Menschen mit den Fähigkeiten und der anatomischen Ausstattung beider Geschlechter aus [10]. Wie bei Fast nahm auch Le Soldat an, dass Kinder beiderlei Geschlechts zunächst davon ausgingen, sowohl Vagina als auch Penis zu besitzen. In der kognitiven Entwicklung und durch einen innerpsychischen Aushandlungsprozess müssten diese Ganzheitsfantasien und -wünsche jedoch aufgegeben und damit verdrängt werden. Sie bestünden aber als unbewusste Sehnsucht nach zweigeschlechtlicher Ganzheit weiterhin fort. So persistiere beispielsweise beim Mädchen und der Frau ein unbewusster Penis-Wunsch (kein Penis-Neid!) und umgekehrt beim Jungen und Mann weiterhin ein unbewusster Kolpos-Wunsch (griech. kolpos = Scheiderraum). Beide Richtungen drückten beim Erwachsenen eine weiter wirksame Sehnsucht nach der früh fantasiierten Vollständigkeit aus, die Merkmale und Fähigkeiten der getrennten Geschlechter in sich selbst zu vereinen.

Griffin Hansbury vermutet bei beiden Geschlechtern ebenfalls, dass sie über eine – meist unbewusste – Fantasie hinsichtlich der anatomischen Ausstattung und der Fähigkeiten auch des Gegengeschlechts verfügen [11]. Neben dem „Phallischen“ bei Frauen gäbe es als Pendant bei Männern das „Vaginale“. Hans-

bury sieht diese zweigeschlechtlichen – androgynen, hermaphroditischen – Fantasien zunächst im Unbewussten angesiedelt. Er beschreibt besonders bei Männern Widerstände gegen das Bewusstwerden dieser verdrängten Fantasien. Es komme zu Ängsten oder Aggressionen, weil durch diese Fantasien das erworbene und kulturell gestützte Selbstbild einer männlichen Identität in Frage gestellt werde.

Ähnlich interpretiert auch Dianne Elise die übertrieben zur Schau gestellte Männlichkeit und Abwertung von allem, was mit Weiblichkeit assoziiert wird, letztlich als eine extreme Furcht vor Verlust des eigenen Mannseins [12]. Nach Elise diene dieser „Phallizismus“ als Abwehr gegen Zweifel an der eigenen Männlichkeit und gegen die aufkommende Fantasie, auch über weibliche Eigenschaften oder selbst über einen fruchtbaren Binnenraum zu verfügen [12].

Kulturübergreifender Wunsch nach „Ganzheit“

Die Annahme einer beim Erwachsenen weiterbestehenden Sehnsucht nach androgyner Ganzheit findet Bestätigung auch im Bereich der Ethnologie. So fand Bruno Bettelheim heraus, dass bei einigen indigenen Völkern der Wunsch nach zweigeschlechtlicher Einheit besteht [13]. Am Beispiel von männlichen Initiationsriten wird beschrieben, dass Männer sich durch vielfältige Weise Frauen ähnlich machen: erstens durch Entfernung von Teilen der männlichen Geschlechtsorgane, wie der Vorhaut oder Teilen der Vorhaut, dies auch mehrmals im Verlauf des Erwachsenenlebens, zweitens durch wiederholt erzeugte Blutungen im männlichen Genitalbereich, drittens durch Schaffung künstlicher Öffnungen im männlichen Genitalbereich, etwa durch die Subinzision, die vollständige oder teilweise Spaltung der Harnröhre an der Unterseite des Penis, teils auch mit Spaltung des Hodensacks.

Dadurch entsteht eine Öffnung, die einer Vulva ähnelt und bedingt, dass die Männer nur noch in der Hocke urinieren können. Bleibt viertens noch die kulturelle Praxis der Couvade: Hierbei zieht sich die Gebärende zur Entbindung in den Wald zurück, übergibt das Neuge-

borene dann dem Vater und geht rasch wieder ihren üblichen Alltagstätigkeiten nach. Der Vater liegt dann in der Hängematte, wäscht sich nicht, isst nur dünnen Haferflocken und kein Fleisch, trägt keine Waffen, und wird von den anderen Frauen längere Zeit versorgt und kümmert sich um

das Kind, als ob er es selbst entbunden hätte. An diesen Beispielen wird erkennbar, dass ein Sich-den-Frauen-ähnlich-Machen auf einer ganz konkreten körperlichen Ebene inszeniert wird – durch genitale Blutungen, Erzeugen einer vulvaartigen Öffnung im Genitalbereich, Urinieren im Hocken und männliches Wochenbett. Es scheint bei Männern ein starker Drang zu bestehen, den Frauen ähnlich zu sein. Bettelheim sah hierin eine kulturelle Form der Anerkennung des Verlusts einer ursprünglich fantasiierten Zweigeschlechtlichkeit und zugleich den Versuch, diese androgynie Vollständigkeit durch rituelle Eingriffe und Praktiken zumindest symbolisch wiederherzustellen [13].

Auch andere Ethnologen sehen dieses Streben nach Zweigeschlechtlichkeit. So beschreibt etwa Hermann Baumann bei verschiedenen „Naturvölkern“ detailliert zahlreiche Praktiken eines kulturübergreifenden „kultischen Geschlechterwandels“ [14]. Das Spektrum der Rituale erstreckt sich hierbei von kurzfristiger und oberflächlicher Inszenierung gegengeschlechtlicher Verhaltensweisen bis hin zur irreversiblen und kompletten Übernahme der Rolle des Gegengeschlechts unter Anwendung irreversibler körperverändernder Eingriffe [14].

Androgynität als überwundener und abgewerteter Primärzustand

Die referierten Arbeiten lassen es plausibel erscheinen, dass der Mensch anfänglich eine undifferenzierte Geschlechtsidentität hat, die unter Opfern aufgegeben werden muss und die dann als „kindisch“, „unreif“ oder „irratio-

nal“ belächelt wird. Gerade diese spätere Abwertung könnte ein Hinweis darauf sein, dass die undifferenzierte Geschlechtsidentität als verdrängte Sehnsucht in der Tiefe doch noch weiter wirksam sein könnte. Die Entwicklung einer differenzierten Geschlechtsidentität wird damit als konfliktanfälliger Prozess skizziert, der nicht zwingend einen vorgegebenen Endpunkt erreicht. Damit wird nachvollziehbar, warum ein sehnstüchtiges Streben nach „Ganzheit“ beim Erwachsenen weiterhin aktiv sein könnte. Diese Sehnsucht kann sich dann in mehr oder weniger bewussten gegengeschlechtlichen Fantasien äußern und wird bisweilen auch manifest ausgelebt.

Ein Blick auf die westliche Alltagskultur zeigt die kontinuierliche Anwendung einer Vielzahl von Praktiken zur Bekräftigung der Geschlechtertrennung. Dazu gehören strikt getrennte Toiletten und Umkleiden, Bekleidungsabteilungen, geschlechtsdifferente Verhaltenskodizes von Kindheit an und die starke Betonung des Geschlechts auf allen amtlichen Dokumenten und im täglichen Verkehr. Dieser Druck zur wiederkehrenden Bekräftigung des Geschlechts lässt jedoch die Frage aufkommen, wozu diese Praktiken erforderlich sind. Offenbar müssen antagonistische Kräfte begrenzt werden, die dieser geschlechtlichen Differenzierung zuwiderlaufen.

Antagonismus und Tabus

Ebenso legen die beschriebenen Rituale bei Indigenen das Bestehen eines Wunsches nach Rückgängigmachen der geschlechtlichen Differenzierung nahe. In Übereinstimmung hiermit kann bei vielen religiösen Traditionen die Vorstellung einer schöpfungsgeschichtlichen Androgynität des ersten Menschen oder der schöpfenden Gottheit gefunden werden. In vielen mystischen Traditionen (z. B. Christentum, Sufismus im Islam) wird die Überwindung des Gegensatzpaars männlich-weiblich als ein Ziel meditativer Kontemplation betrachtet. Damit gibt es deutliche Hinweise darauf, dass die Sehnsucht nach einer früh fantasiierten androgynen Vollständigkeit in Form „irrationaler“ Vorstellungen weiter wirksam ist. Es ist also einerseits von ei-

ner rationalen und kulturell gestützten geschlechtlichen Differenzierung auszugehen, die durch eine ganze Reihe kultureller Ankerpraktiken immer wieder aufs Neue bekräftigt werden muss. Andererseits besteht offenbar eine als „irrational“, „unvernünftig“ oder „unnatürlich“ bezeichnete gegenläufige Tendenz, genau diese Differenzierung wieder auf den Prüfstand zu stellen.

