

NEUROTRANSMITTER

Neurologie und Psychiatrie – Berufspolitik und Fortbildung

Kompass der Verbände

Wie das Gesundheitssystem
künftig aussehen muss | 14

Ökonomie als Maßstab?

Ökonom und Philosoph
Carsten Lotz im Gespräch | 28

HIV in der Neurologie

Symptome erkennen und
Befunde einordnen | 50



MEDIZIN & ÖKONOMIE

und die Spielräume ärztlichen Handelns

„Das Gehirn ist weiter als der Himmel.“ – Emily Dickinson

BDN-Ausgabe zum DGN-Kongress 2026



BVDN



BDN



BVDP



Springer Medizin



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.



Dr. med. Uwe Meier
Vorsitzender des BDN



Prof. Dr. med. Martin Südmeyer
Vorsitzender des BDN

Gute Medizin braucht ein ökonomisches Fundament

Ohnmacht, Sorge, Erschöpfung und zunehmend auch Unverständnis – so lässt sich die Stimmung beschreiben, die uns derzeit in vielen Gesprächen mit Kolleginnen und Kollegen begegnet. Chefärztinnen und Chefarzte arbeiten seit Jahren im Krisenmodus und sollen nun mit noch weniger Personal noch mehr auffangen. Niedergelassene Kolleginnen und Kollegen sehen sich mit existenzbedrohenden Honorarverlusten konfrontiert, während Personal- und Betriebskosten weiter steigen. Gleichzeitig wächst der medizinische Bedarf, neue Therapien eröffnen große Chancen und immer mehr Versorgung soll ambulant stattfinden. Wir können immer mehr neurologische Erkrankungen wirksam behandeln, Leiden lindern und Behinderung verhindern – und zugleich werden die Strukturen, die unseren Patientinnen und Patienten diese Versorgung ermöglichen sollen, immer fragiler.

Kein Weg führt an Veränderungen vorbei

Dabei ist unstrittig: Unser Gesundheitssystem hat Reformen nötig – echte Reformen, in denen geklärt wird, welche Versorgung wir künftig brauchen, und die Strukturen entsprechend anpassen. Genau darin liegt das Problem der gegenwärtigen Entwicklung. Die wirtschaftliche Lage vieler Krankenhäuser ist bereits prekär. Ein großer Teil schreibt rote Zahlen, zahlreiche Häuser sind von Insolvenz bedroht. Das GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz erhöht den Spardruck weiter. Kliniken geraten damit unter weiteren Druck, Leistungen zu reduzieren und Personal abzubauen; zugleich drohen zusätzliche Prüfungen und weiterer bürokratischer Aufwand. Welche Krankenhäuser am Ende bestehen bleiben, entscheidet sich dann nicht danach, welcher Versorgung es regional bedarf. An die Stelle geplanter Strukturentwicklung tritt ein „survival of the fittest“ treten – ein Überleben derjenigen, die dem wirtschaftlichen Druck am längsten standhalten. Das ist „Wild West“, keine kluge Reformpolitik.

Gleichzeitig greift das Gesetz tief in die ambulanten Versorgungsstrukturen ein. Drei Monate hochspezialisierte Medizin für den Preis eines Friseurbesuchs – das Ganze mit Abschlägen im Rahmen der Budgetierung und jetzt noch der Wegfall der TSVG-Vergütungen. Ausgerechnet der ambulante Bereich, der im Zuge der Ambulantisierung mehr und komplexere Patienten

innen und Patienten aus den Krankenhäusern übernehmen soll, gerät damit selbst unter erheblichen wirtschaftlichen Druck.

Wenn aus Erosion Disruption wird

Das ist mehr als die Fortsetzung einer schleichenden Verschlechterung. Aus Erosion wird Disruption. Denn stationäre und ambulante Versorgung sind kommunizierende Systeme. Fällt eine Struktur aus, müssen andere ihre Arbeit übernehmen. Werden gleichzeitig auf beiden Seiten Kapazitäten abgebaut, folgt aus der Disruption eine Kaskade: Jede ausfallende Struktur erhöht den Druck auf die verbleibenden. Die Folgen verstärken sich gegenseitig bis hin zur Gefahr eines Kollapses regionaler Versorgungsstrukturen. Für Menschen mit neurologischen Erkrankungen ist das in einer Phase bemerkenswerten medizinischen Fortschritts eine Katastrophe.

Am Ende geht es nicht um die wirtschaftlichen Interessen von Krankenhäusern, Praxen oder Ärztinnen und Ärzten. Am Ende geht es um Patientinnen und Patienten. Sie warten länger, finden keinen Behandlungsplatz oder erreichen spezialisierte Versorgung zu spät. Gerade bei neurologischen Erkrankungen kann Zeitverlust Funktionsverlust und eine verzögerte Behandlung bleibende Behinderung bedeuten. Deutschland kann es sich weder medizinisch noch wirtschaftlich leisten, Menschen den Zugang zur Basisversorgung zu erschweren oder sie von medizinischen Innovationen auszuschließen.

Medizin und Ökonomie zusammen denken

Eine verlässliche Gesundheitsversorgung gehört zudem zu den Grundpfeilern eines funktionierenden Gemeinwesens. Wenn notwendige Versorgung trotz hoher Beiträge nicht mehr erreichbar ist, berührt das auch das Vertrauen in die Handlungsfähigkeit staatlicher Institutionen. Und Gesundheitspolitik ist auch Wirtschaftspolitik: Krankheit, Behinderung und lange Arbeitsunfähigkeit bedeuten neben persönlichem Leid auch Verlust von Arbeitskraft, Produktivität und gesellschaftlicher Teilhabe.

Damit sind wir beim Leitmotiv dieser Ausgabe: dem Verhältnis von Medizin und Ökonomie. Es wäre zu einfach, beide als Gegenspieler zu betrachten. Medizin findet unter Bedingungen

„Entscheidend ist nicht, ob Ökonomie in der Medizin eine Rolle spielt, sondern welche Rolle ihr zukommt – und welche Handlungsspielräume bleiben.“

begrenzter Ressourcen statt. Ökonomisches Denken hilft, diese sinnvoll einzusetzen, Fehlanreize zu erkennen und Versorgung effizient zu organisieren. Entscheidend ist, welche Rolle ihm zukommt – und welche Handlungsspielräume innerhalb ökonomischer und institutioneller Rahmen bleiben.

Verstehen, reagieren und gestalten

Daraus ergibt sich auch unsere berufspolitische Strategie: verstehen, reagieren, gestalten. Wir müssen zunächst verstehen und analysieren, was geschieht: die gesundheitspolitische Lage ebenso wie die Wirkungen von Vergütungs- und Anreizsystemen. Im Gespräch mit Carsten Lotz fragen wir philosophisch nach Möglichkeiten und Grenzen ökonomischen Denkens. Hartmut Rosa richtet den Blick auf die Bedingungen situativer ärztlicher Handlungsfreiheiten. Weitere Beiträge beschäftigen sich mit der Zukunft des Arztberufs und der Frage, wie ökonomische Rahmenbedingungen unser ärztliches Handeln beeinflussen. Insgesamt geht es darum, die Bedingungen unseres Handelns und die darin verbleibenden Handlungsspielräume zu verstehen.

Wir müssen reagieren und uns vernetzen, wenn politische Entscheidungen die neurologische Versorgung gefährden. Protest ist notwendig, wo rote Linien überschritten werden. Aber Protest allein reicht nicht. Er ist erwartbar und politisch längst eingepreist. Deshalb benennen wir Folgen deutlich, formulieren Stellungnahmen, suchen das Gespräch mit Politik, Selbstverwaltung und Krankenkassen – und machen öffentlich, wenn die Versorgung unserer Patientinnen und Patienten gefährdet wird.

Und wir wollen gestalten. Wir sind offen für echte Struktur-reformen, bessere Patientensteuerung, sektorenübergreifende Versorgung, Digitalisierung, neue Arbeitsteilung und einen effizienteren Einsatz knapper Ressourcen. In dieser Ausgabe des NeuroTransmitters formulieren wir sechs Leitprinzipien für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem. Im Beitrag zu § 70 SGB V geht es um die Frage, wie Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit gemeinsam zum Maßstab gesundheitspolitischer Entscheidungen werden können. Wir wollen nicht nur sagen, was nicht funktioniert, sondern Vorschläge machen, wie es besser gehen könnte. Veränderung ist notwendig. Aber Veränderung muss Versorgung verbessern – nicht lediglich Ausgaben begrenzen.

Über das Bestehende hinaus denken

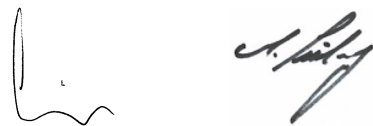
Ein Magazin wie dieses zusammenzustellen, hat einen langen Vorlauf. Gesundheitspolitik hat ihn nicht. Zwischen Redaktionsschluss und DGN-Kongress können sich Gesetzentwürfe

und Entscheidungen verändern. Diese Ausgabe kann deshalb grundlegende Konfliktlinien analysieren und Orientierung geben, aber nicht tagesaktuell sein. Aktuelle Stellungnahmen und Reaktionen finden Sie in unseren Newslettern, Pressemeldungen und auf den Internetseiten von BDN, BVDN und BVDP.

Die großen Probleme unseres Gesundheitssystems wird niemand allein lösen. Ärzteschaft, Selbstverwaltung, Krankenkassen und Politik müssen gemeinsam klären, welche Versorgung wir brauchen und welche Ressourcen dafür zwingend sind. Und schließlich wollen wir weiterdenken. Die gegenwärtigen, zum Teil existenzbedrohenden Probleme dürfen unseren Blick nicht auf die Verteidigung des Bestehenden verengen. Deshalb ist das BDN-Forum auf dem diesjährigen DGN-Kongress als Zukunftsforum und Thinktank angelegt. Unter der Überschrift „Neurologie am Wendepunkt“ richten wir den Blick bewusst weiter nach vorn. Medizinischer Fortschritt, künstliche Intelligenz, Digitalisierung, neue Berufsrollen und Versorgungsformen könnten die Neurologie grundlegend verändern. Hier darf Disruption auch einmal positiv gesehen werden: nicht als ungeplanter Zusammenbruch bestehender Strukturen, sondern als Chance, Versorgung grundsätzlich neu zu denken.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen eine anregende Lektüre, viele gute Gespräche und einen spannenden und erfolgreichen DGN-Kongress.

Ihre





Prof. Dr. med. Daniela Berg
Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Neurologie

In der Prävention liegt die Zukunft

Die Neurologie erlebt eine außerordentlich dynamische Entwicklung. Neue diagnostische Möglichkeiten und innovative Therapien eröffnen Perspektiven für Patientinnen und Patienten, die noch vor wenigen Jahren kaum vorstellbar waren. Gleichzeitig stehen wir vor der Aufgabe, diesen medizinischen Fortschritt unter sich verändernden gesellschaftlichen und vor allem ökonomischen Rahmenbedingungen so in die Versorgung zu übertragen, dass möglichst viele Menschen von der bestmöglichen medizinischen Behandlung profitieren.

Damit berührt das Schwerpunktthema dieser Ausgabe des *NeuroTransmitters* eine zentrale Zukunftsfrage unseres Faches: Wie können wir medizinische Qualität, wissenschaftlichen Fortschritt und eine dauerhaft verlässliche tragfähige Versorgung miteinander verbinden? Ökonomische Rahmenbedingungen sind dabei kein Thema außerhalb der Medizin. Sie beeinflussen, welche Strukturen wir vorhalten können, wie viel Zeit für unsere Patientinnen und Patienten zur Verfügung steht und wie medizinischer Fortschritt tatsächlich in der Versorgung ankommt.

„Wir müssen die Möglichkeiten konsequenter nutzen, neurologische Erkrankungen zu verhindern, ihren Beginn hinauszuzögern und ihren Verlauf günstig zu beeinflussen.“

Eine besondere Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang der Prävention zu. Angesichts einer alternden Bevölkerung und der wachsenden Krankheitslast durch neurologische Erkrankungen wird es nicht ausreichen, allein auf immer bessere Therapien zu setzen. Wir müssen zugleich die Möglichkeiten konsequenter nutzen, neurologische Erkrankungen zu verhindern, ihren Beginn hinauszuzögern und ihren Verlauf günstig zu beeinflussen. Dazu gehören die Förderung der Hirngesundheit und die Verringerung beeinflussbarer Risikofaktoren ebenso wie die frühe Diagnostik, eine rechtzeitige Behandlung und die Vermeidung von Folgeerkrankungen und Behinderung.

Prävention ist somit nicht nur medizinisch geboten, sondern trägt auch dazu bei, die Versorgung langfristig tragfähig zu

gestalten. Sie darf jedoch nicht auf Appelle zur individuellen Eigenverantwortung reduziert werden. Erfolgreiche Prävention benötigt verlässliche Strukturen, angemessene Vergütung und politische Vorgaben, die gesundheitsförderliche Entscheidungen ermöglichen. Neurologinnen und Neurologen können hierbei als glaubwürdige Botschafter für Hirngesundheit und Prävention eine zentrale Rolle übernehmen.

Es ist daher wichtig, diese Fragen gemeinsam zu diskutieren. Die enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) und dem Berufsverband Deutscher Neurologen (BDN) ist dafür eine wichtige Grundlage. Uns verbindet das Ziel, die Neurologie wissenschaftlich und medizinisch weiterzuentwickeln und zugleich die Bedingungen mitzugestalten, unter denen neurologische Versorgung auch in Zukunft weiterhin auf hohem Niveau umgesetzt werden kann.

Der DGN-Kongress ist gerade deshalb ein wichtiger Ort für diesen Austausch. Ich freue mich deshalb sehr, dass der *NeuroTransmitter* auch in diesem Jahr den Kongress begleitet und die wesentlichen Fragen rund um die Zukunft unseres Faches aufgreift.

Ich wünsche Ihnen eine anregende Lektüre, einen erfolgreichen DGN-Kongress 2026 und vor allem viele gute Gespräche und Begegnungen.

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

- 10 Gesundheitspolitik zwischen Anspruch und Wirklichkeit**
Die Versorgung bricht weg – und die Politik reformiert an der Realität vorbei
Uwe Meier
- 14 Versorgung neu denken**
Kompass für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem
Uwe Meier
- 22 Offener Brief**
Über Medizin berichten: Narrative und kurzzeitige Lösungen hinterfragen
Uwe Meier, Klaus Gehring, Sabine Köhler
- 26 Es reicht!**
BDN, BVDN und BVDP starten gemeinsame Kampagne
Uwe Meier, Klaus Gehring, Sabine Köhler

Medizin und Ökonomie

- 28 „BDNF“ – die BDN-Fragezeit**
Ökonomie als Maßstab der Medizin?
Uwe Meier
- 34 Finanzierungsmodelle**
Beeinflusst das Vergütungssystem ärztliches Handeln?
Judith Wagner
- 37 Plädoyer für eine selbstbewusste Medizin**
Über die Tragik einer pathologischen Beziehung
Wolfgang Klitzsch
- 40 Maßstäbe für die Gesundheitsreform**
Qualität, Humanität, Wirtschaftlichkeit
Klaus Piwernetz

☐ = Dieser Beitrag ist ein Titelthema.



28 „Ökonomisches Denken ist Teil von uns“

Für den Ökonomen und Theologen Carsten Lotz, Autor des Buches „Wirtschaft als erste Philosophie? – Eine Kritik der ökonomischen Vernunft“ ist ökonomisches Denken in allen Bereichen des Lebens angekommen. Auch im Gesundheitswesen gehört es ganz selbstverständlich dazu. Doch was geschieht, wenn wirtschaftliches Denken vom Werkzeug zum Maßstab des Handelns wird und welche Spielräume bleiben dann für Ärztinnen und Ärzte?

Beilagen und Sonderpublikationen

Nach Seite 71 finden Sie den Medizin Report aktuell „Flexiblere Familienplanung durch kürzere Kontrazeptionszeit“.

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.

Medizin und Ökonomie

- 44 **Medicus oeconomicus 2.0**
Zukunft des Arztberufs
Markus Müschenich
- 46 **Zwischen Regeln und Urteilskraft**
Medizin braucht Handlungsspielraum
Uwe Meier

Fortbildung

- 50 CME** Wie sich HIV neurologisch manifestiert
Sonja Faust
- 56 **CME** Fragebogen
- 58 **Polyneuropathien**
Zusatzdiagnostik: Elektrophysiologie und Ultraschall der Nerven
Katharina Kneer et al.

Rund um den Beruf

- 66 **Save the date!**
Neurologie am Wendepunkt: ein „Weiter so“ gefährdet die Versorgung
Uwe Meier
- 68 **ZNS-Tage 2027**
Neues zu Abrechnungen, Hot-Topics und Suchterkrankungen
Elisa Pruckner
- 70 **Das Beste zum Schluss – bekennde Statements**
Von dem Glück, Neurologinnen und Neurologen sein zu dürfen
Uwe Meier
- 74 **Pharmaforum**
- 32, 47 **Buchtipps**
- 76 **Termine**
- 77 **Verbandsservice**
- 79 **Impressum/Vorschau**

☐ = Dieser Beitrag ist ein Titelthema.



50 Wie HIV sich neurologisch zeigt

Menschen mit dem humanen Immundefizienzvirus Typ 1 (HIV-1) können in jeder Phase der Infektion neurologische Symptome ausbilden. Diese reichen von milden kognitiven Defiziten bis zu lebensbedrohlichen opportunistischen Infektionen. Anzeichen wie Depression, Schlafstörung, Substanzkonsum, vaskuläre Risiken, Medikamente und neurodegenerative Erkrankungen müssen deshalb aktiv untersucht werden. Von besonderer Bedeutung sind dabei Immunstatus, Verlauf, Bildgebung und eine gezielte Liquordiagnostik.

Ansprechpartner

Verlagsredaktion:

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

Schriftleitung:

Dr. med. Uwe Meier
umeier@t-online.de

Aboservice:

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



BVDN



BDN



BVDP

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

Gesundheitspolitik

Gesundheitspolitik zwischen Anspruch und Wirklichkeit

Die Versorgung bricht weg – und die Politik reformiert an der Realität vorbei

Krankenhäuser schließen, Praxen finden keine Nachfolger, medizinisches Personal verlässt erschöpft das System. Gleichzeitig verspricht die Politik bessere Zugänge und Termingarantien, ohne die begrenzten personellen und finanziellen Ressourcen konsequent zum Ausgangspunkt ihrer Reformen zu machen. Deutschland braucht keine weiteren uneinlösbaren Versprechen, sondern eine offene Debatte über Prioritäten, Fehlanreize und die Frage, wie eine gute medizinische Versorgung unter realen Bedingungen gesichert werden kann. Ein Essay vom BDN-Vorsitzenden Dr. Uwe Meier.



Das deutsche Gesundheitswesen ist ein ungemütlicher Ort geworden und dies ist erst der Anfang. Krankenhäuser verlieren Abteilungen oder schließen ganz. Ärztinnen und Ärzte werden von jetzt auf gleich entlassen. Pflegekräfte verlassen erschöpft den Beruf. Niedergelassene Kolleginnen und Kollegen geben ihre Praxen gegen Ende des Berufslebens vorzeitig auf, weil sie keine Nachfolge finden. Junge Ärztinnen und Ärzte überlegen zweimal, ob sie sich für Jahrzehnte verschulden, um ein Arbeitsleben mit 60-Stunden-Wochen, Bürokratie und wirtschaftlichen Risiken zu finanzieren, ohne Möglichkeit, in angemessenem Umfang private Rücklagen zu erwirtschaften. Und trotzdem hält sich in der Politik wie auch bei den Bürgerinnen und Bürgern hartnäckig die Vorstellung, medizinische Versorgung sei ein unbegrenzt verfügbares Gut. Jederzeit. Für jeden Anlass. Ohne Wartezeit. Ohne Berücksichtigung von Dringlichkeit.

System vor dem Kollaps

Natürlich muss die Politik handeln. Einfach weitermachen geht nicht. Das System ist in dieser Form nicht mehr finanzierbar. Die Politik steht damit vor einer unangenehmen Wahrheit: Deutschland hat den Menschen über Jahrzehnte ein Versprechen gegeben, das kein Gesundheitssystem dauerhaft einlösen kann. Gesundheit wurde zum jederzeit verfügbaren Konsumgut erklärt. Jede Sorge soll sofort abgeklärt werden. Jeder Wunsch erzeugt einen Anspruch. Jede Unsicherheit rechtfertigt eine Untersuchung. Über Grenzen wird kaum gesprochen. Über Prioritäten erst recht nicht.

Krisen dieser Art sind immer auch Zeiten populistischer Forderungen und der Suche nach Schuldigen. Dann ist von Überversorgung die Rede. Von Doppeluntersuchungen. Von wirtschaftlichen Interessen. Von Boni und Fehlanreizen. Von Ärztinnen und Ärzten, die angeblich zu viel behandeln und gleichzeitig zu wenig leisten, weil die Lebenserwartung in Deutschland hinter anderen eu-

ropäischen Ländern zurückbleibt (als ob jemals jemand nur deswegen aufgehört hat zu rauchen, weil es ärztlicherseits nahegelegt wurde). Ökonomische Kennzahlen werden zu moralischen Urteilen. Die Schuldigen scheinen gefunden.

Das ist politisch bequem. Denn wer Schuldige präsentiert, muss Ursachen nicht mehr analysieren. Dabei geht es überhaupt nicht um die Ärzteschaft. Es geht um die Versorgung kranker Menschen. Unsere Existenzberechtigung besteht ausschließlich darin, dazu einen Beitrag zu leisten. Wir sind weder Opfer noch Mittelpunkt des Systems. Natürlich haben auch wir Fehlentwicklungen mitverursacht. Natürlich müssen wir uns selbstkritisch fragen, wo wir ökonomischen Fehlanreizen gefolgt sind. Aber wer die Krise des Gesundheitswesens auf ärztliches Verhalten reduziert, verwechselt Symptome mit Ursachen, zumal wir die politischen Rahmenbedingungen unseres Handelns nicht selbst gesetzt haben.

Schwerkranke im Nachteil

Die eigentliche Frage lautet: Wofür verwenden wir die knappen Ressourcen unseres Gesundheitssystems? Wir behandeln selbstverständlich die Schwer-

sie in den Praxen keinen Termin finden oder nicht warten möchten. Gleichzeitig warten schwer erkrankte Menschen auf genau dieselben Ressourcen.

Realitätsverlust der Politik

Das System ist nicht deshalb überlastet, weil Ärztinnen und Ärzte zu wenig arbeiten. Es ist überlastet, weil wir knappe Kapazitäten permanent für Aufgaben verwenden, die mit guter Medizin vielfach nur noch am Rande zu tun haben.

Eine der Antworten der Politik lautet derzeit: Termingarantie. Das ist entweder Populismus oder kommt einer intellektuellen Selbstaufgabe gleich. In einem Essay dürfen diese Gedanken ausnahmsweise so ausgesprochen werden. Denn: Probleme kritischer Infrastrukturen werden nicht durch Anordnung gelöst. Sonst wäre die Bahn stets pünktlich, Brücken würden sich von selbst sanieren und fehlende Pflegekräfte erschienen per Gesetz jeden Tag trotz Burn-out zur Arbeit. Komplexe Systeme lassen sich nicht durch politische Wünsche steuern. Sie folgen eigenen Gesetzmäßigkeiten. Wer Mathematik ignoriert, verliert gegen die Mathematik, und wer Kapazitäten ignoriert, verliert gegen die Realität.

„Es ist ungemütlich geworden im deutschen Gesundheitssystem. Und dieser Ort wird noch kälter werden. Viele, die das System am Laufen halten, denken darüber nach, diesen Ort zu verlassen.“

kranken. Aber wir verbringen nicht nur Unmengen an Zeit mit Bürokratie, statt mit Zuwendung, wir verbringen unzählige Stunden mit Bagatellerkrankungen, dem Wunsch nach Dritt, Viert- und Fünftmeinungen, Attestwünschen, Bescheinigungen für Krankenkassen, Arbeitsagenturen, Versicherungen oder Behörden. Wir schieben uns Patientinnen und Patienten gegenseitig zu, weil niemand mehr Kapazitäten hat. Menschen landen ohne zwingenden medizinischen Grund in Notaufnahmen, weil

Natürlich verstehe ich den politischen Reflex. Wahlen sind leichter mit Versprechen als mit Zumutungen zu gewinnen. Ein Gesundheitssystem ist aber nicht populistisch reparierbar. Es braucht Analyse statt Schlagworte. Ursachenforschung statt Symbolpolitik. Und vor allem den Mut, Prioritäten auszusprechen. Genau davor drücken wir uns seit Jahren.

Solange organisieren wir den Mangel gegeneinander: Krankenhäuser gegen Praxen. Hausärzte gegen Fachärzte. Fachärzte gegeneinander. Notaufnah-

men gegen den ambulanten Bereich. Krankenkassen gegen diejenigen, die die Leistung erbringen. Und ganz aktuell: Politik gegen alle. Mittendrin stehen die Patientinnen und Patienten, die längst den Eindruck gewonnen haben, jemand müsse endlich seinen Job besser machen.

Ton wird rauer

Dabei erleben wir täglich etwas ganz anderes. Die Beschwerden an den Rezeptionen nehmen zu. Der Ton wird rauer. Aus Unzufriedenheit werden Beschimpfungen. Aus Beschimpfungen werden Drohungen. Immer häufiger kommt es sogar zu körperlicher Gewalt gegen medizinisches Personal. Auffällig werden dabei fast nie die Schwerkranken. Gerade Menschen mit schweren neurologischen Erkrankungen begegnen uns oft mit Geduld, Verständnis und Dankbarkeit. Die Eskalationen erleben wir viel häufiger dort, wo Ansprüche auf ein System treffen, das seine Grenzen längst erreicht hat.

Vielleicht erzählt das auch etwas über unsere Gesellschaft. Wir erleben den Verlust von Solidarität nicht nur im Gesundheitswesen. Rettungskräfte werden im Einsatz angegriffen. Feuerwehrleute beleidigt. Lehrer bedroht. Überall scheint der Gedanke zu verschwinden, dass knappe Ressourcen gemeinsam getragen werden müssen.

Auch wir Ärztinnen und Ärzte dürfen uns dabei nichts vormachen. „Die Ärzteschaft“ gibt es genauso wenig wie „die Politik“ oder „die Ökonomie“. Hinter diesen Begriffen stehen Menschen mit unterschiedlichen Interessen, Zwängen und Fehlanreizen. Ja, es wird zu viel operiert. Ja, es gibt Eingriffe, die eher wirtschaftlich als medizinisch indiziert sind. Ja, wirtschaftliche Anreize haben Fehlentwicklungen begünstigt. Genau deshalb braucht Gesundheitspolitik keine staatsmedizinischen Eingriffe. Das hat schon mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) nicht funktioniert, wie die Politik selbst eingeräumt hat. Aber niemand anderes als die Politik hat das TSVG beschlossen. Auch große Teile der aktuellen Gesundheitsreformen sind ein Scheitern mit Ansage, weil sie die Realitäten ignorieren und eine sorgfältige Analyse vermeiden. Wir brauchen Steuerung mit klaren und

transparenten Priorisierungsregeln und bessere Rahmenbedingungen.