Die Annahme eines dynamischen Antagonismus bietet zudem eine Erklärung dafür, warum beim Thema Geschlechtsidentität, also beim Thema „gender“, die Emotionen so hochkochen. Menschen, für die die Geschlechterdifferenzierung „vernünftig“, „rational“ und „natürlich“ erscheint, reagieren nicht selten sehr aufgewühlt im Kontakt mit Menschen, die diese Differenzierung und Festlegung nicht zu leben scheinen. Es kommt hierbei oft zu tiefgreifenden und umfassenden emotionalen und psychosomatischen Reaktionen wie Angst, Panik, Ärger, Wut, Beschämung, Verwirrung, Übelkeit, Schwindel. Offenbar wird es als eine Art Tabuüberschreitung wahrgenommen, wenn einige Menschen etwas für sich beanspruchen, was die Mehrheit der Menschen unter Entbehrungen aufgegeben hat.

„Gender terror“

Genau diese Reaktionen auf transgeschlechtliche Menschen hat Avgi Saketopoulou am Erleben von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten untersucht [15]. Saketopoulou beschreibt die bisweilen heftigen kognitiven, emotionalen und psychosomatischen Erlebnisweisen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Kontakt mit transgeschlechtlichen Patientinnen und Patienten. Aufgrund der Intensität der geschilderten Erfahrungen hat Saketopoulou den Begriff „primitive gender terror“ gewählt. Dieser Begriff verdeutlicht das Umgreifende und Tiefgehende dieser Erfahrung, die oft zunächst überhaupt nicht in Worte gefasst werden kann und dadurch umso bedrohlicher erscheint. Es ergeben sich damit Hinweise auf eine frühe, vorsprachliche Ebene der Erfahrung, wodurch erklärbar wird, dass eine reflektierend-verbalisierende Auseinandersetzung zunächst nur schwer möglich ist.

Nicolas Evzonas schildert ebenso anschaulich die auftretenden tiefgreifenden Verwicklungen („madness“) zwischen Psychotherapeutin oder Psychotherapeut und Supervisor im Rahmen der Psychotherapie transgeschlechtlicher Menschen [16].

Fazit für die Praxis

Die individuelle Geschlechtsidentität scheint nicht einfach eine biologische Zwangsläufigkeit zu sein, die zwingend aus den anatomischen Gegebenheiten hervorgeht. Vieles spricht dafür, Geschlechtsidentität als Resultat eines komplexen Entwicklungsprozesses aufzufassen ist, der in wesentlichen Teilen vorsprachlich abläuft und damit einer späteren begrifflichen Reflexion nur schwer zugänglich ist. Am Anfang dieses Entwicklungsprozesses scheint eine undifferenzierte – vorgeschlechtliche oder übergeschlechtliche – Identität zu stehen, die davon ausgeht, gleichermaßen über weibliche und männliche Potenzen zu verfügen. Diese zweigeschlechtliche Vorstellung muss dann aber im Rahmen der individuellen Entwicklung aufgegeben werden, was zwangsläufig zum Erleben von Verlust, Trauer und vielleicht auch Neid führt. Die frühere Androgynität wird nun zwar einerseits als lächerlich und unvernünftig abgewertet, lebt aber andererseits in Schöpfungsmythen, mystischen Traditionen und in Praktiken indriger Völker fort. Im Alltag unserer westlichen Gesellschaften sorgt eine ganze Reihe ständig wiederholter kultureller Ankerpraktiken dafür, dass die Trennung zwischen männlich und weiblich immer wieder aufs Neue bekräftigt wird und damit als über jeden Zweifel erhaben, als „vernünftig“ oder „natürlich“, angesehen wird. Menschen, die dieser „vernünftigen Natürlichkeit“ zuwiderhandeln, erzeugen zwangsläufig eine tiefgreifende und kaum verbalisierbare Verunsicherung bis hin zu ausgeprägter Empörung. Der hier vorgestellte Erklärungsansatz kann im Einzelfall natürlich nicht verständlich machen, warum und wann es zu einer cissexuellen versus transsexuellen Geschlechtsidentität kommt. Ebenso wenig kann bislang erklärt werden, warum ein Mensch homo- oder heterosexuell wird. Es wird aber deutlich, dass die Geschlechtsidentität Ergebnis eines komplexen Entwicklungsprozesses zu sein scheint. Zudem besteht auf gesellschaftlicher Ebene offenbar ein dyna-

misches Wechselspiel gegenläufiger Tendenzen (Bekräftigung versus Infragestellung der Geschlechterdifferenzierung). Mit der Annahme eines dynamischen Gleichgewichts wird aber nachvollziehbar, warum es etwa in liberaleren Gesellschaften leichter fällt, eine abweichende Geschlechtsidentität auch sichtbar zum Ausdruck zu bringen. Auch die Heftigkeit der Reaktionen wird verständlich.

Literatur

1. Kraepelin E. Geschlechtliche Verirrungen und Volksvermehrung. Münchener Medizinische Wochenschrift. 1918;65:117-20
2. Sigusch V. Geschlechtswechsel. Hamburg, Rotbuch-Verlag, 1995
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Arlington, American Psychiatric Association, 2013
4. WHO. <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en>; abgerufen, 25.11.2025, 11:48
5. Withers R. Transgender medicalization and the attempt to evade psychological distress. J Anal Psychol. 2020;65(5):865-89
6. Freud S. Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Frankfurt, Fischer, 2009 (Erstausgabe: Freud S [1905]. Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Deuticke, Leipzig und Wien).
7. Stoller R. A Contribution to the Study of Gender Identity. Int J Psychoanal. 1964;(45):220-6
8. Stoller R. Sex and Gender: On the Development of Masculinity and Femininity. New York City, Science House, 1968
9. Fast I. Gender Identity: A Differentiation Model (Vol. 2, Advances in Psychoanalysis: Theory, Research, and Practice). Hillsdale, NJ: Analytic Press, 1984
10. Le Soldat J. Grund zur Homosexualität. Stuttgart-Bad Cannstatt, Frommann-Holzboog, 2015
11. Hansbury G. The Masculine Vaginal: Working with Queer Men's Embodiment as the Transgender Edge. J Am Psychoanal Assoc. 2017;65:1009-31
12. Elise D. Unlawful Entry: Male Fears of Psychic Penetration. Psychoanal Dialogues. 2001;11:313-5
13. Bettelheim B. Symbolic Wounds: Puberty Rites and the Envious Male. Glencoe, Illinois, Free Press, 1954
14. Baumann H. Das doppelte Geschlecht. Studien zur Bisexualität in Ritus und Mythos. Berlin, Reimer, 1955

15. Saketopoulou A. Thinking psychoanalytically, thinking better: Reflections on transgender. Int J Psychoanal. 2020;101:1019-30
16. Evzonas N. Countertransference Madness: Supervision, Trans, and the Sexual. Psychoanal Rev. 2021;108:475-509

AUTOR

Tobias Müller



Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie, Verkehrsmedizin, Ärztliches Qualitätsmanagement
Treibberg 5
90403 Nürnberg
anmeldung@psychiater-nuernberg.de

Buchtipps!

Viel mehr als ein Kochbuch



U. Voderholzer (Hrsg.)

Therapie psychischer Erkrankungen – State of the art

Urban & Fischer/Elsevier, 2025, 20. Aufl.

ISBN: 9783437212246; 54 €

Seit einem halben Jahr nehme ich das Buch fast täglich in die Hand, anfangs, um mich für die Vertretung einer Kollegin vorzubereiten, dann, um mich umfassend über den aktuellen Stand unseres Fachs zu informieren, auch über den Diskussionsstand in

grundsätzlichen Fragen. Ist die Verordnung von Neuroleptika und Antidepressiva vertretbar, wenn deren Absetzen häufig zum Rebound oder Rezidiv führt? Und wenn ja, bei welchen Ausprägungsgraden? Wann und wie sollten oder müssen Patientinnen und Patienten zur Konsensbildung informiert und einbezogen werden?

Das Werk ist kein klassisches Lehrbuch, bietet aber mehr als ein Kochbuch für die tägliche Praxis. Autorinnen und Autoren sind 95 ausgewiesene Expertinnen und Experten der Versorgung, Forschung und Lehre. Die Kapitel befassen sich mit dem gesamten Spektrum der modernen Psychiatrie: von Abhängigkeitserkrankungen bis Zwangsstörungen, ergänzt um Skalen zur Selbst- und Fremdbeurteilung, Morbiditäts- und Versorgungsdaten. Zuletzt habe ich auch ohne langes Suchen Argumente zur Abwehr von Regressforderungen gefunden.

Unbeliebtere Gebiete der psychiatrischen Praxis wie Impulskontrollstörungen, Forensische Psychiatrie, Autismus-Spektrum-Störungen und AD(H)S werden ebenfalls

ausführlich behandelt. Gerade mit ADHS melden sich mehr und mehr Patientinnen und Patienten zwecks medikamentöser Behandlung, häufig nach Testung durch psychologische Psychotherapeuten. Eine reine Modeerscheinung zu unterstellen, wird den Betroffenen nicht gerecht. Die leitlinienkonforme ADHS-Behandlung führt häufig erstmals zur spürbaren Entlastung und lässt sich im Vergleich zu anderen psychischen Störungsbildern gut managen.