Menschen handeln innerhalb der Regeln, die ein System setzt. Werden Fehlanreize belohnt, entstehen Fehlentwicklungen. Nicht weil die Menschen schlechter geworden sind. Sondern weil das System sie geradezu dazu einlädt, weil sie sich innerhalb der Systemgrenzen rational verhalten.

Ich erinnere mich an einen früheren Gesundheitsminister. Als ich mit ihm während der Fahrt eines Flughafenbusses über genau solche Fehlentwicklungen sprach, wies er mich augenzwinkernd darauf hin, dass ich doch nicht wollen könne, dass der Staat die Selbstverwaltung abschaffe und das Ruder übernehme. Damit hatte er natürlich Recht. Staatsmedizin wird die Probleme nicht lösen. Das hat noch nie funktioniert.

Mut zu echten Reformen

Diese Warnung darf keine Ausrede sein, notwendige Reformen immer weiter aufzuschieben. Was wir derzeit erleben, ist häufig keine Strukturreform, sondern haushaltspolitische Mangelverwaltung mit dem Rasenmäher. Politik muss Anreize setzen, nicht Schuldige suchen. Und nochmals: Sie muss endlich den Mut haben, über Priorisierung zu sprechen. Denn Priorisierung bedeutet nicht, den Wert von Menschen infrage zu stellen. Sie bedeutet, knappe Ressourcen zuerst dort einzusetzen, wo sie den größten medizinischen Nutzen entfalten. Auch die ärztliche Selbstverwaltung wird sich daran messen lassen müssen. Sie kann nicht jede Fehlentwicklung reflexhaft verteidigen. Maßstab kann nur eine gute Versorgung sein, orientiert am objektiven medizinischen Bedarf. Die neurologisch-psychiatrischen Berufsverbände und die Deutsche Gesellschaft für Neurologie sind bereit, diesen Weg mitzugehen.

Diese Ausgabe des NeuroTransmitter versucht genau das: Konflikte zu analysieren, Zusammenhänge zu verstehen und Medizin und Ökonomie nicht gegeneinander auszuspielen. Die meisten Beiträge sind bewusst sachlich, ausgewogen und lösungsorientiert gehalten. Dieser Beitrag macht eine kurze Ausnahme. Er ist emotional und lässt die Luft raus, weil die Luft einfach mal raus muss. Denn das Problem unseres Gesundheits-

wesens ist nicht, dass uns das Geld ausgeht. Das Problem ist, dass wir den Mut verloren haben, offen über Grenzen, Verantwortung und Prioritäten zu sprechen. Solange das so bleibt, werden wir weiter Symptome bekämpfen, während die Krankheit fortschreitet.

Es ist ungemütlich geworden im deutschen Gesundheitssystem und dieser Ort wird noch kälter werden. Viele, die das System am Laufen halten, denken darüber nach, diesen Ort zu verlassen. Liebe Politikerinnen und Politiker, lasst dies nicht zu. Redet mit uns!

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich

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.

Versorgung neu denken

Kompass für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem

Die Gesundheitspolitik steht vor tiefgreifenden Reformen. Krankenhausreform, Ambulantisierung, Patientensteuerung, Digitalisierung, Finanzierungsreformen und Fachkräftemangel verändern die medizinische Versorgung grundlegend. Für die Berufsverbände BDN, BVDN und BVDP geht es hierbei nicht um Einzelthemen, Reformen müssen als Teil eines zusammenhängenden Versorgungssystems verstanden und konsequent am medizinischen Bedarf der Patientinnen und Patienten ausgerichtet werden.

Kaum ein gesundheitspolitisches Vorhaben hat die Diskussion der vergangenen Monate so geprägt wie das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz. Dessen eigentliches Novum liegt weniger in einzelnen Vergütungsregelungen als in einem grundlegenden Perspektivwechsel: Die Entwicklung der Gesundheitsausgaben soll systematisch an die Einnahmen der ge-

setzlichen Krankenversicherung (GKV) gekoppelt werden. Damit droht sich der Ausgangspunkt gesundheitspolitischen Handelns zu verschieben. Nicht mehr der objektive medizinische Versorgungsbedarf bestimmt, welche Ressourcen das System benötigt, sondern der verfügbare finanzielle Rahmen definiert immer häufiger, welche Versorgung möglich sein soll.

Der Ausgangspunkt ist durchaus nachvollziehbar, denn die GKV steht unter erheblichem finanziellem Druck. Demografischer Wandel, steigende Morbidität, medizinischer Fortschritt und eine wachsende Inanspruchnahme treffen auf begrenzte Einnahmen. Zugleich können steigende Beiträge weder Versicherten noch Arbeitgebern unbegrenzt zugemutet werden. Die langfris-



© vm. / Getty Images / iStock (Symbolbild mit Fotomodellen)

Die Verbände bringen sich bei der Weiterentwicklung eines leistungsfähigen, solidarischen Gesundheitssystems konstruktiv ein.

tige Stabilisierung der GKV gehört daher zweifellos zu den zentralen gesundheitspolitischen Aufgaben der kommenden Jahre.

Es braucht deshalb eine offene Debatte darüber, wie vorhandene Ressourcen verantwortungsvoll eingesetzt werden können. Ein solidarisch finanziertes Gesundheitssystem kann nicht jede medizinisch denkbare Leistung unabhängig von ihrem Nutzen und nicht jede Form der Inanspruchnahme unbegrenzt ermöglichen. Es muss Prioritäten setzen, ineffiziente Strukturen abbauen und Versorgung besser organisieren. Die entscheidende Frage lautet daher nicht, ob Wirtschaftlichkeit und finanzielle Tragfähigkeit berücksichtigt werden müssen, sondern von welchem Ausgangspunkt aus dies geschieht.

Aus Sicht der Berufsverbände muss dieser Ausgangspunkt der objektive medizinische Bedarf der Patientinnen und Patienten bleiben. Menschen erkranken nicht gemäß der Einnahmenentwicklung der GKV. Auch Morbidität, demografische Veränderungen und medizinischer Fortschritt folgen keiner Grundlohnsumme. Finanzierung kann deshalb nicht losgelöst vom tatsächlichen Versorgungsbedarf geplant werden. Sie muss gewährleisten, dass notwendige Versorgung erbracht werden kann, und zugleich Anreize setzen, Ressourcen wirksam und verantwortungsvoll einzusetzen.

Eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik kehrt diese Logik um. Wenn der finanzielle Rahmen unabhängig von der Entwicklung des Versorgungsbedarfs festgelegt wird, entsteht eine Versorgungslücke, sobald Krankheitslast und Behandlungsmöglichkeiten schneller wachsen als die Einnahmen. Diese Lücke verschwindet nicht, nur weil sie gesetzlich nicht benannt wird. Sie manifestiert sich vielmehr in längeren Wartezeiten, eingeschränkten Behandlungsmöglichkeiten, einer verstärkten Arbeitsverdichtung und letztlich in einer schleichenden Rationierung medizinischer Leistungen.

Für die Neurologie ist diese Entwicklung besonders wichtig. Neurologische Erkrankungen gehören bereits heute zu den häufigsten Ursachen für Behinderung, Pflegebedürftigkeit und langfristigen Behandlungsbedarf. Mit der Alte-

Sechs Leitprinzipien der Verbände

Berufsverbände und DGN folgen einem gemeinsamen Leitgedanken: Neurologische Versorgung sollte konsequent vom Bedarf der Patientinnen und Patienten ausgehen. Daraus ergeben sich sechs Leitprinzipien für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung:

1. Versorgung muss sich am objektiven medizinischen Bedarf orientieren – nicht an den Einnahmen.

Der Finanzierungsrahmen muss der Versorgung folgen und nicht umgekehrt.

2. Kapazitäten müssen dem Bedarf folgen.

Patientensteuerung kann vorhandene Ressourcen sinnvoller einsetzen, sie ersetzt aber weder fehlende Ärztinnen und Ärzte noch Behandlungskapazitäten oder eine auskömmliche Finanzierung. Gleichzeitig müssen personelle Ressourcen durch Delegation, Digitalisierung und effiziente Organisation bestmöglich genutzt werden.

3. Patientensteuerung folgt transparenten medizinischen Kriterien.

Der Zugang zur Versorgung sollte bedarfsorientiert, digital unterstützt, wissenschaftlich evaluiert und als lernendes System kontinuierlich weiterentwickelt werden. Strukturierte Ersteinschätzung, medizinische Priorisierung und qualifizierte Überweisungsprozesse sind geeigneter als bürokratische Zugangshürden.

4. Versorgung muss sektorenübergreifend gedacht werden.

Krankenhausreform, Ambulantisierung, Bedarfsplanung, Digitalisierung und Vergütung dürfen nicht getrennt betrachtet werden. Menschen erleben Versorgung – keine Sektoren.

5. Ein solidarisches Gesundheitssystem braucht Eigenverantwortung, Gesundheitskompetenz und Prävention.

Eine hochwertige Versorgung setzt nicht nur Solidarität voraus, sondern auch einen verantwortungsvollen Umgang mit den Ressourcen. Eine nachhaltige Gesundheitspolitik beginnt lange vor der Behandlung. Sie befähigt Menschen, Gesundheit zu erhalten und medizinische Ressourcen verantwortungsvoll zu nutzen.

6. Die Neurologie will Reformen aktiv mitgestalten.

Die neurologischen Fachgesellschaften und Berufsverbände verstehen sich als konstruktive Partner einer evidenzbasierten und patientenorientierten Gesundheitspolitik. Reformen sollten wissenschaftlich begleitet, an ihren Versorgungsergebnissen gemessen und kontinuierlich weiterentwickelt werden.

rung der Bevölkerung werden Demenzen, Parkinsonsyndrome, Schlaganfallfolgen und andere neurodegenerative Erkrankungen weiter an Bedeutung gewinnen. Gleichzeitig eröffnen neue diagnostische Verfahren und innovative Therapien Behandlungsmöglichkeiten, die noch vor wenigen Jahren nicht zur Verfügung standen. Der Versorgungsbedarf wächst daher nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ: Behandlungen werden wirksamer, zugleich aber häufig komplexer, betreuungsintensiver und organisatorisch anspruchsvoller.

Vor diesem Hintergrund haben sich BDN, BVDN und DGN gemeinsam gegen eine pauschale Kopplung der Versorgungsausgaben an die Einnahmenentwicklung der GKV ausgesprochen. Die

Kritik richtete sich dabei nicht gegen das Ziel finanzieller Stabilität, sondern gegen die Vorstellung, dieses Ziel könne im Wesentlichen dadurch erreicht werden, dass die Ausgaben der Leistungserbringer begrenzt werden, ohne die Ursachen der Finanzierungsprobleme und die Entwicklung des realen Versorgungsbedarfs ausreichend zu berücksichtigen.

Besonders deutlich wurde dieser Zielkonflikt am Beispiel der neurologisch-psychiatrischen Heimversorgung. Diese Versorgungsform wurde aufgebaut, um pflegebedürftige Menschen kontinuierlich fachärztlich vor Ort zu betreuen, belastende Transporte zu vermeiden und unnötige Krankenhausaufenthalte zu reduzieren. Die vorgesehene Budgetierung bislang extrabudgetär vergüteter Koope-

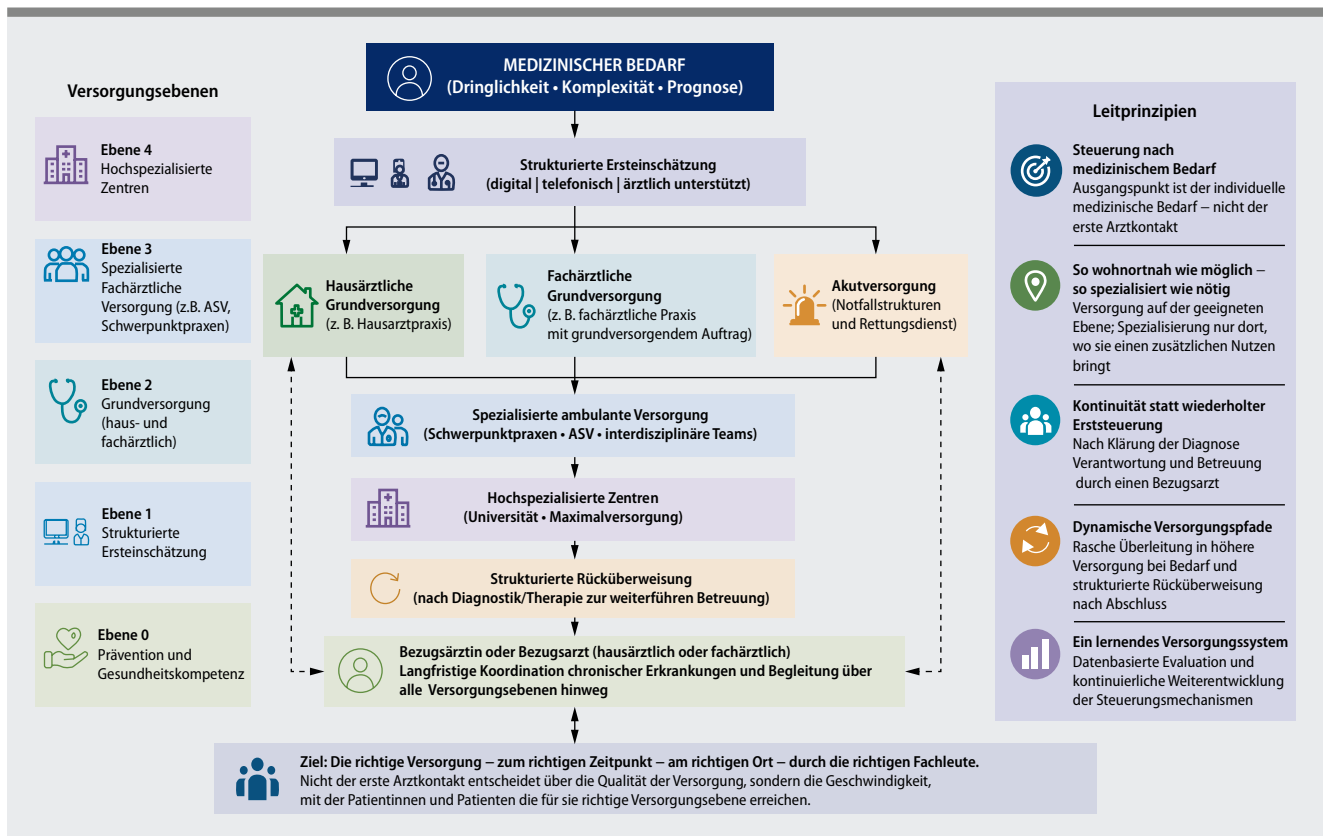


Abb. 1: Das Versorgungsebenenmodell einer bedarfsgerechten Patientensteuerung von DGN und Berufsverbänden

rationsleistungen hätte ausgerechnet jene Strukturen geschwächt, die medizinisch sinnvoll sind und zugleich zur Vermeidung höherer Folgekosten beitragen. Das Beispiel zeigt, wie kurzsichtig eine Ausgabenbegrenzung sein kann, die lediglich auf den unmittelbaren Vergütungsaufwand blickt, nicht aber auf den Nutzen einer Versorgungsstruktur für das Gesamtsystem.

Bedarfsorientierung bedeutet allerdings nicht, jede bestehende Struktur fortzuschreiben oder steigende Ausgaben ungeprüft hinzunehmen. Im Gegenteil: Weil Ressourcen begrenzt sind, müssen Leistungen, Strukturen und Versorgungswege konsequent auf ihren Nutzen überprüft werden. Ineffiziente Doppelstrukturen, vermeidbare Krankenhausaufenthalte, unnötige Bürokratie und fehlgeleitete Inanspruchnahme binden Mittel, die an anderer Stelle fehlen. Medizinischer Bedarf und Wirtschaftlichkeit sind daher keine Gegensätze. Wirtschaftlichkeit muss gleichwohl bedeuten, die vorhandenen Res-

sourcen so einzusetzen, dass sie möglichst viel gesundheitlichen Nutzen stiften – nicht, notwendige Versorgung unabhängig von der Krankheitslast zu begrenzen.

Damit reicht die Diskussion über das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz weit über Fragen der Honorarentwicklung hinaus. Sie berührt eine grundlegende Entscheidung: Soll sich Versorgung künftig primär an den Einnahmen der GKV orientieren, oder sollen Finanzierung und Organisation so gestaltet werden, dass sie dem medizinischen Bedarf möglichst wirksam folgen?

Finanzielle Tragfähigkeit ist dabei unverzichtbar. Sie darf jedoch nicht dadurch hergestellt werden, dass der Bedarf der Patientinnen und Patienten dem verfügbaren Budget angepasst wird. Nachhaltige Gesundheitspolitik muss beides miteinander verbinden: eine realistische Finanzierung der erforderlichen Versorgung und den konsequenten Anspruch, Ressourcen effizienter, zielgerichteter und wirksamer einzusetzen.

Patientensteuerung ist ein Versorgungsmodell

Kaum ein gesundheitspolitisches Thema wird derzeit so intensiv diskutiert wie die zukünftige Patientensteuerung. Dahinter steht eine richtige und essenzielle Erkenntnis: Ein Gesundheitssystem mit begrenzten personellen und finanziellen Ressourcen kann nur dann dauerhaft leistungsfähig bleiben, wenn Patientinnen und Patienten möglichst früh die Versorgung erhalten, die ihrem medizinischen Bedarf entspricht. Patientensteuerung ist deshalb kein Selbstzweck. Sie soll weder den Zugang erschweren noch einzelne Arztgruppen stärken oder schwächen. Ihr Ziel ist eine qualitativ bessere, bedarfsgerechte und effizient organisierte Versorgung.

Die aktuelle Diskussion beginnt indessen häufig an der falschen Stelle. Im Mittelpunkt steht meist die Frage, welche Arztgruppe den ersten Patientenkontakt übernehmen soll. Tatsächlich entscheidet aber nicht der erste Arztkontakt über die Qualität eines Versorgungs-

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.

systems, sondern die Fähigkeit, Patientinnen und Patienten entsprechend der Dringlichkeit, der Komplexität ihrer Erkrankung und der nötigen fachlichen Expertise möglichst früh auf die richtige Versorgungsebene zu führen.

Patientensteuerung ist deshalb weit mehr als ein Primärarztssystem. Sie beschreibt einen kontinuierlichen Versorgungspfad – von der ersten medizinischen Einschätzung über Diagnostik und Therapie bis zur langfristigen Betreuung chronisch erkrankter Menschen. Ziel ist nicht die Steuerung zu einer bestimmten Arztgruppe, sondern zur jeweils geeigneten Versorgungsebene. Aus diesem Verständnis heraus hat der BDN gemeinsam

hängig davon, ob der Zugang telefonisch, digital oder persönlich stattfindet. Standardisierte Steuerungsentscheidungen nutzen ärztliche Ressourcen effizienter und fördern die Gleichbehandlung, da identische medizinische Fragestellungen nach denselben Kriterien bewertet werden. Darüber hinaus lassen sich algorithmengestützte Steuerungssysteme anhand ihrer Versorgungsergebnisse wissenschaftlich gut evaluieren und kontinuierlich verbessern.

Auf Basis einer strukturierten Ersteinschätzung wird zur jeweils geeigneten Versorgungsebene zugeordnet – von der haus- oder fachärztlichen Grundversorgung über spezialisierte ambulante

steinschätzung, transparente Priorisierung, digitale Entscheidungsunterstützung und qualifizierte Überweisungsprozesse zu einem durchgängigen, wissenschaftlich evaluierten Versorgungspfad. Anders als ein klassisches Gatekeeper-Modell versteht sie Steuerung nicht als Zugangshürde, sondern als lernendes Instrument zur Verbesserung der Versorgung.

Kapazitäten dem objektiven Bedarf anpassen

Ein zentrales Ziel der aktuellen Reformen ist es, den Zugang zur medizinischen Versorgung zu verbessern. Kürzere Wartezeiten, verbindliche Termingarantien und eine stärkere Ambulantisierung stationärer Leistungen sollen dazu führen, dass Patientinnen und Patienten schneller und effizienter versorgt werden. Diese Zielsetzung ist ausdrücklich zu begrüßen. Sie wird allerdings nur dann erreichbar sein, wenn die dafür notwendigen Versorgungskapazitäten auch tatsächlich vorhanden sind.

Versorgung entsteht nicht durch gesetzliche Vorgaben allein. Sie entsteht dort, wo ausreichend qualifizierte Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, Therapeutinnen und Therapeuten sowie geeignete Versorgungsstrukturen verfügbar sind. Fehlen diese Ressourcen, lassen sich Wartezeiten oder regionale Versorgungsengpässe nicht durch organisatorische Maßnahmen beseitigen. Patientensteuerung kann vorhandene Kapazitäten besser nutzen, fehlende jedoch nicht ersetzen.

Dieses Spannungsfeld wird bei der Debatte um gesetzliche Termingarantien besonders deutlich. Für Patientinnen und Patienten klingt die Zusage eines zeitnahen Facharzttermins zunächst überzeugend. Tatsächlich entscheidet nicht das Gesetz über die Verfügbarkeit eines Termins, sondern die Zahl der vorhandenen Behandlungsmöglichkeiten. Ist die Nachfrage dauerhaft größer als das Angebot, ergibt sich auch durch eine Garantie kein zusätzlicher Termin. Vielmehr müssen vorhandene Termine anders verteilt werden. Ohne einen gleichzeitigen Ausbau der Versorgungskapazitäten droht die Erwartung einer Garantie mit der Versorgungsrealität zu kollidieren.

„Ärztliche Zeit ist die knappste Ressource des Gesundheitssystems.

Sie sollte dort eingesetzt werden, wo sie den größten medizinischen Nutzen stiftet. Diagnose, Therapie und schwierige klinische Abwägungen bleiben dabei ärztliche Kernaufgaben.“

mit den neurologischen Fachgesellschaften ein Versorgungsebenenmodell einer bedarfsgerechten Patientensteuerung entwickelt (Abb. 1). Ausgangspunkt ist dabei nicht die Organisationsstruktur des Gesundheitssystems, sondern der medizinische Bedarf der Patientinnen und Patienten.

Ein wesentlicher Unterschied zu den derzeit diskutierten Primärarztmodellen besteht darin, dass der Zugang zur Versorgung nicht zwingend durch eine Ärztin oder einen Arzt erfolgen muss. Denn viele Fragestellungen lassen sich heutzutage mithilfe standardisierter und wissenschaftlich validierter Entscheidungsalgorithmen strukturiert erfassen. Zudem können digitale Anamnesensysteme, KI-gestützte Entscheidungsunterstützung und standardisierte Ersteinschätzungen Dringlichkeit, Komplexität und den wahrscheinlichen Versorgungsbedarf transparent und reproduzierbar bewerten. Ärztliche Kompetenz wird dadurch keinesfalls ersetzt, sondern gezielt dort eingesetzt, wo sie für medizinische Entscheidungen, Diagnostik oder Therapie tatsächlich geboten ist. Ein solcher Ansatz schafft transparente Entscheidungskriterien, unab-

Strukturen bis hin zu hochspezialisierten Zentren oder der unmittelbaren Akutversorgung. Nach Diagnostik oder Therapie schließt sich eine strukturierte Rücküberweisung an. Die langfristige Koordination übernehmen anschließend entsprechend fachlich geeignete Bezugssärztinnen oder Bezugssärzte. Diese können – je nach Krankheitsbild – haus- oder fachärztlich sein. Gerade bei chronischen neurologischen Erkrankungen liegt diese koordinierende Verantwortung häufig über viele Jahre in der neurologischen Facharztpraxis.

Angesichts dessen müssen auch die aktuellen Vorschläge für ein Primärarztssystem bewertet werden. Das Ziel der Bundesregierung, den Zugang zur Versorgung besser zu strukturieren, ist richtig. Die derzeit diskutierten Modelle konzentrieren sich jedoch zu stark auf den ersten Arztkontakt. Ein verpflichtender hausärztlicher Erstkontakt verbessert die Patientensteuerung nicht automatisch und kann zur Verlagerung von Wartezeiten führen. Entscheidend ist deshalb weniger, wer den ersten Kontakt übernimmt, sondern wie dieser organisiert wird. Eine moderne Patientensteuerung verbindet strukturierte Er-

Ähnliches gilt für die Ambulantisierung. Der medizinische Fortschritt ermöglicht es heute, zahlreiche Eingriffe und Behandlungen ambulant durchzuführen, die früher einen stationären Aufenthalt erforderten. Diese Entwicklung ist grundsätzlich sinnvoll. Ambulante Versorgung ist für viele Patientinnen und Patienten wohnortnäher, häufig weniger belastend und oftmals auch wirtschaftlicher. Ambulantisierung bedeutet dabei nicht, dass Behandlungsbedarf verschwindet. Er verlagert sich. Leistungen, die bislang im Krankenhaus erbracht wurden, müssen künftig ambulant in gleicher Qualität und mit den dafür angezeigten personellen, organisatorischen und technischen Ressourcen erbracht werden.

Vor allem die Neurologie verdeutlicht diesen Trend. Innovative Immuntherapien, komplexe Infusionsbehandlungen, strukturierte Demenzdiagnostik, neurogenetische Diagnostik oder die langfristige Betreuung chronisch neurologisch erkrankter Menschen stellen hohe An-

Kapazitätsentwicklung bedeutet somit zweierlei: Zum einen müssen ausreichend personelle und finanzielle Ressourcen bereitgestellt werden. Zum anderen müssen Ressourcen effizient eingesetzt werden. Beides gehört untrennbar zusammen. Weder lassen sich strukturelle Defizite allein durch mehr Geld lösen, noch können organisatorische Verbesserungen fehlende Behandlungskapazitäten vollständig kompensieren.

Hinzu kommt eine weitere Entwicklung: Der medizinische Versorgungsbedarf wächst kontinuierlich. Der demografische Wandel führt zu einer steigenden Zahl älterer und multimorbider Patientinnen und Patienten. Des Weiteren eröffnen neue diagnostische Verfahren und innovative Therapien Behandlungsmöglichkeiten, die zusätzliche personelle und organisatorische Ressourcen erfordern. Dies gilt insbesondere für neurologische Erkrankungen, deren Prävalenz in den kommenden Jahrzehnten weiter zunehmen wird. Die He-

„Versorgung muss vom Bedarf der Patientinnen und Patienten her gedacht werden und nicht über sektorale Verwaltungseinheiten.“

forderungen an Personal, Infrastruktur und Koordination. Zugleich übernimmt die ambulante Neurologie mehr und mehr Aufgaben, die früher überwiegend stationär erbracht wurden. Ambulantisierung ist deshalb nur dann erfolgreich, wenn die ambulanten Strukturen entsprechend mitwachsen.