Hilfreich ist, dass in allen Beiträgen auf bestehende Leitlinien hingewiesen wird. Die Darstellung der zukünftigen, diagnostischen Kriterien nach ICD-11 machen die Lektüre spannend. Für fast alle Entitäten werden neben der Psycho- und Pharmakotherapie auch psychosoziale Maßnahmen aufgeführt. Das Buch ist ein Muss für alle, die in Klinik und Praxis psychiatrisch und psychotherapeutisch tätig sind, die sich einen umfassenden Überblick über den State of the Art verschaffen und weiterhin kompetent und nachhaltig behandeln möchten.

Dr. med. Guntram Hinz, 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.

MS: Anhaltende Effekte auf PIRA, Behinderungsprogression und Kognition

➡ Langzeitdaten zum Einsatz von Cladribin-Tabletten (Mavenclad®) bei der Behandlung von Menschen mit schubförmiger Multipler Sklerose (RMS) belegen anhaltende Effekte auf die schubunabhängige Krankheitsprogression (PIRA), die Behinderungsprogression und die kognitiven Fähigkeiten auch in der behandlungsfreien Zeit. Das Präparat wird oral in vier Behandlungszyklen im Jahr 1 und 2 verabreicht, Jahr 3 und 4 sind behandlungsfrei.

Laut der präsentierten Langzeitdaten waren vier Jahre nach Therapiebeginn etwa neun von zehn Erkrankten frei von PIRA [Montalban X et al. ECTRIMS 2025, P1707] und 83 % wiesen keine bestätigte Behinderungsprogression auf [Vermersch P et al. ECTRIMS 2025, P335]. Ebenso kam es zu ei-

ner deutlichen Reduktion neuroaxonaler Schäden beziehungsweise chronischer Neuroinflammationen. Über zwei Jahre hinweg konnte ein signifikanter Rückgang der Biomarker saures Gliafaserprotein (GFAP) und Neurofilament-Leichtketten (NfL) beobachtet werden, was mit dem Erhalt von Hirnvolumen korrelierte [Wiendl H et al. ECTRIMS 2025, P1694].

Weitere 4-Jahres-Daten zeigten einen hohen Anteil stabiler oder verbesserter kognitiver Fähigkeiten unter Cladribin-Tabletten [Penner IK et al. ECTRIMS 2025, P1820]. Prof. Christoph Kleinschmitz, Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Essen, berichtete über erste Erfahrungen zur Behandlung mit Cladribin-Tabletten im Jahr 5 und 6. „Unsere Essener Kohorte mit fast 300 Patientinnen

und Patienten ist ziemlich groß. Wir konnten zeigen, dass bei jenen, dass wenn man Patienten im Jahr 5 mit einem weiteren Zyklus behandelt, und vielleicht auch im Jahr 6 noch einmal, die Schubrate sowie die kernspintomografische Aktivität weiterhin sehr gut kontrolliert bleibt. Sie ist ähnlich niedrig wie in den ersten vier Jahren. Es traten keine neuen oder unerwarteten Nebenwirkungen durch weitere Behandlungszyklen auf. Besonders bei den Lymphozyten war zu beobachten, dass sich keine vermehrten oder stärkeren Lymphopenien entwickelten.“

Elke Engels

Industriesymposium: „Konsequenzen der Therapieentscheidung bei MS“, 13.11.2025, beim DGN-Kongress, Berlin; Veranstalter: Merck

DiGA sagt Anfälle bei Epilepsie voraus

➡ Neuraxpharm und das spanische MedTech-Start-up mjn-neuro kündigen die Markteinführung von EPISE-RAS® an, einer AI-gestützten digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) mit tragbarem Ohrsensor zur Vorhersage epileptischer Anfälle in Echtzeit. Das nicht invasive Medizinprodukt überwacht kontinuierlich die Gehirnaktivität und analysiert elektrische Muster mittels AI. Bei erhöhtem Anfallsrisiko erfolgt eine Warnung bereits Minuten vor dem Ereignis, um Betroffene und Pflegepersonen Handlungsspielraum zu geben. Die DiGA ist für Menschen mit medikamentenresistenter Epilepsie vorgesehen und ergänzt bestehende Therapien. Die Lösung ist als Medizinprodukt der Klasse IIa zertifiziert (CE- und UKCA) und wird über eine mobile App gesteuert. Die multizentrische Studie SERAS-Home_RWD in Spanien, Großbritannien und Deutschland untersucht derzeit Wirksamkeit und Alltagstauglichkeit. red

Nach Informationen von Neuraxpharm

SMA: Biomarker NfL korreliert mit Progression und Therapieansprechen

➡ Eine fortschreitende Muskelatrophie, ausgelöst durch eine progressive Degeneration der α-Motoneuronen im Rückenmark und Hirnstamm, kennzeichnet die spinale Muskelatrophie (SMA) [Mercuri E et al. Nat Rev Dis Primer. 2022;8:52]. Biomarker könnten helfen, Diagnose, Prognose und Therapieansprechen zu verbessern. In diesem Zusammenhang werden derzeit Neurofilament-Leichtketten (NfL) untersucht. NfL sind neuronale Strukturproteine, die die Stabilität von großkalibrigen myelinisierten Axonen sichern. Durch die infolge der Inflammations- und Degenerationsprozesse bei SMA auftretenden axonalen Schädigungen werden NfL in Blut und Liquor freigesetzt [Khalil M et al. Nat Rev Neurol. 2024;20(5):269–87]. Da der Normbereich für NfL-Serumspiegel bei Gesunden über ein breites Altersspektrum etabliert ist, konnten bei SMA-Betroffenen erhöhte Spiegel belegt werden, sagte PD Dr. René Günther, Universitätsambulanz für Motoneuronerkrankungen, Dresden. Auch konnte gezeigt werden, dass die NfL-Spiegel bei Säuglingen und Kleinkindern mit SMA mit dem Schweregrad der Krankheit korrelieren [Bayoumy S et al. Clin Chem Lab Med. 2024;62:1252–65, Nitz E et al. Ann Clin Transl Neurol. 2021;

8:2013–24]. Wurde mit Nusinersen (Spinraza®) behandelt, sanken die NfL-Spiegel bereits in den ersten Monaten bei nahezu allen deutlich ab [Proud CM et al. Cure SMA 2024, P210]. Die Werte näherten sich letztendlich dem Normalniveau gesunder Kinder an, was auf eine Reduktion der axonalen Schädigung sowie eine Neuroregeneration hindeutet. Die unterstreicht, dass NfL insbesondere bei pädiatrischen Betroffenen mit akuter Neurodegeneration ein relevanter Marker zum Monitoring von Verlauf und Therapieansprechen sein können, so der Experte. Nusinersen ist zur Behandlung der Sq-assoziierten SMA zugelassen. Das Antisense-Oligonukleotid hebt den Spiegel an funktionsfähigem Survival Motor Neuron (SMN)-Protein an und könnte bei denen, die suboptimal auf eine Gentherapie angesprochen haben, neuroprotektive Effekte erzielen. In der offenen Phase-IV-Studie RESPOND wurden bei dieser Patientengruppe nach sequenzieller Behandlung weitere motorische Verbesserungen erreicht.

Leoni Burggraf

Industriesymposium „FokusRare: Molekulare Biomarker bei ALS, SMA und FA – wieso „one size fits all“ nicht gilt“, beim DGN-Kongress, Berlin, 13.11.2025, Veranstalter: Biogen

Migräne: Bei Obstipation unter Antikörper Therapie umstellen?

→ Bei Migränebetroffenen, die zuvor mit dem CGRP-R-Antikörper Erenumab behandelt worden waren, und wegen Unverträglichkeit auf den CGRP-Antikörper Fremanezumab umgestellt wurden, ermittelte eine dänische Registerstudie die Prävalenz von Nebenwirkungen nach dem Switch. Die rein deskriptive Statistik und das nicht kontrollierte Studiendesign lassen jedoch Fragen offen.

„Während die hohe Wirksamkeit und gute Verträglichkeit von CGRP(R)-Antikörpern in klinischen Studien gut belegt ist, sind es nun Real-World-Studien, die uns detailliertere Informationen über das Nebenwirkungsprofil der einzelnen Substanzen über längere Behandlungszeiträume liefern können,“ erklärte Dr. Christopher Bogs, Kopfschmerzambulanz, Klinik für vaskuläre Neurologie, Universität Bonn.