Dabei wird sehr häufig übersehen, dass Kapazität nicht allein durch zusätzliche Ärztinnen und Ärzte zustande kommt, sondern ebenso durch eine intelligente Organisation der Versorgung. Multiprofessionelle Teams, spezialisierte Pflegekräfte, Physician Assistants, therapeutische Berufe und digitale Unterstützung können dazu beitragen, vorhandene Ressourcen noch wesentlich wirksamer einzusetzen. Wo dies medizinisch sinnvoll ist, sollten Aufgaben delegiert oder durch standardisierte Prozesse unterstützt werden. So resultieren zusätzliche Freiräume für jene Tätigkeiten, die ärztliche Kompetenz zwingend voraussetzen.

rausforderung besteht deshalb nicht nur darin, mehr Kapazitäten zu schaffen, sondern diese dort aufzubauen, wo der medizinische Bedarf tatsächlich entsteht.

Wer den Zugang zur Versorgung verbessern möchte, muss gleichzeitig die dafür erforderlichen Voraussetzungen schaffen. Dazu gehören eine bedarfsgerechte Vergütung, attraktive Arbeitsbedingungen, weniger Bürokratie, sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen und eine an der Krankheitslast orientierte Bedarfsplanung.

Mathematik lässt sich nicht politisch überlisten. Wo dauerhaft mehr Leistungen nachgefragt als erbracht werden können, entstehen zwangsläufig Wartezeiten. Politik kann Patientenströme verändern, Zuständigkeiten neu ordnen oder Termine priorisieren. Zusätzliche Versorgung entsteht jedoch erst, wenn ausreichend personelle Ressourcen vorhanden sind und diese zugleich möglichst wirksam eingesetzt werden.

Versorgungspfade statt Sektorengrenzen

Gesundheitspolitik darf nicht in Sektoren planen, Patientinnen und Patienten brauchen durchgängige Versorgungspfade. Kaum ein Satz beschreibt die Herausforderung der aktuellen Reformen treffender. Für Patientinnen und Patienten beginnt eine Erkrankung nicht im ambulanten oder stationären Bereich. Sie erleben einen individuellen Krankheitsverlauf – von den ersten Symptomen über Diagnostik und Therapie bis hin zu Rehabilitation, Pflege oder langfristiger Begleitung. Das Gesundheitssystem organisiert diese Versorgung bis heute weitgehend entlang sektoraler Zuständigkeiten, unterschiedlicher Finanzierungslogiken und rechtlicher Grenzen. Diese Diskrepanz prägt nahezu alle aktuellen Reformvorhaben. Krankenhausreform, Ambulantisierung, Patientensteuerung, Bedarfsplanung und Vergütung werden häufig als voneinander unabhängige politische Projekte behandelt. Tatsächlich beschreiben sie unterschiedliche Stellschrauben desselben Versorgungssystems. Keine dieser Reformen wirkt isoliert. Jede verändert zwangsläufig die Voraussetzungen für die anderen.

Die Krankenhausreform verdeutlicht diesen Zusammenhang anschaulich. Werden zusätzliche Diagnostik, komplexe Therapien, koordinierte Nachsorge und langfristige Betreuung vermehrt ambulant erbracht, verändern sich zugleich die Anforderungen an Bedarfsplanung, Vergütung und Personal. Ambulantisierung ist deshalb keine Krankenhausreform allein, sondern betrifft das ganze Versorgungssystem.

Auch eine veränderte Patientensteuerung wirkt auf alle Versorgungsebenen. Hausärztliche, fachärztliche und spezialisierte Angebote müssen darum gemeinsam geplant werden. Es genügt nicht, einzelne Reformen nacheinander umzusetzen. Wegen der zwangsläufigen wechselseitigen Effekte müssen Krankenhausplanung, ambulante Bedarfsplanung, Vergütung, Digitalisierung, Patientensteuerung und Personalentwicklung von Beginn an gemeinsam gedacht werden. Gesundheitspolitik braucht weniger sektorale Einzelreformen als vielmehr ein integriertes Gesamtkonzept.

Speziell in der Neurologie wird die Bedeutung solcher Versorgungspfade deutlich. Menschen mit Multipler Sklerose, Morbus Parkinson, Epilepsie, Demenzen oder nach einem Schlaganfall wechseln im Verlauf ihrer Erkrankung wiederholt zwischen unterschiedlichen Versorgungsbereichen. Ambulante Diagnostik, stationäre Behandlung, Rehabilitation, Heil- und Hilfsmittelversorgung, Pflege sowie sozialmedizinische Begleitung bilden dabei keinen linearen Ablauf, sondern einen individuellen Versorgungspfad. Die Qualität der Versorgung entscheidet sich häufig nicht innerhalb der einzelnen Sektoren, sondern an ihren Übergängen.

Sektorenübergreifende Versorgungsformen belegen bereits heute, dass ein anderer Weg gangbar ist. Die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) verbindet ambulante und stationäre Expertise, organisiert komplexe Krankheitsbilder interdisziplinär und orientiert sich am tatsächlichen Versorgungsbedarf der Patientinnen und Patienten. Sie steht beispielhaft für eine Entwicklung, die weit über die ASV hinausweist: weg von institutionellen Zuständigkeiten, hin zu patientenorientierten Versorgungspfaden.

Dabei eröffnet die fortschreitende Digitalisierung neue Möglichkeiten. Elektronische Patientenakten, interoperable Informationssysteme, digitale Kommunikation und KI-gestützte Entscheidungsunterstützung können sektorale Grenzen überwinden und Informationen dort verfügbar machen, wo sie für die Versorgung benötigt werden. Digitalisierung ist also weit mehr als die Einführung neuer Technologien. Sie ist eine Voraussetzung dafür, Versorgungspfade über Institutionsgrenzen hinweg zu organisieren und Brüche im Behandlungsverlauf zu vermeiden.

Für die Zukunft bedeutet dies einen grundlegenden Perspektivwechsel. Ausgangspunkt gesundheitspolitischer Planung sollte nicht länger die Organisation einzelner Institutionen sein, sondern der Versorgungsweg der Patientinnen und Patienten. Finanzierung, Kapazitätsplanung, Patientensteuerung, Digitalisierung und Qualitätssicherung müssen sich an diesem Versorgungspfad orientieren. Nur wenn Reformen konse-

quent von den Patientinnen und Patienten her gedacht werden, können sie ihre Wirkung entfalten.

Effizienz schafft Zeit für Zuwendung

Die Diskussion über die Zukunft des Gesundheitssystems wird häufig auf Finanzierungsfragen reduziert. Doch in vielen Bereichen ist qualifizierte ärztliche Arbeitszeit der eigentliche Engpass. Angesichts des demografischen Wandels mit steigendem Versorgungsbedarf, dem Ausscheiden vieler erfahrener Ärztinnen und Ärzte und zu wenigen Nachwuchskräften kommt es darauf an, die vorhandene ärztliche Kompetenz tunlichst wirksam einzusetzen.

Effizienz beginnt dort, wo ärztliche Zeit konsequent für jene Aufgaben genutzt wird, die tatsächlich ärztliche Expertise erfordern. Viele organisatorische Tätigkeiten, standardisierte Abläufe und administrative Prozesse können heute durch digitale Systeme unterstützt oder

Die Digitalisierung eröffnet außerdem neue Möglichkeiten. Künstliche Intelligenz kann Anamnesen strukturieren, Vorbefunde zusammenführen, Routinedokumentationen unterstützen oder auf relevante Befunde hinweisen. Digitale Assistenzsysteme werden ärztliche Entscheidungen nicht ersetzen. Sie können Informationen schneller verfügbar machen, administrative Tätigkeiten reduzieren und dadurch die Qualität und Effizienz der Versorgung verbessern. Angesichts der wachsenden Komplexität neurologischer Erkrankungen liegt hierin ein erhebliches Potenzial.

Ebenso wichtig ist der konsequente Abbau unnötiger Bürokratie. Ärztliche Arbeitszeit wird heute in erheblichem Umfang durch Dokumentationspflichten, Doppelstrukturen, Bescheinigungen, Genehmigungsverfahren und sozialrechtliche Aufgaben gebunden. Viele dieser Tätigkeiten leisten keinen unmittelbaren Beitrag zur medizinischen Versorgung. Jede Stunde, die für vermeid-

„Effizienz ist kein Selbstzweck. Sie schafft Zeit für das, was Medizin im Kern ausmacht: ärztliche Zuwendung, klinische Verantwortung und die gemeinsame Entscheidungsfindung mit den Patientinnen und Patienten.“

an entsprechend qualifizierte Berufsgruppen delegiert werden. Delegation bedeutet dabei keinen Qualitätsverlust. Im Gegenteil: Richtig eingesetzt verbessert sie die Versorgung, weil jede Berufsgruppe ihre jeweilige Kompetenz optimal einbringen kann.

Die Neurologie verfügt bereits heute über zahlreiche erfolgreiche Beispiele. Spezialisierte MS Nurses, Parkinson Nurses, Epilepsiefachassistenten, Physician Assistants sowie multiprofessionelle Teams übernehmen definierte Aufgaben in Beratung, Schulung, Verlaufskontrolle und Koordination. Sie entlasten die ärztliche Tätigkeit, ohne sie zu ersetzen. Ärztinnen und Ärzte gewinnen dadurch Zeit für komplexe diagnostische Fragestellungen, schwierige Therapieentscheidungen, interdisziplinäre Abstimmungen und persönliche Gespräche mit ihren Patientinnen und Patienten.

bare Verwaltung aufgewendet werden muss, fehlt für Diagnostik, Therapie oder das Gespräch mit den Patientinnen und Patienten. Effizienz darf folglich nicht mit Rationalisierung verwechselt werden. Ihr Ziel ist nicht, immer mehr Patientinnen und Patienten in immer kürzerer Zeit zu behandeln. Effizienz bedeutet vielmehr, die vorhandenen personellen und organisatorischen Ressourcen so einzusetzen, dass sie den größtmöglichen gesundheitlichen Nutzen entfalten. Sie schafft Freiräume für Qualität anstatt Taktverdichtung.

Gerade in der Neurologie ist dieser Gedanke überaus wichtig. Neurologische Erkrankungen sind häufig chronisch, komplex und betreffen nicht nur einzelne Organsysteme, sondern den gesamten Menschen. Gute neurologische Versorgung braucht Zeit für sorgfältige Diagnostik, gemeinsame Therapieentscheidungen, die Begleitung chronischer

Erkrankungen und nicht zuletzt für Gespräche mit Angehörigen. Diese Zeit entsteht nicht durch zusätzliche Bürokratie oder neue Steuerungsinstrumente, sondern durch die intelligentere Organisation vorhandener Ressourcen.

Effizienz und Menschlichkeit stehen nicht im Widerspruch. Sie bedingen einander. Je besser Routineaufgaben delegiert, digital unterstützt oder automatisiert werden, desto mehr Zeit bleibt für das, was Medizin im Kern ausmacht: klinische Verantwortung, ärztliche Erfahrung, individuelle Entscheidungen und menschliche Zuwendung. Effiziente Ver-

sorgung sind keine Gegensätze, sie ergänzen einander.

Gesundheitskompetenz umfasst weit mehr als medizinisches Wissen. Sie beschreibt die Fähigkeit, gesundheitliche Informationen zu verstehen, Risiken realistisch einzuschätzen, Präventionsangebote wahrzunehmen, den Umgang mit einer chronischen Erkrankung aktiv mitzugestalten und sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden. Menschen mit hoher Gesundheitskompetenz treffen häufig informiertere Entscheidungen, nehmen Vorsorgeangebote eher wahr und können Behandlungen besser mit-

„Nicht jede Aufgabe muss von Ärztinnen und Ärzten erledigt werden. Aber jede Aufgabe, die nur Ärztinnen und Ärzte erledigen können, sollte auch ihre uneingeschränkte Aufmerksamkeit erhalten.“

sorgung setzt ärztliche Zeit dort ein, wo sie den größten Nutzen für Patientinnen und Patienten stiftet. Darin liegt eine zentrale gesundheitspolitische Aufgabe der kommenden Jahre.

Gesundheitskompetenz, Prävention, Eigenverantwortung

Keine Reform des Gesundheitssystems wird dauerhaft erfolgreich sein, wenn sie ausschließlich die Strukturen der Versorgung ändert. Ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem benötigt nicht nur leistungsfähige Versorgungsangebote, sondern auch eine Bevölkerung, die in der Lage ist, Gesundheit aktiv mitzugestalten. Gesundheitskompetenz, Prävention und Eigenverantwortung sind keine Randthemen. Sie gehören zu den zentralen Voraussetzungen eines solidarisch finanzierten Gesundheitssystems.

Solidarität bedeutet, dass die Gemeinschaft für Krankheit und gesundheitliche Risiken einsteht. Sie bedeutet nicht, dass jede Form der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen gleichermaßen sinnvoll oder nötig ist. Ein verantwortungsvoller Umgang mit den gemeinsamen Ressourcen setzt voraus, dass Prävention genutzt, Gesundheitskompetenz gefördert und medizinische Leistungen dort beansprucht werden, wo sie tatsächlich gebraucht werden. Solidarität und Eigenverantwortung

tragen. Dies verbessert nicht nur die individuelle Gesundheit, sondern trägt auch zu einer sinnvolleren Nutzung der vorhandenen Versorgungsressourcen bei.

Prävention ist die nachhaltigste Form von Gesundheitspolitik. Jede verhinderte Erkrankung, jeder vermiedene Schlaganfall und jede hinausgezögerte Demenz zieht vor allem weniger Leid für die Betroffenen nach sich. Außerdem werden dadurch erhebliche personelle und finanzielle Ressourcen frei, die anderen Patientinnen und Patienten zugutekommen können. Prävention ist deshalb nicht nur eine gesundheitspolitische Investition, sondern auch eine Investition in die Zukunftsfähigkeit eines solidarischen Gesundheitssystems.

Welches Potenzial hier existiert, verdeutlicht die Neurologie eindrucksvoll. Bewegung, Blutdruckkontrolle, Rauchverzicht, gesunde Ernährung, Diabetestherapie, ausreichender Schlaf, soziale Teilhabe und geistige Aktivität gehören zu den wichtigsten beeinflussbaren Faktoren für die Prävention neurologischer Erkrankungen. Parallel eröffnet die moderne Neurologie immer mehr Möglichkeiten, Erkrankungen früher zu erkennen und ihren Verlauf positiv zu beeinflussen. Prävention beginnt schließlich lange vor der eigentlichen Behandlung und begleitet viele Patientinnen und Patienten über den gesamten Krankheitsverlauf.

Eigenverantwortung meint ausdrücklich nicht, Verantwortung auf die Patientinnen und Patienten abzuwälzen oder Erkrankungen zu individualisieren. Gesundheit wird wesentlich durch soziale, berufliche und gesellschaftliche Rahmenbedingungen beeinflusst. Eigenverantwortung kann deshalb nur dort erwartet werden, wo Menschen die Voraussetzungen erhalten, informierte Entscheidungen zu treffen. Gesundheitskompetenz zu fördern ist daher ebenso eine Aufgabe der Politik, der Bildungseinrichtungen und der Gesundheitsberufe wie der Krankenkassen und der Selbstverwaltung.

Ein modernes Gesundheitssystem sollte nicht erst reagieren, wenn Krankheiten entstanden sind. Es sollte Menschen befähigen, ihre Gesundheit lange zu erhalten und die Behandlung chronische Erkrankungen aktiv mitzugestalten. Patientensteuerung beginnt somit nicht erst mit dem ersten Arztkontakt, vielmehr dann, wenn Menschen lernen, gesundheitliche Risiken einzuordnen, Warnzeichen richtig zu bewerten und die vorhandenen Versorgungsangebote angemessen zu nutzen. Aus Sicht aller Verbände gehört dieser präventive Ansatz untrennbar zu einer bedarfsorientierten Gesundheitsversorgung. Jede vermiedene Erkrankung verbessert nicht nur die individuelle Lebensqualität, sondern schafft zugleich Freiräume für diejenigen, die auf medizinische Hilfe angewiesen sind. Prävention, Gesundheitskompetenz und Eigenverantwortung sind keine Ergänzungen der Versorgungspolitik – sie sind ein integraler Bestandteil einer nachhaltigen Gesundheitsstrategie.

Fazit für die Praxis

Zukunftsfähige Gesundheitspolitik muss Finanzierung, Patientensteuerung, Kapazitätsplanung, sektorenübergreifende Versorgung, Ressourcennutzung sowie Prävention und Gesundheitskompetenz zusammenführen. Maßstab bleibt der medizinische Bedarf der Patientinnen und Patienten. An der Weiterentwicklung eines leistungsfähigen und solidarischen Gesundheitssystems werden sich die Verbände weiterhin konstruktiv beteiligen.

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich

Offener Brief

Über Medizin berichten: Narrative und kurzzeitige Lösungen hinterfragen

Die gesundheitspolitische Debatte wird von scheinbar einfachen Erklärungen und Narrativen geprägt. Doch ein komplexes Versorgungssystem trägt keine einfachen Wahrheiten. Mit diesem offenen Brief wenden sich die Vorsitzenden von BDN, BVDN und BVDP an Journalistinnen und Journalisten – mit der Bitte, genauer hinzusehen, Begriffe zu hinterfragen und politische Lösungen auf ihre tatsächlichen Folgen zu prüfen.

Liebe Journalistinnen und Journalisten, liebe ärztliche Kolleginnen und Kollegen in den Redaktionen,

Kaum ein Politikfeld ist so komplex wie das des Gesundheitswesens. Wer Gesundheitspolitik begleitet, muss sich zeitgleich mit Medizin, Ökonomie, Sozialrecht, Statistik, Ethik und föderalen Strukturen auseinandersetzen – und das unter erheblichem Zeitdruck. Wir schreiben Ihnen nicht, um Ihre Arbeit zu kritisieren, sondern um Sie einzuladen, mit uns genauer hinzuschauen. Dieser Brief ist keine Bitte um wohlwollende Berichterstattung. Kritischer Journalismus ist unverzichtbar – und sollte auch die Ärzteschaft nicht schonen. Aber wir wünschen uns, dass wir Begriffe hinterfragen, Mechanismen erklären und politische Versprechen nicht nur danach beurteilen, wie gut sie klingen, sondern ob sie unter den gegebenen Rahmenbedingungen funktionieren können. Denn in der öffentlichen Debatte haben sich Narrative verselbstständigt. Manche Begrifflichkeiten werden so häufig wiederholt, dass kaum noch infrage gestellt wird, ob sie das eigentliche Problem beschreiben. Politik, Verbände, Krankenkassen, Wissenschaft und auch wir Ärztinnen und Ärzte liefern solche Narrative. Journalismus muss sie aufgreifen – sollte sie aber nicht unkritisch übernehmen.

Wenn Wirtschaftsexperten vorrechnen, dass Deutschland besonders viel Geld für Gesundheit ausgibt ...

... dann fragen Sie bitte, was diese Zahl eigentlich beweist. Deutschland gibt im internationalen Vergleich tatsächlich besonders viel Geld für Gesundheit aus. Häufig folgt der Hinweis, die Menschen seien deshalb nicht gesünder oder hätten keine höhere Lebenserwartung als in Ländern mit geringeren Ausgaben. Dahinter steckt das Narrativ: „Mehr Geld für das Gesundheitssystem = mehr Gesundheit“. Die Schlussfolgerung ist jedoch oft zu einfach. Gesundheit entsteht nicht durch das Gesundheitssystem. Sie ist bedingt durch Bildung, Einkommen, soziale Sicherheit, Ernährung, Bewegung, Tabak- und Alkoholkonsum, Umweltfaktoren, Wohnverhältnisse, Prävention und das eigene Verhalten. Das Gesundheitssystem beeinflusst diese Größen nur begrenzt. Seine Aufgabe ist es vor allem, Krankheiten zu erkennen und zu behandeln, Leiden zu lindern und Behinderung zu vermeiden.

Die Medizin kann Bluthochdruck behandeln, aber Bewegungsmangel nicht ausgleichen. Sie kann Lungenkrebs therapieren, aber jahrzehntelangen Tabakkonsum nicht rückgängig machen. Sie kann Diabetesfolgen begrenzen, aber die gesellschaftlichen Bedingungen von Fehlernährung und Adipositas nicht verändern. Das Gesundheitssystem ist kein Reparaturbetrieb, der alle Folgen ungesunden Verhaltens, sozialer Ungleichheit und einer alternden Bevölkerung wegradieren könnte.

Wer erwartet, dass Ärztinnen und Ärzte die Folgen jahrzehntelangen Rauchens, Sportmangels, Fehlernährung oder sozialer Ungleichheit vollständig kompensieren, misst das System an einem Maßstab, den es niemals erfüllen kann.

Wenn über die Finanzierung unseres Gesundheitssystems berichtet wird ...

... dann stellen Sie bitte auch die Frage: Welche Rolle spielt die Eigenverantwortung? Deutschland gehört zu den Ländern mit den meisten Arzt-Patienten-Kontakten weltweit. Gleichzeitig ist die medizinische Versorgung für gesetzlich Versicherte im Moment der Inanspruchnahme weitgehend kostenlos – ein Ausdruck unseres solidarischen Systems. Darauf dürfen wir stolz sein. Solidarität hat aber eine Kehrseite. Was für den Einzelnen kostenlos erscheint, erzeugt keine unmittelbare Kostenwahrnehmung. Ökonomen sprechen vom Moral Hazard: Wird eine Leistung ohne direkte finanzielle Konsequenzen in Anspruch genommen, steigt ihre Nutzung.

Vielleicht hilft hier ein Gedankenexperiment: Stellen Sie sich ein solidarisch finanziertes KFZ-System vor. Benzin, Inspektionen, Reparaturen, neue Bremsen oder der Ölwechsel wären für alle kostenlos. Würde sich das Fahrverhalten verändern? Würden die Menschen häufiger fahren, Reparaturen früher in Anspruch nehmen und jede Auffälligkeit sofort kontrollieren lassen? Wahrscheinlich ja. Warum sollte es also ausgerechnet im Gesundheitswesen völlig anders sein?

Das bedeutet nicht, dass jeder für seine Krankheiten verantwortlich ist oder dass notwendige Versorgung infrage gestellt werden sollte. Niemand sucht sich seine Erkrankung aus. Wird hingegen das Gesundheitssystem einer ökonomischen Betrachtung unterzogen und werden Haushaltskürzungen als Reform getarnt, können betriebswirtschaftliche Dynamiken nicht ignoriert werden. Und jedes solidarisch finanzierte System muss beantworten, wie viel Eigenverantwortung, Gesundheitskompetenz und angemessene Inanspruchnahme es von seinen Bürgerinnen und Bürgern erwarten darf.

Wenn es um Kürzungen von Ärztehonoren geht ...

... dann bedenken Sie, dass diese Kürzungen seit langem Teil der Vergütungslogik der ambulanten Versorgung sind. Die Preise ärztlicher Leistungen werden zwischen Krankenkassen und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) betriebswirtschaftlich kalkuliert – sowohl der Preis pro Minute ärztlicher Arbeitszeit als auch die Kosten für Personal und Technik. Ausgezahlt wird dieser Preis in der Regel aber nicht. Werden mehr notwendige Leistungen erbracht, als das Budget zulässt, sinkt immer die tatsächliche Vergütung.

Stellen Sie sich vor, ein Bäcker bekäme für jedes zusätzliche Brot einen geringeren Preis, weil seine Kunden zu viele Brötchen gekauft haben. Wir haben uns an diese Logik so sehr gewöhnt, dass sie kaum noch hinterfragt wird. Ärztehonore passen sich nach unten an, Mieten, Mitarbeitergehälter und andere laufende Kosten steigen hingegen kontinuierlich.

Wenn Sie über extrabudgetäre Vergütung schreiben ...

... stellen Sie es bitte nicht so dar, als seien dies Zusatzeinnahmen. Die Honorare, die Vertragsärztinnen und -ärzte von den gesetzlichen Krankenkassen über die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) erhalten, sind vorab verhandelt und „gedeckelt“. Sie unterliegen einem festen Budget. Die Erbringung von vergüteter Mehrleistung ist damit nicht möglich. Das für ein Quartal zugeteilte Budget reicht nicht einmal aus, über den gesamten Zeitraum jede Patientin und jeden Patienten bedarfsgerecht zu versorgen. Wir sprechen in diesem Zusammenhang von „Auszahlungsquoten“. Diese betragen circa 80 %, was bedeutet, dass 20 % der von uns erbrachten Leistungen nicht vergütet werden. Diese Konstellation wäre vergleichbar mit einem Tischler, bei dem fünf Türen bestellt, aber nur vier bezahlt werden. Wird also von „Vergütungen außerhalb des Budgets“ gesprochen, bedeutet dies, dass erbrachte Leistungen zu den kalkulierten 100 % bezahlt werden. Was eigentlich die Regel sein sollte, ist hier leider unüblich.



Wenn die Vergütung dringender Termine thematisiert wird ...

... dann nennen Sie diese bitte nicht „Bonuszahlungen“ oder „Prämien“. Immer wieder heißt es, Ärztinnen und Ärzte bekämen einen Bonus für schnelle Termine und andere Leistungen wie etwa die Heimversorgung. Das ist irreführend. Es handelt sich nicht um eine Prämie, sondern darum, dass diese Leistungen ausnahmsweise zu dem Preis vergütet wurden, den das System kalkulatив vorsieht. Wenn das GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz auch diese Leistungen kürzt, entfällt jeglicher Anreiz der Priorisierung. Sprache ist nie neutral.

Wer von einem Bonus spricht, suggeriert eine Belohnung. Tatsächlich geht es um die reguläre und mit den Kassen ausgehandelte, betriebswirtschaftlich begründete Vergütung einer ärztlichen Leistung.

Wenn es um die Honorarsituation der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten geht ...

... berichten Sie bitte auch über Psychotherapie, die von Ärztinnen und Ärzten erbracht wird. Die aktuellen Honorarkürzungen für psychotherapeutische Leistungen sind zu Recht Gegenstand öffentlicher Diskussionen. Psychotherapie ist aber nur ein Element leitliniengerechter Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Medizinische und sozialmedizinische Interventionen sind zu erwägen, einzubeziehen und nicht selten prioritär durchzuführen, um Leiden zu lindern, Chronifizierung zu vermeiden und Teilhabe zu ermöglichen.