Basierend auf Registerdaten von 94 Erwachsenen mit chronischer Migräne, die laut Protokoll wegen Nebenwirkungen unter Erenumab auf Fremanezumab gewechselt hatten, wurde in Dänemark eine Beobachtungsstudie durchgeführt [Amin FM et al. J Headache Pain. 2025;26:152]. Die mediane Behandlungsdauer mit Erenumab vor dem Switch betrug neun Monate. Die häufigste Nebenwirkung sowohl vor als auch nach dem Switch war Obstipation. In 79% der Fälle war diese als Grund angegeben worden, die Behandlung mit Erenumab zu beenden. Bei 80% der von Obstipation Betroffenen war diese in den ersten drei Monaten der Behandlung erstmalig aufgetreten. Unter Fremanezumab wurde Obstipation in 12% der Fälle berichtet, Reaktionen an der Injektionsstelle in 7%, Aloperie in 3%, Arthralgie, Insomnie, Muskelkrämpfe und Hautausschläge in je 2% der Fälle. Keine dieser Nebenwirkungen führte jedoch zum Abbruch der Behandlung mit Fremanezumab.

„Überrascht hat mich die unter Fremanezumab immer noch relativ hohe Prävalenz von Obstipation. Das sehen wir so im Alltag nicht“, kommentierte Bogs. Limitierend hinsichtlich der Aussagekraft der Studie war unter anderem deren rein deskriptiver Charakter. Das heißt, für potenzielle Kovariaten wurde nicht adjustiert. Mögliche unberücksichtigte Einflussfaktoren seien, so

Bogs, unter anderem Interaktionen der CGRP(R)-Hemmer mit der bei fast der Hälfte der Patientinnen und Patienten eingesetzten prophylaktischen Komedikation, etwa mit trizyklischen Antidepressiva. Zudem wurde nicht erhoben, wie viele der Behandelten bereits vor der CGRP(R)-gerichteten Therapie unter einer Obstipation gelitten haben.

Dr. Axel Heinze, Schmerzklinik Kiel, wies darauf hin, dass in Dänemark – anders als in Deutschland – der Wechsel auf einen anderen Antikörper nur wegen Nebenwirkungen, nicht aber wegen fehlender Wirksamkeit gestattet ist. Man müsse daher damit rechnen, dass die angegebenen Nebenwirkungen regelmäßig als Vorwand dienen, um den Switch zu rechtfertigen. Dazu passe auch, dass Obstipation, obwohl sie meist bereits in den ersten drei Monaten auftrat, erst viel später als Begründung für einen Switch herangezogen wurde. Zudem sei es aus Sicht eines Klinikers nicht nachvollziehbar, dass man bei einer erheblichen Nebenwirkung ohne zwischengeschaltete Auswaschphase mit einem anderen Medikament weiterbehandelt. Heinze geht davon aus, dass das Studiendesign eine Überschätzung der Nebenwirkungsquoten, sowohl unter Erenumab als auch unter Fremanezumab begünstigte. Dafür spreche unter anderem auch, dass keine der drei Personen, die unter Fremanezumab eine Aloperie berichteten, die Behandlung deswegen abbrach. Aus seiner praktischen Erfahrung weiß Heinze aber, dass Migränebetroffene eine nennenswerte Aloperie zu den besonders triftigen Gründen zählen, die Therapie zu beenden.

Bogs und Heinze waren sich einig, dass CGRP(R)-Antikörper sehr gut verträgliche Medikamente sind, bei denen Nebenwirkungen selten zu einem Therapieabbruch führen. Dass jedoch nicht nur fehlende Wirksamkeit, sondern auch Nebenwirkungen den Versuch rechtfertigen, auf einen anderen Antikörper zu wechseln, entsprach ebenfalls der Ansicht beider Experten.

Dr. Thomas M. Heim

Industriesymposium „Stand up for Migraine reloaded: Journal Club mal anders“, 14.11.2025, beim DGN-Kongress, Berlin und online; Veranstalter: Teva

Nipocalimab bei generalisierter Myasthenia gravis zugelassen

Die EU-Kommission hat Nipocalimab (Imaavy®) als Add-on zur Standardtherapie zur Behandlung bei generalisierter Myasthenia gravis (gMG) bei Erwachsenen und Jugendlichen ab zwölf Jahren zugelassen, die Antikörper gegen den Acetylcholinrezeptor (AChR) oder die muskelspezifische Tyrosinkinase (MuSK) aufweisen. Diese Patientengruppe umfasst rund 90% der antikörperpositiven gMG-Population. Nipocalimab ist ein vollständig humarer FcRN-blockierender monoklonaler Antikörper, der selektiv zirkulierendes IgG einschließlich pathogener Autoantikörper reduziert, ohne andere Immunglobuline zu beeinflussen. Die Zulassung basiert auf der Phase-III-Studie VIVACITY-MG3, in der Nipocalimab plus Standardtherapie über 24 Wochen eine signifikante Verbesserung des MG-ADL-Gesamtscores gegenüber Placebo zeigte (mittlere Verbesserung: -4,70 Punkte). Teilnehmende der offenen Verlängerungsphase behielten die klinischen Verbesserungen bis zu 20 Monate bei. Das Sicherheitsprofil entsprach dem von Placebo. Ergänzend wurden Daten der Phase-II/III-Studie Vibrance-MG bei Jugendlichen berücksichtigt, die eine anhaltende Krankheitskontrolle und gute Verträglichkeit bestätigten. Mit der Zulassung steht erstmals eine immunselektive FcRN-Blockade für eine breite gMG-Population in Europa zur Verfügung. red

Nach Informationen von Janssen-Cilag

Asundexian senkt Rezidivrisiko nach Schlaganfall

Der einmal täglich oral verabreichte Faktor-Xla-Hemmer Asundexian (50 mg) erreichte in der Phase-III-Studie OCEANIC-STROKE von Bayer die primären Wirksamkeits- und Sicherheitsendpunkte. Nach nicht kardioembolischem ischämischen Schlaganfall oder HochrisikotIA senkte er in Kombination mit Thrombozytenaggregationshemmung das Risiko eines erneuten ischämischen Schlaganfalls signifikant gegenüber Placebo, ohne das Risiko für schwere ISTH-Blutungen zu steigern. Detaillierte Daten sollen auf der International Stroke Conference 2026 vorgestellt werden. Der Wirkstoff hat von der US-amerikanischen FDA den Fast-Track-Status erhalten, ist jedoch bislang nicht zugelassen. red

Nach Informationen von Bayer

Mit zielgerichteten Therapien neue Perspektiven bei generalisierter Myasthenia gravis

➡ In der Therapie der generalisierten Myasthenia gravis (gMG) bei Erwachsenen wirken neue Medikamente auf unterschiedlichen Ebenen der Immunkaskade. So kann der Antagonist des neonatalen Fc-Rezeptors (FcRn) Rozanolixizumab bei Personen mit Autoantikörpern gegen den Acetylcholinrezeptor (AChR) oder gegen die muskelspezifische Tyrosinkinase als Zusatz zur Standardtherapie subkutan eingesetzt werden. Zilucoplan blockiert die Spaltung des Komplementproteins C5 und ist zusätzlich zur Standardtherapie bei anti-AChR-Antikörper-positiven Patientinnen und Patienten zugelassen. Die FcRn- und C5-Inhibitoren ermöglichen es, antikörervermittelte Effekte rasch zu blockieren und die Wirksamkeit innerhalb von vier bis zwölf Wochen zu beurteilen. Sie haben ein günstiges Nebenwirkungsprofil und sind gut mit der Basistherapie kombinierbar, berichtete Prof. Christine Schneider-Gold, Neuromus-

kuläre Ambulanz am katholischen Klinikum Bochum.

Mit den zielgerichteten Medikamenten wird die gMG kontrollierbar, betonte Prof. Heidrun Krämer-Best, Neurologische Klinik am Universitätsklinikum Gießen. Denn das Fortschreiten der Myasthenie lasse sich signifikant aufhalten und die Betroffenen könnten gut stabilisiert werden. Krämer-Best sprach sich dafür aus, die Therapie mit den neuen Medikamenten potenziell länger fortzuführen. Zwar belegten die Zulassungsstudien einen schnellen Wirkeintritt, doch brauche ein Teil der Erkrankten etwas länger, bis sie auf die Therapie ansprechen. Ein weiterer positiver Aspekt ist der geringere Bedarf an Steroiden und Immunsuppressiva. Unter Zilucoplan (Zilbrys[®]) konnten Steroide nach 60 Wochen bei 37% und nach 120 Wochen bei 41% der untersuchten reduziert werden. Der Anteil mit reduzierten Immunsuppressivadosierun-

gen lag bei 11% (Woche 60) und 15% (Woche 120) [Hewamadduma C et al. J Neurol. 2025;272:457].

Dr. Norma Krümmer, Integriertes Myasthenie-Zentrum Altenburg, berichtete aus ihrer klinischen Praxis über die erfolgreiche Eskalation auf Rozanolixizumab (Rystiggo[®]). In einem Fall bestanden anhaltende alltagsrelevante Symptome über mehr als zwei Jahre trotz adäquater verlaufsmodifizierender und symptomatischer Therapie. Unter dem FcRn-Antagonisten verringerte sich der Schweregrad nach zwei Monaten entsprechend dem quantitativen MG-Test von 13 auf 7 Punkte.

Matthias Manych

Industriesymposium: „Der Fakten-Check: Myasthenie im Zeitalter der zielgerichteten Therapien“ beim DGN-Kongress, Berlin, 14.11.2025; Veranstalter: UCB

Anfallsfreiheit bleibt bei Epilepsie auch nach mehreren Therapieversuchen noch möglich

➡ Menschen mit Epilepsie sind nicht zuletzt aufgrund der Unvorhersagbarkeit und Zufälligkeit möglicher Anfälle sowie der Angst vor dem Tod aufgrund eines Anfalls einer hohen Belastung ausgesetzt [Bauer PR et al. Psychopathology. 2023;56:417–29]. Hinzu kämen die Auswirkungen der nicht kontrollierten Erkrankung auf die Schlafqualität, Autonomie, Fahreignung, Lebensqualität und Sicherheit, erläuterte Prof. Rainer Surges, Direktor der Klinik für Epileptologie am Universitätsklinikum Bonn [Ioannou P et al. Brain Behav. 2022;12:e2589]. Die Therapieeinstellung auf ein Anfallssuppressivum (ASM) führt bei zuvor Unbehandelten jedoch nur bei rund 50% zum Erfolg. Bei jedem weiteren Versuch liegt die Chance auf Anfallsfreiheit jedoch deutlich darunter, sodass bei etwa 34% der Erkrankten die Epilepsie nicht kontrolliert werden kann [Chen Z et al. JAMA Neurol. 2018;75:279–86]. Doch auch therapierefraktäre Patientinnen und Patienten haben durch eine ergänzende Behandlung mit Cenobamate

(Ontozry[®]) noch die Chance auf Anfallsfreiheit, ergänzte Prof. Adam Strzelczyk, Universitätsklinikum Frankfurt am Main. Das kleine Molekül mit dualem Wirkmechanismus ist indiziert zur adjunktiven Behandlung fokaler Anfälle mit oder ohne sekundäre Generalisierung bei Erwachsenen mit Epilepsie, die trotz einer vorangegangenen Behandlung mit mindestens zwei antiepileptischen Arzneimitteln nicht ausreichend auf die Therapie ansprechen.

Kürzlich publizierte Real-World-Daten bestätigen die Wirksamkeit und gute Verträglichkeit des Behandlungsmanagements. Nach einem Jahr konnten eine signifikante Anfallsfreiheit von 11,9% sowie eine Gesamtretentionsrate von 77,8% nachgewiesen werden [Strzelczyk A et al. CNS Drugs 2025; 39:321–31]. Je früher die Betroffenen auf die ergänzende Behandlung eingestellt werden, umso höher ist die Chance auf eine effektive Therapie bei bereits geringer Dosierung, unterstrich Prof. Andreas Schulze-Bonhage, Ärztlicher Leiter des Epilepsiezen-

trums am Universitätsklinikum Freiburg. Dies zeigten Daten, nach denen bei 92% der Betroffenen eine Anfallsreduktion und bei 38% Anfallsfreiheit erzielt werden konnte, wenn sie mit weniger als sechs Anfallssuppressiva in der Vortherapie auf Cenobamat eingestellt wurden [Martinez-Lizana E et al. Seizure. 2025;125:94–98]. Wurden vorab mehr als zehn Anfallssuppressiva ausprobiert, konnten eine Anfallsreduktion bei 42% und eine Anfallsfreiheit bei 14% beobachtet werden. „Das ist immer noch eine bedeutsame Verbesserung bei dieser schwer zu behandelnden Patientengruppe, aber wenn wir die richtige Therapie zum richtigen Zeitpunkt einsetzen, geht es noch besser“, so der Experte.

Leoni Burggraf

Symposium „Cenobamat in der Praxis: Real-World-Anwendung in der Epilepsiebehandlung“ beim DGN-Kongress, Berlin, 14.11.2025, Veranstalter: Angelini Pharma

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.

Journal



Die sieben freien Künste, die „Artes liberales“, gelten als Vorläufer moderner freier Berufe – hier sind sie personifiziert dargestellt am Sockel der Mittelsäule der Kanzel in der Kathedrale von Siena, Italien, geschaffen von Nicola Pisano zwischen 1265 und 1268. Seit mehr als 20 Jahren werden auch Psychologinnen und Psychologen als Freiberufler anerkannt.

© dimamoroz / Stock.adobe.com

Ärztliche Ausbildung in Deutschland und Europa

„Artes liberales“ – ein freier Beruf

Die Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten entwickelt sich weiter und unterliegt seit jeher einem ständigen Wandel. Auf dem Weg vom alten Rom in die heutige Zeit ist jedoch eines gleich geblieben: Die ärztliche Tätigkeit ist kein Gewerbe, sondern ein „freier Beruf“.

In Deutschland, Europa und den meisten anderen entwickelten Ländern ist das Medizinstudium als medizinische Grundausbildung traditionell an Universitäten angesiedelt. Hierzulande ist diese grundständige naturwissenschaftliche, dann klinische Ausbildung an den staatlichen Institutionen bundesweit einheitlich durch die Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) geregelt.

In ihrer aktuellen Fassung aus dem Jahr 2002 ist der Fächerkanon abgebildet. Derzeit gliedert sich das Medizinstudium in 21 Fächer: von der Allgemeinmedizin bis zur Urologie. Daneben existieren seit über 20 Jahren Querschnittsbereiche, zum Beispiel die Notfallmedizin, Epidemiologie und Prävention. Auch die Wahlfächer sind in einer langen Liste genauer definiert. Darunter finden sich viele kleinere Fächer, die wie die Neurochirurgie oder die Kinder- und Jugendpsychiatrie jedoch durchaus ganzen Klinikabteilungen entsprechen können.

Das Studium wird mit einer staatlichen ärztlichen Prüfung abgeschlossen, den bekannten Staatsexamina. Ist das geschafft kann die Approbation als Ärztin oder Arzt beantragt werden. Da die meisten traditionellen Fakultäten auch eigene, ebenso historisch entstandene Krankenhauseinrichtungen haben, die mehr oder weniger den gelehrt Fächern folgen, findet in den Universitäts-

kliniken nach dem Studium auch die Weiterbildung und Berufsqualifikation zum Facharzt der jeweiligen Gebietsbezeichnung statt.

Hierarchische Struktur

Diese Abläufe sind der Bevölkerung kaum bekannt, was oft zur absurden Frage an Studierende des ersten Semesters führt, welches Fachgebiet genau studiert werde. Dabei dauert allein das Studium sechs Jahre, die Facharztausbildung fast noch mal genauso lange. In den Krankenhäusern wird die Fachaufsicht für die Patientenversorgung durch Fachärztinnen und Fachärzte gewährleistet, diese sind meist zugleich Oberärztinnen beziehungsweise Oberärzte, während der oder die Ordinarius die Gesamtverantwortung für das Fach trägt, es auch an der Universität repräsentiert und zudem für Forschung und Lehre zuständig zeichnet.

Üblich ist bis heute eine stark hierarchische und durch Männernetzwerke dominierte Struktur, vor allem in den operativen Fachgebieten. Die Facharztausbildung endet durch eine Facharztprüfung (fachärztliche Anerkennung), die nicht durch den Staat abgenommen wird, sondern durch ermächtigte Körperschaften, die Landesärztekammern (LÄK). Die Details sind in den Weiterbildungsordnungen der LÄK festgehalten, die im Großen und Ganzen der Mu-

terweiterbildungsordnung (MWBO) der Bundesärztekammer (BÄK) folgen.

Die Struktur und die Arbeitsweise der Fachärztinnen und Fachärzte in Praxis und Klinik weichen voneinander ab. In niedergelassenen Einzelpraxen ist Teamarbeit kaum verbreitet. Bei Kassenzulassung als selbstständige Ärztin oder selbstständiger Arzt läuft die Abrechnung im Normalfall über die Kassenärztliche Vereinigung (KV). Vertragsärztlich Tätige sind weit überwiegend in eigener Praxis tätig. An dieser Stelle gehören Fachärztinnen und Fachärzte zur Gruppe der „freien Berufe“ (**Abb. 1**). Dieser Begriff ist allerdings irreführend. Er hat nicht primär etwas mit Freiheit zu tun. Die Bezeichnung leitet sich ab von „artes liberales“ (lat. „freie Künste“). Als ursprünglichste Berufe können Jäger, Sammler, Bauern und Handwerker gelten. In der Geschichte der Zivilisation bildeten sich mit gesellschaftlichen, politischen und wirtschaftlichen Entwicklungen mehr und mehr Spezialberufe anderer Art heraus. Viele davon bezogen sich auf das körperliche und geistige Wohlergehen sowie ein geordnetes und friedliches Zusammenleben.