Fakt ist, dass die aktuell für die Psychotherapie vorgesehenen Kürzungen für viele haus- und fachärztliche Praxen seit Jahrzehnten Alltag sind – ohne große öffentliche Wahrnehmung. Offenbar wird erst sichtbar, wie prob-

lematisch Budgetierung ist, wenn sie erstmals eine andere Berufsgruppe betrifft. Was rechtfertigt eine betriebswirtschaftliche Vergütung der Therapeutinnen und Therapeuten, der Dialyseärztinnen und Dialyseärzte sowie Drogensubstitutionsmediziner, während die Versorgung beispielsweise von Patientinnen und Patienten mit Multipler Sklerose abgestaffelt wird? Ist der Schutz des Gehirns weniger wert? Und: Die umfassende Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen mittels medizinisch-pharmakologischer, integrativ-psychotherapeutischer und sozialmedizinischer Versorgungselemente unterliegt bei den dafür qualifizierten Ärztinnen und Ärzten der Budgetierung, obwohl diese zusätzlich täglich Kapazitäten für Notfälle und Kriseninterventionen bereit halten müssen. Vielleicht wäre dies ein Anlass, grundsätzlich über Budgetierung in der ambulanten Versorgung zu berichten und nicht nur über einzelne Fachgruppen und isolierte Behandlungsmethoden.

Wenn es um Wartezeiten bei Facharztterminen geht ...

... dann fragen Sie bitte nicht nur, warum diese keine früheren Termine anbieten, sondern auch, warum Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme schneller wachsen als die Kapazitäten. Deutschland wird älter, chronische Erkrankungen nehmen zu, medizinischer Fortschritt ermöglicht Diagnosen und Therapien, die es früher nicht gab. Eine Patientin mit Multipler Sklerose oder Demenz benötigt heute eine langfristige fachärztliche Begleitung, regelmäßige Therapieanpassungen, Kontrollen, Beratung und Koordination. Gleichzeitig schaffen neue Möglichkeiten eine zusätzliche Nachfrage. Beschwerden, die früher abgewartet oder selbst behandelt wurden, führen heute häufiger unmittelbar dazu, dass Patientinnen und Patienten sich in Praxen vorstellen. Kapazitäten sind knapp, Budgetzwänge und Regressangst führen zu vielen zusätzlichen Überweisungen.

Die einzelne Praxis kann das kaum steuern. Sie kann priorisieren, delegieren und digitalisieren – aber aus einer begrenzten Zahl von Ärztinnen, Ärzten und Mitarbeitenden keine unbegrenzte Zahl von Behandlungsstunden erzeugen. Wartezeiten sind daher nicht automatisch Ausdruck schlechter Organisation, sondern häufig das Ergebnis eines Missverhältnisses zwischen Bedarf, Inanspruchnahme, zugelassener Kapazität und Finanzierung.

Wenn die Politik Wartezeiten mit Termingarantien lösen will ...

... dann nehmen Sie bitte die Logik hinter diesem Vorschlag sehr genau unter die Lupe. Niemand möchte, dass Patientinnen und Patienten monatelang auf einen Termin warten. Aber eine Garantie erzeugt keine Behandlungskapazität. Die Politik kann der Bahn natürlich vorschreiben, dass jeder Zug pünktlich eintreffen muss. Dadurch entstehen aber weder zusätzliche Gleise noch Züge. In der Medizin ist es nicht anders. Behandlungskapazitäten wachsen durch mehr Personal, Räume, Ausstattung, Zeit und eine verlässliche Finanzierung. Woher sollen die zusätzlichen Arztstunden kommen? Mehr Kassenärztinnen und Kassenärzte bedeuten zusätzliche Kosten – das hat Auswirkungen auf die Beitragsstabilität. Die Verknappung ist also in wesentlichen Teilen politisch gewollt.

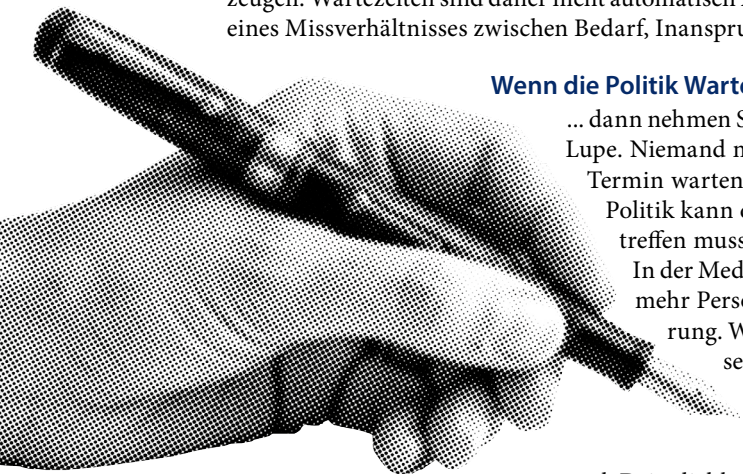
Patientensteuerung kann dabei helfen, knappe Kapazitäten nach Dringlichkeit einzusetzen und Fehlleitungen zu vermeiden. Sie ersetzt mangelnde Kapazitäten aber nicht. Wer immer mehr Menschen in ein unverändert großes Versorgungssystem lenkt, darf sich nicht über sich verlängernde Wartezeiten wundern. Einfache Mathematik lässt sich nicht durch politische Beschlüsse überlisten.

Wenn das Primärärztsystem als Lösung vorgestellt wird ...

... dann erkundigen Sie sich bitte auch, wer das eigentlich steuern soll? Die Grundidee ist sicherlich nachvollziehbar: In der hausärztlichen Sprechstunde soll zunächst beurteilt werden, ob eine fachärztliche Behandlung überhaupt notwendig ist. Damit sollen Facharzttermine effizienter genutzt werden. Das setzt jedoch ausreichend Hausärztinnen und Hausärzte voraus – und genau daran fehlt es vielerorts. Zahlreiche Praxen finden keine Nachfolger, viele Kolleginnen und Kollegen arbeiten am Limit, in den kommenden Jahren wird eine große Zahl in den Ruhestand gehen.

Überweisungen mit dem Vermerk „fachfremde Erkrankung“ oder „Mitbeurteilung erbeten“ sind selten Ausdruck fehlender Kompetenz. Sie spiegeln Zeitmangel, hohe Arbeitsbelastung, zunehmende Komplexität sowie Budget- und Regressdruck wider. Wartezeiten entstehen unter anderem, weil Hausärztinnen und Hausärzte schon jetzt überfordert sind – und neurologische Patientinnen und Patienten werden vielerorts bereits frühzeitig, allerdings nicht immer sicher zielgenau in den Facharztsektor verschoben.

Es braucht kein Primärärztsystem, sondern eine faire, transparente, am medizinischen Bedarf orientierte Ersteinschätzung und eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt für chronisch Kranke – nicht zusätzliche Bürokratie und neue Flaschenhälse.



Patientensteuerung sollte transparenten medizinischen Kriterien folgen. Der Zugang zur Versorgung muss bedarfsorientiert, digital unterstützt, wissenschaftlich evaluiert und als lernendes System kontinuierlich weiterentwickelt werden. Strukturierte Ersteinschätzung, medizinische Priorisierung und qualifizierte Überweisungsprozesse sind hierfür geeigneter als zusätzliche bürokratische Zugangshürden.

Es dürfen nicht jene den schnellsten Facharzttermin bekommen, die am lautesten schreien, sondern diejenigen, die ihn am dringendsten benötigt. Die Beurteilung der Zuweisung muss in jeder Versorgungsebene mit hoher medizinischer Fachlichkeit erfolgen, um Fehlzuweisungen und Doppelversorgung zu vermeiden. Patientenverschiebungen allein aus Überlastung, Regressangst oder Budgetzwängen dürfen nicht zum verdeckten Steuerungsinstrument werden.

Wenn überfüllte Notaufnahmen thematisiert werden ...

... dann fragen Sie bitte nicht nur, warum dort so viele Menschen warten, sondern auch, warum sie dort gelandet sind. Die Notaufnahme ist häufig das letzte Glied einer Versorgungskette: Hausarzttermine sind schwer verfügbar, Facharzttermine ebenfalls, die Notaufnahme ist der einzige Ort, an dem niemand abgewiesen werden darf. So werden dort zunehmend alle behandelt, die eigentlich in die ambulante Versorgung gehören. Überfüllte Notaufnahmen sind daher kein isoliertes Krankenhausproblem, sondern ein Symptom eines Versorgungssystems, das an mehreren Stellen unter Druck steht.

Hinzu kommen strukturelle Fehlanreize: Pflegeheime und Rettungsdienste entscheiden sich aus haftungsrechtlichen Gründen häufig eher für eine Krankenhauseinweisung als für ein Abwarten. Die telefonische Ersteinschätzung ist regional unterschiedlich verfügbar, und viele Menschen wissen nicht, ob sie den hausärztlichen Bereitschaftsdienst (116117) oder den Rettungsdienst (112) kontaktieren sollten. So gelangen auch Patientinnen und Patienten mit nicht lebensbedrohlichen Beschwerden in die Notaufnahme.

Wenn die Krankenhausreform im Fokus steht ...

... dann recherchieren Sie bitte nicht nur, wie viele Betten oder Standorte eingespart werden sollen, sondern auch, wo die Patientinnen und Patienten stattdessen versorgt werden. Wer wird künftig nicht mehr versorgt? Oder: Welche Folgekosten entstehen durch die verzögerte Diagnostik oder Therapie?

Politik spricht häufig von Ambulantisierung. Das klingt nach Effizienz, doch medizinische Leistungen verschwinden dadurch nicht – sie werden verlagert, meist in überlastete Arztpraxen.

Gleichzeitig müssen Krankenhäuser rund um die Uhr Notaufnahmen, Intensivstationen, Operationssäle und qualifiziertes Personal vorhalten. Diese Vorhaltung wirkt ökonomisch ineffizient, ist gesellschaftlich aber unverzichtbar. Eine Feuerwehr erscheint ebenfalls teuer, wenn nur gezählt wird, wie oft sie ausrücken musste.

Ausblick

Unser Gesundheitswesen steht vor tiefgreifenden Veränderungen. Gesundheitspolitik ist eines der kompliziertesten Politikfelder überhaupt und entzieht sich einfachen Lösungen. Umso wichtiger ist eine Berichterstattung, die diese Komplexität sichtbar macht, scheinbar einfache Antworten hinterfragt und die unbeabsichtigten Nebenwirkungen politischer Entscheidungen im Blick behält.

Wir verstehen diesen Brief deshalb ausdrücklich als Einladung zum weiteren Austausch. Als Angebot, Fragen gemeinsam zu klären, Begriffe zu schärfen und Entwicklungen einzuordnen. Aus unterschiedlichen Perspektiven, aber mit einem gemeinsamen Ziel: eine medizinisch sinnvolle, solidarische und finanzierbare Versorgung für die Patientinnen und Patienten in unserem Land.

Mit herzlichen Grüßen

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich
Vorsitzender des BDN

Dr. med. Sabine Köhler, Jena
Vorsitzende des BVDN und des BVDP

Dr. med. Klaus Gehring, Itzehoe
Vorsitzender des BVDN

Es reicht!

BDN, BVDN und BVDP starten gemeinsame Kampagne

Die Verbände wollen notwendige Reformen des Gesundheitssystems konstruktiv mitgestalten. Deshalb gehen sie jetzt einen Schritt weiter: Geplant ist eine Protest- und Aufklärungskampagne mit dem Ziel, die Versorgung von Menschen mit neurologischen und psychischen Erkrankungen sicherzustellen.

In den letzten Monaten haben die Verbände gemeinsam – und mit der Deutschen Gesellschaft für Neurologie – mit Stellungnahmen, Positionspapieren, Pressemitteilungen und Gesprächen auf die drohende Verschlechterung der neurologischen und psychiatrischen Versorgung hingewiesen. Jetzt folgt der nächste Schritt: eine breit angelegte Protest- und Aufklärungskampagne. Ziel ist die Sicherstellung einer angemessenen Versorgung von Menschen mit neurologischen und psychischen Erkrankungen – und der dafür notwendigen personellen, strukturellen und betriebswirtschaftlichen Grundlagen.

Kliniken und Abteilungen schließen, Krankenhäuser stehen wirtschaftlich massiv unter Druck. Gleichzeitig soll zusätzliche Versorgung in den ambulanten Bereich verlagert werden. Und jetzt wird auch dort der Rotstift angesetzt. Ab dem Jahr 2027 entfällt für die neurologischen und psychiatrischen Fachbereiche die extrabudgetäre Vergütung. Simulationen einzelner KVen berechnen dabei Honorarverluste von bis zu 20–30% bei weiter steigenden Personal- und Betriebskosten. Hinzu kommen regionale Maßnahmen zur

Begrenzung der Fallzahlen. Die konkrete Ausgestaltung unterscheidet sich zwischen den KVen, weshalb nicht alle Folgen heute absehbar sind. Aber es muss kein Flächenbrand abgewartet werden, um einen Brandbeschleuniger zu erkennen.

Wurzel des Problems

Das Grundproblem reicht tiefer: Die aktuelle Gesetzgebung folgt ausdrücklich dem Prinzip einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik. Eine einnahmeorientierte Gesundheitspolitik passt aber nicht zu einer bedarfsorientierten Patientenversorgung – und beides nicht zu den betriebswirtschaftlichen Realitäten der Versorgungsstrukturen. Patientinnen und Patienten erkranken nicht entsprechend der Einnahmesituation der gesetzlichen Krankenversicherung. Notwendige Behandlungen lassen sich nicht nach Kassenlage dosieren. Gleichzeitig müssen Personal, IT und Medizintechnik finanziert und Investitionen ermöglicht werden. Wenn Einnahmen, Versorgungsbedarf und reale Kosten dauerhaft auseinanderlaufen, gehen Versorgungskapazitäten verloren und gewachsene Strukturen werden zerstört.