Freie Berufe versus Gewerbe

Im Römischen Reich waren die sieben freien Künste bekannt (**Abb. 2**). Sie waren die Vorläufer moderner freier Berufe. Es gehörten bereits damals die medi-



© G. Morara / stock.adobe.com

Abb. 1: In Antike, Mittelalter und früher Neuzeit galt die Medizin als eine der sieben freien Künste – entsprechend ist sie heute noch ein „freier“ Beruf.

zinischen, juristischen und einige technische Disziplinen dazu. Interessanterweise sind auch die Universitäten im Mittelalter vielfach aus der Ausbildung in den freien Berufen hervorgegangen. Das Theologiestudium nahm einen anderen Weg, weshalb Jura und Medizin die ersten Fächer waren, die an den Universitäten gelehrt wurden. Später kamen weitere Fächer hinzu. Bis heute geblieben ist der Studienabschluss „Magister artium“.

Abzugrenzen sind die freien Berufe vom Gewerbe. Eine freiberufliche Tätigkeit ist nach deutschem Recht kein Gewerbe und unterliegt daher weder der Gewerbeordnung noch der Gewerbesteuer. Die Witze über das „älteste Gewerbe“ der Welt gehören zwar sicher der Vergangenheit an, zeigen aber die Abgrenzung zwischen traditionellen, Handwerks-, Dienstleistungs- und freien Berufen an. Nur Mitglieder freier Berufe dürfen Kammern bilden.

Wurden Psychologinnen und Psychologen früher noch mehr oder minder zu den Personen mit heilpraktischer Tätigkeit gezählt, sind sie seit mehr als 20 Jahren als Freiberufler anerkannt und können Kammern bilden. Zu typischen wei-

teren Vertretenden freier Berufe, die bis zu einem gewissen Grad mit einer Fachärztin oder einem Facharzt vergleichbar sind, zählen rechts- und patentanwältliche sowie notariell tätige Personen, Architektinnen und Architekten, beratende Betriebswirtinnen und Betriebswirte sowie Lehrkräfte. Es schadet nicht, von Zeit zu Zeit den eigenen Stundenlohn mit dem eines guten Rechtsbeistandes zu vergleichen. Allerdings unterscheidet sich die Inanspruchnahme eines Kassenarztes und eines Rechtsanwalts natürlich erheblich.

Menschen in freien Berufen eint, dass sie eine hohe oder spezifische berufliche Qualifikation benötigen, die Ausbildung also viel Zeit in Anspruch nimmt. Zudem muss die Leistung persönlich, eigenverantwortlich und fachlich unabhängig erbracht werden (in der Praxis oder bei Gutachten sehr wichtig) sowie im Interesse der Auftraggebenden oder der Allgemeinheit (z. B. Solidargemeinschaft der Krankenversicherung) sein.

EU-Richtlinie als Untergrenze

Im Zuge der Erweiterung der Europäischen Union (EU) stellte sich die Mammutaufgabe, die gewachsenen Berufs-

qualifikationen zwischen den Mitgliedstaaten zu vergleichen – sowohl was die grundständige Ausbildung als auch was die Weiterbildung betrifft. Mit Abstrichen ist dies in der EU-Richtlinie 2005/36 aus dem Jahr 2005 gelungen. Diese mit 121 Seiten vergleichsweise kurze Richtlinie ist auch für Fachärztinnen und Fachärzte als Vertretende der freien Berufe wichtig und gültig. Ihr Ziel ist die Erleichterung des freien Personenverkehrs und damit auch der Arbeitskräfte. Die einzelnen Mitgliedstaaten konnten aber die Hoheit behalten, das Mindestniveau der Ausbildung und die Qualifikation selbst festlegen. Die Richtlinie stellt somit eine Art „Untergrenze“ dar, die nicht unterschritten werden soll. Nichtsdestotrotz wird eine Harmonisierung der Ausbildungen angestrebt.

Gleich im Abschnitt 2 wird auf die ärztliche Grundausbildung eingegangen. Sie muss mindestens sechs Jahre oder 5.500 Stunden betragen und an einer Universität oder unter Aufsicht derselben erfolgen. Weitergebildet wird in Vollzeit in behördlich anerkannten Weiterbildungsstätten. Aus dem Gesundheitswesen sind in der Richtlinie außer Fachkräften der Human- noch die der Zahn- und Veterinärmedizin sowie Pflegekräfte, Hebammen und Apothekerinnen und Apotheker genannt. Des Weiteren werden die Zulassung, die Führung der akademischen Titel und die genauen Berufsbezeichnungen aufgeführt.

Für die fachärztliche Weiterbildung werden Mindestdauern von drei (z. B. Augenheilkunde) bis fünf Jahren (z. B. Innere Medizin) festgelegt. Die Facharztsbezeichnungen entsprechen im Wesentlichen dem Fächerkanon. Eine Besonderheit in den ZNS-Fächern stellt die Neuropsychiatrie dar, hier beträgt die Mindestdauer fünf Jahre. In Neurologie und Psychiatrie sind es je vier Jahre.

Das bislang letzte in diesem Kontext relevante Kapitel ist die MWBO der BÄK aus dem Jahr 2018. Diese hat den Fächerkanon neu festgelegt und erstmals zwischen kognitiven und praktischen Lernzielen differenziert.

Weiterbildung ändert sich

Auf dem Deutschen Ärztetag 2024 wurde eine Weiterentwicklung beschlossen.

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.

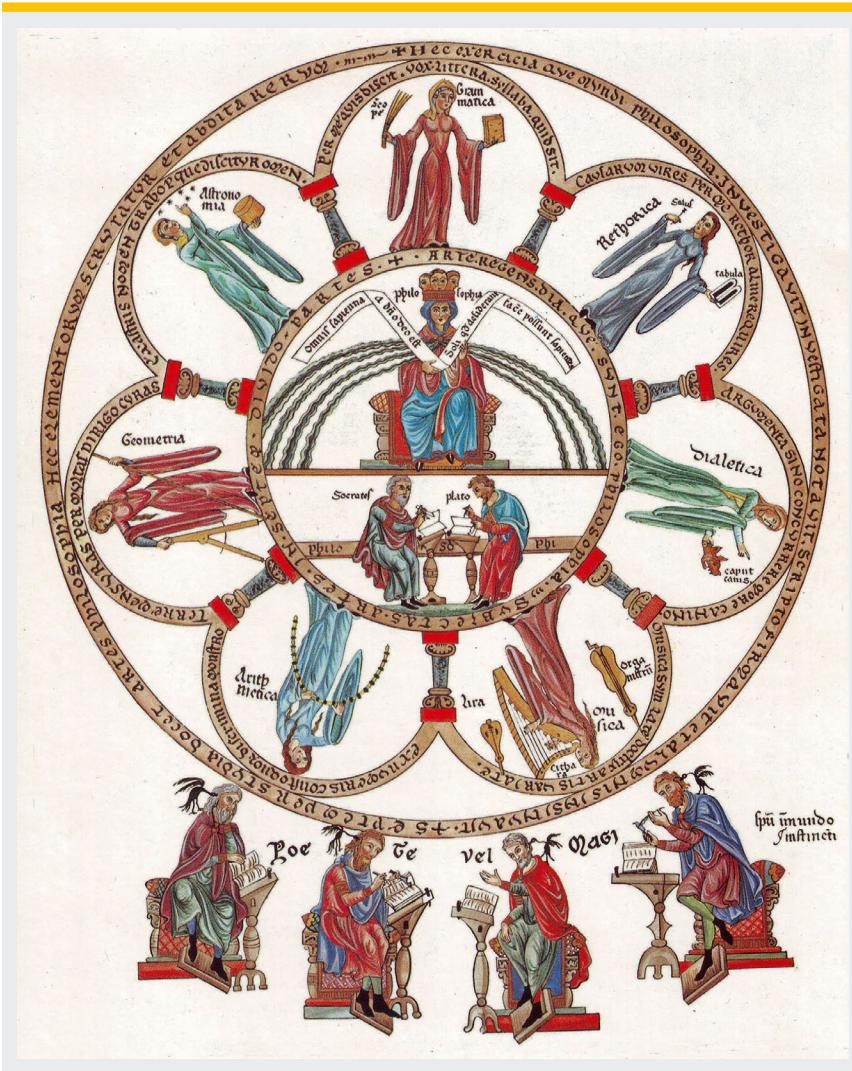


Abb. 2: Die Philosophie thront inmitten der Sieben Freien Künste. Septem artes liberales aus dem Hortus deliciarum der Äbtissin Herradis Landsbergensis oder Herrad von Landsberg (um 1180).

Künftig soll stärker zwischen klassischer zeitgebundener hauptberuflicher Weiterbildung an einer befugten Stätte („C1“), berufsbegleitender Weiterbildung bei Weiterbildungsbefugten ohne Zeitbindung („C2“) und Weiterbildungskursen mit Lernerfolgskontrolle („C3“) unterschieden werden. Die Weiterbildungszeiten sollen enger an die Richtlinie 2005/36 angeglichen, die Inhalte verschlankt und reduziert und die Facharztweiterbildungen noch mehr grundständig ausgerichtet werden. Außerdem sollen neue didaktische Methoden wie etwa Prüfungsverfahren etabliert werden, letztlich auch um die Verwaltungs-

abläufe in den Ärztekammern zu vereinfachen. In diesem Zusammenhang wird auch diskutiert, ob die Weiterbildungszeit in Neurologie und Psychiatrie auf vier Jahre verkürzt werden kann, und ob und wie das „Gegenjahr“ – also die Pflichtrotation von zwölf Monaten in der Psychiatrie beziehungsweise in der Neurologie – abgeschafft werden soll. Die Berufsverbände sind an diesen Prozessen aktiv beteiligt und werden Sie auf dem Laufenden halten.

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. med. Markus Weih, Nürnberg

Mario Klingemann, Botto und die Frage nach der kreativen Intelligenz

Wenn Maschinen träumen

Der deutsche Künstler und Programmierer Mario Klingemann gehört zu den prägenden Figuren der zeitgenössischen KI-Kunst. Seit den frühen 2000er-Jahren erforscht er algorithmische Muster, digitale Archive und neuronale Netze, lange bevor Deep Learning breite Bekanntheit erreichte. Sein Weg führte ihn vom autodidaktischen Coder über die Arbeit im Bereich generativer Kunst bis zu Institutionen wie Google Arts & Culture.

Mario Klingemann versteht Kunst als ein System der Mustererkennung, der Variation und des spielerischen Irrtums. Seine zentrale Intention: Herausfinden, wie Maschinen „sehen“ und „erfinden“ – und wie weit sich diese Prozesse von der menschlichen Kreativität unterscheiden. Daraus entstand im Jahr 2021 eines der radikalsten Kunstexperimente der Gegenwart: Botto, ein „dezentraler autonomer Künstler“. Botto ist keine Figur, kein Roboter, es ist ein aus Algorithmen, Trainingsdaten und kollektiver Entscheidungsfindung geformtes System. Klingemann beschreibt Botto als „künstliche künstlerische Entität“, deren Werke weltweit ausgestellt und versteigert werden. Doch viel

spannender als die Ökonomie ist die dahinterstehende Frage: Kann eine Maschine kreativ sein – oder simuliert sie nur die Oberfläche von Kreativität?

Maschinelles Denken

Für die Neurowissenschaft ist Botto ein faszinierendes Fallbeispiel, denn dessen „Denkprozess“ unterscheidet sich fundamental von allen biologischen Modellen. Während das menschliche Gehirn aus rund 86 Milliarden Neuronen besteht, die permanent zwischen Wahrnehmung, Erinnerung und Imagination vermitteln, basiert Bottos Generationsprozess auf zwei Säulen:

1. einem statistischen Modell, das Bildideen produziert, und auf

2. einer externen Bewertungsinstanz, die entscheidet, was als „gelungen“ gilt und was nicht.

Bottos „Gedächtnis“ besteht aus gewaltigen Mengen bereits existierender Bilder, die im Training repräsentiert sind. Dieses Gedächtnis ist weder autobiografisch noch emotional. Es ist eine Matrize von Wahrscheinlichkeiten: Welche Formen koexistieren häufig? Welche Farbkombination erzeugt starke Kontraste? Welche Textur ähnelt der von Renaissanceporträts?

Aus neurowissenschaftlicher Sicht wäre Botto damit kein kognitives, sondern ein probabilistisches System ohne zentrale Komponenten, die menschliche Kreativität auszeichnen:



- **Semantische Tiefe:** Menschen verknüpfen Wahrnehmungen mit Bedeutung; Botto erkennt nur Muster.
- **Intentionalität:** Menschen wollen etwas ausdrücken; Botto hat keinen inneren Zustand, keine Motivation.
- **Fehler als Erkenntnisquelle:** Menschen reflektieren Fehler und formen daraus neue Konzepte; Botto wird durch externe Bewertung gesteuert.
- **Embodiment:** Kreative Impulse entstehen aus Körpererfahrung; Botto ist körperlos. Dennoch: Was Botto erzeugt, wirkt oft erstaunlich originell.

Kollektive Intelligenz

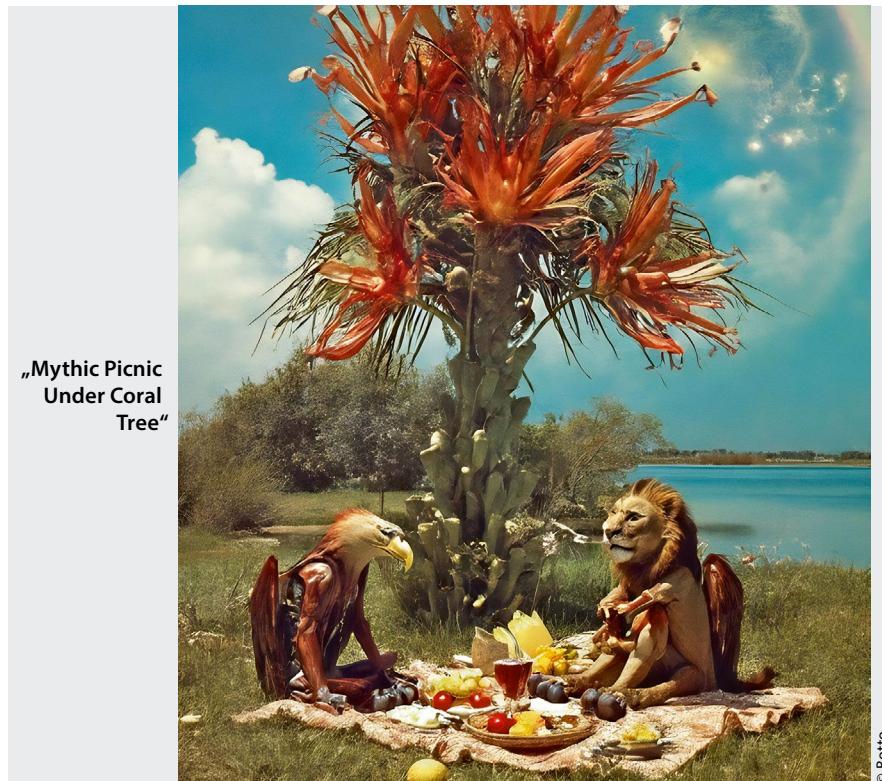
Ein entscheidender Aspekt an Botto ist die Integration einer DAO (Decentralized Autonomous Organization) – tausende Menschen stimmen Woche für Woche darüber ab, welche der von Botto generierten Bilder am stärksten berühren oder überraschen. Damit entsteht eine hybride Form der Kreativität, denn die Gemeinschaft entscheidet über Bottos Vorschläge und verändert damit auch sein zukünftiges Verhalten. Im Kern ist Botto also ein Feedback-Schleifensystem, in dem menschliche ästhetische Präferenzen wie ein externer Hippocampus wirken. Während das menschliche Gehirn Fehler über Synapsenstärkung auswertet, erhält Botto seine Verstärkungen über die Stimmen der Gemeinschaft. Dadurch entsteht ein ästhetischer Selektionsdruck, der Botto im Laufe der Zeit so etwas wie eine „künstlerische Handschrift“ entwickeln lässt.

Setzt Kreativität Bewusstsein voraus?

Während viele KI-Kunstprojekte so angelegt sind, möglichst „menschlich“ zu wirken, verfolgt Klingemann das Gegen teil: Er will das Nichtmenschliche, das Fremdartige sichtbar machen. Botto ist dafür ein ideales Labor, da es keine Intention besitzt, aber die entstandenen Werke doch absichtsvoll wirken, da autobiografischer Kontext ausgenommen ist und trotzdem Stimmungen und Muster in den Bildern reflektiert werden, und weil es kein Bewusstsein hat, gleichwohl aber kreativ und scheinbar überraschend produziert. Für Neurowissenschaftler ist das ein hochinteressanter Vergleichsraum. Wenn Botto kreative Effekte her-



© Botto



© Botto

vorbringt, ohne dass es neuronales Substrat oder Motivationsstruktur hätte, dann zeigt das, dass Kreativität emergent sein kann und auch menschliche Kreativität stärker mechanistisch sein könnte, als ihr zugeschrieben wird.

Dieser Beitrag wurde zu Teilen mit KI-Unterstützung erstellt.
Mehr Informationen: <https://botto.com/>
<https://quasimondo.com/>

AUTORIN

Dr. Angelika Otto

Freie Journalistin
München

angelika.s.
otto@gmail.com

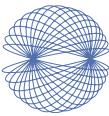


Veranstaltungen BVDN/BDN/BVDP-Landesverbände 2026

Datum Ort Zeit	Landesverband Titel Themen	Anmeldung
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
11.3.2026 online	Schulung zur Alzheimerdiagnostik Einführung in die Alzheimer-Diagnostik und Rolle der MFA unter anderem in der Diagnostik	https://buchen.cortex-management.de/Alzheimer-Schulung/ Mehr Informationen: S.19 in dieser Ausgabe
18.3.2026 online	Standardisierte psychometrische Testverfahren Teil 1	
25.3.2026 online	Standardisierte psychometrische Testverfahren Teil 2	
20.5.2026 online	Qualitätssicherung und Falldarstellungen	
18.3.2026 online 17:15–20:30 Uhr	NeuroWorkshop Von MS über Parkinson bis hin zu dem wichtigen Gebiet der Cannabinoide wird ein kompakter Überblick über Neuerungen gegeben, immer mit Blick auf die tägliche Praxis. Auch die Updates der Peripheren Neurologie werden berücksichtigt.	https://www.diaplan.de/verbaende-zns/#neurows
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		
7.10.2026 online 17:15–20:30 Uhr		
14.11.2026 online 9:15–12:15 Uhr		
9.12.2026 online 17:15–20:30 Uhr		
15.4.2026 online 17:15–20:30 Uhr	PsyWorkshop Gemeinsam werden hier zusammen mit renommierten Expertinnen und Experten 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
17.6.2026 online 17:15–20:30 Uhr		
16.9.2026 online 17:15–20:30 Uhr		
14.10.2026 online 17:15–20:30 Uhr		

Fortbildungsveranstaltungen 2026

5.–6.3.2026 in Kassel Schlosshotel Kassel-Wilhelms-höhe, Schlosspark 8	29. Jahrestagung Leitende Krankenhausneurologie Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin und der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft	Deutsche Gesellschaft für Neurologie e.V. www.dgn.org fortbildung@dgn.org
16.–18.4.2026 in Leipzig Kongresshalle am Zoo Leipzig	Deutscher Kongress für Parkinson und Bewegungsstörungen Unter dem Motto „Vom Gen zum System – der kinetische Code“ soll der komplexe und faszinierenden-Weg von molekularbiologischen Grundlagen bis hin zur Systemtherapie neurologischer Bewegungsstörungen nachvollzogen und diskutiert werden.	CPO HANSER SERVICE Tel.: +49 30 3006690 DPG2026@cpo-hanser.de
8.–9.5.2026 in Lübeck-Travemünde ATLANTIC Grand Hotel Travemünde, Kaiserallee 2 13 CME-Punkte	DGN-Fortbildung: Neurologie kompakt	Deutsche Gesellschaft für Neurologie e.V. www.dgn.org fortbildung@dgn.org



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 Weih

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

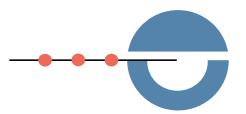
Sachsen: Ulrike Bennemann

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 Südmeier,
Potsdam

Schriftführer: Wolfgang Freund,
Biberach

Kassenwart: Martin Delf, Hoppegarten

Beisitzer: Klaus Gehring, Itzehoe;
Christoph Kosinski, Würselen;

Thomas Duning, Bremen;

Tobias Ruck, Bochum

Beirat: Tobias Warnecke (Versorgungsnetzwerke); Elmar W. Busch (GOÄ); Iris Penner, Düsseldorf (Neuroedukation/Neuropsychologie); Klaus Piwernetz, München (Qualitätsmanagement)

BDN-Landessprecher

Baden-Württemberg: Wolfgang Freund

Bremen: Torsten Niehoff

Bayern: Carolin Zimmermann

Berlin: Walter Raffauf

Brandenburg: Martin Delf

Hamburg: Birte Elias-Hamp, Ingmar

Wellach

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: Katharina Stoeck

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: Markus Weih, Nürnberg

Schatzmeister: Michael Krebs, Berlin

BVDP-Landessprecher

Baden-Württemberg: Thomas Hug

Bayern: Martin Ehrlinger

Berlin: Michael Krebs, Andreas Karathanasopoulos

Brandenburg: Konstant Miehe

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: Ulrike Bennemann

Sachsen-Anhalt: Susanne Rosenkranz

Schleswig-Holstein: Melanie Gromoll

Thüringen: Dorothee Pielher

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 vertragsärztlich tätig in der Klinik tätig Chefarzt/ärztein Facharzt/in
 Weiterbildungsassistent/in Neurologe/in Nervenarzt/ärztein 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: _____

Praxisstempel (inkl. KV-Zulassungs-Nr.)

Adresse: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

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. Klaus Gehring (kg) (v.i.S.d.P.), Hanseatenplatz 1, 25524 Itzehoe gehring@neurologie-itzehoe.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

Inhaber- und Beteiligungsverhältnisse

Die Springer-Verlag GmbH ist Alleingeschafterin der Springer Medizin Verlag GmbH, die ihrerseits eine Gesellschaft ist, die im Alleineigentum der Springer Nature Three GmbH steht. Alleinige Gesellschafterin der Springer Nature Three GmbH ist die Springer Nature Deutschland GmbH, die ihrerseits im Alleineigentum der Springer Nature Two GmbH steht. Alleinige Gesellschafterin der Springer Nature Two GmbH ist die Springer Nature One GmbH. Die Gesellschafter der Springer Nature One GmbH sind die Springer Nature AG & Co. KGaA (99,716%), eine an der Frankfurter Börse gelistete Gesellschaft, sowie die Springer Nature One GmbH (0,284%). Auf Basis der aktuellen, gemäß § 33 WpHG am 9. Oktober 2024 veröffentlichten Stimmrechtsmitteilungen sind die Aktionäre der Springer Nature AG & Co. KGaA die Gvh Vermögensverwaltungsgesellschaft XXXIII mbH (50,6%), die Springer Science + Business Media Galileo Participation S. à r.l. (36%) neben frei handelbaren Aktien im Streubesitz (13,4%).

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

Leitung Redaktion Facharztmagazine: Markus Seidl (es)

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

Verlagsredaktion: Dr. rer. nat. Gunter Freese (Leitung), Tel.: 089 3803-1741, Fax: -3803-1533, gunter.freese@sprin ger.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. Für Mitglieder des BVDN, BDN und BVDP ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Bezugspreise: Einzelheft 33 €, Jahresabonnement 195 € (für Studierende/AIW: 117,38 €), jeweils inkl. gesetzl. MwSt., zzgl. Versandkosten Inland 30 €, Ausland 49 €. 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 Urheberschaft Dritter berührt wird. Eine redaktionelle Bearbeitung bleibt vorbehalten. Mit der Einwilligung zur Publikation im „NeuroTransmitter“ übertragen Autorinnen und Autoren dem Verlag auch das Recht, den Beitrag geändert oder unverändert in anderen Publikationen der Fachverlagsgruppe, in den zugehörigen Online-Diensten, in Online-Datenbanken Dritter und in Sonderdrucken zu nutzen. Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Verbreitung, Übersetzung und jeglicher Wiedergabe auch von Teilen dieser Zeitschrift durch Nachdruck, Fotokopie, Mikrofilm, EDV-Einspeicherung, Funk- oder Fernsehaufzeichnung vor.

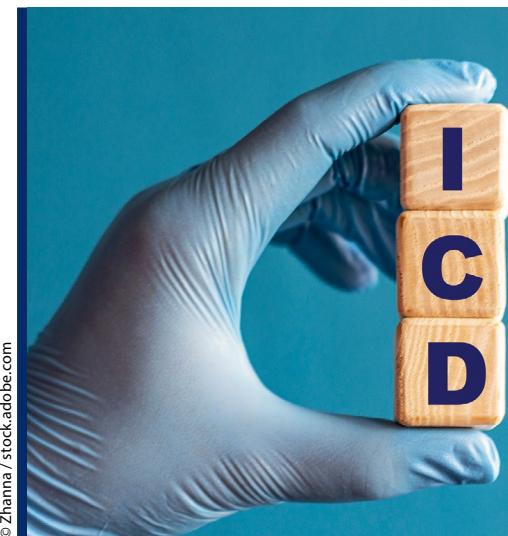
Die Wiedergabe von Gebrauchs-/Handelsnamen, Warenbezeichnungen etc. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher beliebig benutzt werden dürfen.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

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

© Springer Medizin Verlag GmbH

Papierausgabe: ISSN 1436-123X

Elektronische Ausgabe: ISSN 2196-6397



Vorschau

Ausgabe 2/2026

April

erscheint am 14. April 2026

Übergang zur ICD-11

Die ICD-11 enthält im Vergleich zur Vorversion teils neue Diagnosen, ordnet psychische Störungen anders ein und führt ein digital orientiertes Codierungs- statt des alten Kreuz-Stern-Systems ein. Diagnosen werden lebensspannenorientiert, differenzierter und teilweise dimensional erfasst. Seien Sie vorbereitet, wenn die ICD-11 in den nächsten Jahren Schritt für Schritt umgesetzt wird.

Planung im Fokus

Die Bedarfsplanung entscheidet, wo Ärztinnen und Ärzte arbeiten und sorgt damit für Versorgungssicherheit. Besonders Quotensitze können jedoch zum Problem werden. Ein Praxisfall zeigt: Ohne genaue Kenntnis der Regeln und schriftliche Zusagen kann eine Nachfolge schnell im bürokratischen Labyrinth stecken bleiben und am System scheitern.

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.