Genau diese Kaskade droht jetzt: weniger stationäre Kapazität, mehr Ambulantisierung, Fachkräftemangel und demografisch bedingte Praxisabgaben, steigende Kosten; gleichzeitig erhebliche Honorarverluste und Begrenzung der Fallzahlen. Praxen reduzie-

ren Kapazitäten, finden keine Nachfolge oder schließen. Deren Patientinnen und Patienten treffen auf verbleibende Praxen, die selbst weniger Menschen behandeln sollen.

Währenddessen wächst der Bedarf. In der Psychiatrie steigen die Versorgungsanforderungen. In der Neurologie führen Demografie und medizinischer Fortschritt zu zusätzlichen Aufgaben. Es werden dafür zusätzliche und teilweise neue Versorgungsstrukturen benötigt.

Kurzfristige Ausgabenbegrenzung ist keine Gesundheitsreform. Werden in einem ohnehin angespannten System Kapazitäten reduziert, ohne die Versorgung an anderer Stelle sicherzustellen, ist das Scheitern mit Ansage.

Ohne wirtschaftlich tragfähige Strukturen gibt es keine tragfähige Versorgung. Und es geht nicht nur um Ärztehonore. Wenn sektorübergreifend Kapazitäten verloren gehen, ist mit noch längeren Wartezeiten und fehlendem Zugang zu medizinischer Innovation zu rechnen. Dann stehen schwer kranke Menschen vor verschlossenen Türen.

Einsatz für sinnvolle Reformen

Deshalb wird der Aktionsradius erweitert. Vorgesehen sind Aufklärungsschreiben und Aushänge für Patientinnen und Patienten, eine zentrale Landingpage, Informationsmaterialien für Kolleginnen und Kollegen, Hintergrundinformationen für Journalistinnen und Journalisten sowie Stellungnahmen und konkrete Reformvorschläge für Politik und Krankenkassen.

Geplant ist kein kurzes Protestfeuer. Protest gegen Einschnitte ist erwartbar und politisch einkalkuliert. Es besteht Reformbedarf im Gesundheitswesen und notwendige Veränderungen müssen konstruktiv mitgestaltet werden. Aber stationäre und ambulante, hausärztliche und fachärztliche Versorgung dürfen nicht gegeneinander reformiert werden. Ein Gesundheitssystem funktioniert nur als Ganzes.

Die Verbände werden deshalb sehr deutlich sagen, was nicht funktioniert und die Versorgung gefährdet – und ebenso konkret daran mitarbeiten, was stattdessen funktionieren kann.

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich

Dr. med. Klaus Gehring, Itzehoe

Dr. med. Sabine Köhler, Jena



© My Ocean studio / stock.adobe.com

So kann es nicht weitergehen: Verbände starten Kampagne

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.

Medizin und Ökonomie

„BDNF“ – die BDN-Fragezeit mit Ökonom und Philosoph Dr. Carsten Lotz

Ökonomie als Maßstab der Medizin?

Ärztinnen und Ärzte orientieren sich an den Bedürfnissen des Einzelnen – stehen zugleich aber unter zunehmendem finanziellen Druck. Doch was geschieht, wenn wirtschaftliches Denken vom Werkzeug zum Maßstab des Handelns wird? Über diese Fragen spricht der Neurologe Dr. Uwe Meier mit dem Philosophen Dr. theol. Carsten Lotz, Autor des Buches „Wirtschaft als erste Philosophie? – Eine Kritik der ökonomischen Vernunft“.

? *Der Mensch scheint ein evolutionsbiologisches Erfolgsmodell zu sein. Die Evolution hat unter anderem ein Gehirn hervorgebracht, das uns denken, fühlen, planen und letztlich auch ökonomisch handeln lässt. Wenn ich morgens meine Zahnbürste benutze, zur Arbeit fahre und anschließend mit Karte bezahle, dann verdanke ich all das einer hochentwickel-*

ten arbeitsteiligen Wirtschaft. Man könnte also sagen: Die Ökonomie macht unser modernes Leben überhaupt erst möglich. Warum schreiben Sie ausgerechnet eine Kritik der ökonomischen Vernunft?

Dr. theol. Carsten Lotz: Die Erfolgsgeschichte, die wir da beobachten, hat uns ein wenig zu optimistisch gemacht, was dieses Werkzeug der Ökonomie alles leisten könn-

te. Wie Sie beschreiben, beruhen unser Wohlstand, unser technischer Fortschritt und die arbeitsteilige Gesellschaft auf einer Denkweise, die knappe Mittel optimiert – allen voran die knappe menschliche Zeit. Menschen, die wir heute nicht mehr auf dem Feld brauchen, können andere Tätigkeiten übernehmen und Dinge herstellen, die weit über die Landwirtschaft hinausge-



© pingingz / stock.adobe.com

Medizin bewegt sich in ökonomischen Rahmenbedingungen. Entscheidend ist, Handlungsspielräume zu erkennen und zu nutzen.

hen. Dieses Denken – wie menschliche Zeit möglichst effizient genutzt werden kann – steht im Kern der Ökonomie und auch im Kern der neuzeitlichen Philosophie.

Da es uns ungeheuren Wohlstand gebracht hat, haben wir ihm immer mehr zugetraut. Ganz konkret zeigt sich das daran, dass wir große Bereiche unserer Gesellschaft, die früher nicht unter dem Primat knapper Zeit standen, sondern von individueller Zuwendung geprägt waren, ökonomisiert haben. Denken Sie etwa an Krankenhäuser oder die Pflege, die früher vielfach von Bürgerstiftungen, Kirchen oder Klöstern getragen wurden. Dort arbeiteten Menschen, die ihr ganzes Leben der Pflege von Kranken und Armen gewidmet haben.

Ein anderes Beispiel: Wenn Sie Mitglied in einem Fußball- oder Tennisverein sind, übernehmen Sie Platzdienste, Grilldienste oder andere Aufgaben, die den Verein am Leben erhalten. Im Fitnessstudio dagegen zahlen Sie einfach Ihren Monatsbeitrag. Ob Sie kommen oder nicht, interessiert letztlich niemanden.

Das zeigt die Kehrseite: Mit der ökonomischen Effizienz gehen langfristige Beziehungen verloren. Wenn Sie eine Leistung bezahlen, sind beide Seiten anschließend quitt. Es besteht keine Notwendigkeit mehr, die Beziehung fortzuführen oder gegenseitige Verpflichtungen aufrechtzuerhalten. Das, was uns wohlhabend gemacht hat, hat deshalb zugleich dazu beigetragen, dass unsere Gesellschaft stärker vereinzelt und in Teilen sogar atomisiert wird.

Meine Kritik ist daher eine philosophische Kritik. Sie versucht zu verstehen: Wo liegen die Vorzüge dieser Denkweise? Und wo liegen ihre Grenzen? An welcher Stelle sollten wir uns nicht mehr allein auf sie verlassen?

? Klar, ökonomisches Denken hilft, Komplexität zu reduzieren, Prioritäten zu setzen und knappe Ressourcen sinnvoll einzusetzen. Niemand wird zunächst ernsthaft auf diese Rationalität verzichten wollen. Sie haben einmal sinngemäß gesagt, der Mensch strebe nach Glück und nach Nutzen. Das sei letztlich eine neuzeitliche

Übersetzung dessen, was Aristoteles bereits als Streben nach Glückseligkeit beschrieben hat. Rationale Vernunft wäre dann zunächst einmal das Werkzeug, dieses Ziel möglichst gut zu erreichen.

Kann es uns denn gelingen, die Stärken ökonomischen Denkens zu nutzen, ohne dass es zum alleinigen Maßstab unseres Handelns wird?

Lotz: Über die Frage des Maßstabs unseres Handelns gibt es eine große philosophische Diskussion: Gibt es ein von Glückserwägungen unabhängiges Kriterium, nach dem sich unser Handeln beurteilen lässt? Immanuel Kant sagt: Das Streben nach Glück ist nur eine Zielrichtung des Menschen. Der Mensch muss sich darüber hinaus die Frage stellen: „Was macht mich eigentlich würdig, glücklich zu sein?“ Das ist eine ethische Frage, die ich nicht aus der Frage beantworten kann, wie ich möglichst glücklich werde. Für Kant besteht die Besonderheit des Menschen darin, dass er zu seinen eigenen Wünschen, zu seinem Glücksstreben, auf Distanz gehen kann. Er kann sein eigenes Handeln kritisch betrachten und sich fragen: Wenn alle Menschen so handeln würden wie ich, würde menschliches Zusammenleben dann noch funktionieren?

Solange wir über ein solches Kriterium verfügen, besitzen wir auch die Möglichkeit zur Kritik. In der kantischen Tradition ist diese kritische Funktion tief verankert. Sie prägt bis heute die liberalen Gesellschaften, zumindest im kontinentaleuropäischen Denken und in der Politik.

Wenn wir dagegen stärker der utilitaristischen Tradition folgen, dann wird diese kritische Instanz infrage gestellt. Aus dieser Perspektive erscheint das, was Kant beschreibt, eher als eine theoretische Konstruktion. Moral wird dann letztlich zu einer Unterfunktion des Glücksstrebens. Damit verschwindet die Möglichkeit einer unabhängigen Kritik. Es geht dann um die Maximierung des Glücks.

Ich glaube, genau darin liegt die philosophische Kernfrage. Die Ökonomie ist ein Kind der utilitaristischen Tradition. Sie kennt diese kritische Instanz nicht mehr. Ihre Grundannahme lautet, dass sich Glücksmo-



Dr. theol. Carsten Lotz:

„Humanität entsteht immer im Einzelfall. Sie entsteht in der konkreten Begegnung zwischen Menschen.“

mente miteinander verrechnen lassen und dass sich daraus ein Zustand größtmöglichen Glücks für möglichst viele Menschen erreichen lässt. Dann stellt sich nur noch die Frage: „Wie kommen wir dorthin?“ Die grundlegendere Frage, was dieses Glück eigentlich ist, gerät aus dem Blick.

? Sie beschreiben, dass ökonomisches Denken tief in unser Alltagsdenken eingedrungen ist. Problematisch wird es aber, wenn aus diesem Werkzeug eine Art „Erste Philosophie“ wird – also ein Denken, das den Anspruch erhebt, alle Bereiche des Lebens zu erklären. Woran erkennen wir, dass Ökonomie nicht mehr dient, sondern zum Maßstab unseres Handelns geworden ist?

Lotz: Das lässt sich gut an zwischenmenschlichen Beziehungen zeigen. Für das ökonomische Denken steht die Zeit gewissermaßen im Nenner: Je mehr ich pro Zeiteinheit erreiche, desto besser. Wenn ich möglichst viel Glück in möglichst kurzer Zeit unterbringen kann, müsste ich – ökonomisch betrachtet – besonders glücklich sein. Ge-

rade in persönlichen Beziehungen zeigt sich jedoch, dass diese Logik nicht funktioniert. Weder die Stunde, die ich mit einem geliebten Menschen verbringe, noch die Stunde, in der ich mich nach ihm sehne, lässt sich ökonomisch optimieren. In solchen Momenten verliert die Frage, wie sich möglichst viel Glück in möglichst kurzer Zeit erzeugen lässt, ihren Sinn. Allein das Zusammensein mit einem anderen Menschen besitzt bereits einen eigenen Wert. Die Zeit steht im Zähler, nicht im Nenner.

Wenn ich dennoch versuche, auch diesen Bereich zu optimieren, entstehen aus meiner Sicht merkwürdige Vorstellungen wie die der „Quality Time“. Dann beginne ich, die Zeit mit meinen Kindern möglichst effizient zu gestalten, möglichst viel Inhalt in möglichst wenig Zeit zu packen, um anschließend wieder Zeit für andere Dinge zu gewinnen. Damit verkennen wir jedoch, wie menschliche Beziehungen tatsächlich entstehen. Sie wachsen durch gemeinsam verbrachte Zeit – weitgehend unabhängig davon, was in dieser Zeit geschieht.

? *Wir sprechen von „Work-Life-Balance“, als stünde Arbeit dem eigentlichen Leben gegenüber. Wir sprechen von „Care-Arbeit“, als müssten selbst Beziehungen in ökonomischen Kategorien beschrieben werden. Und wir sprechen vom „Mental Load“, als würde sogar unser Denken zu einer Ressource, die möglichst effizient verwaltet werden muss. Das ist längst nicht mehr nur die Sprache von Ökonomen. Es ist Teil unseres eigenen Denkens geworden. Auf Ihrer Internetseite findet sich der schöne Satz: „Die Welt ist kein Business Case.“*

Lotz: Genau das ist der entscheidende Punkt: Dieses ökonomische Denken ist Teil von uns selbst. Philosophisch betrachtet hängt das eng mit der Angst vor dem Tod zusammen. Deshalb tritt diese Denkweise gerade in der Neuzeit so deutlich hervor.

Solange die Grundannahme lautete, dass es ein Leben nach dem Tod gibt, stellte sich die Frage nach der Knappheit der Zeit anders. Wenn die Grundannahme dagegen lautet: „Wir wissen es nicht. Wir müssen davon ausgehen, dass das Leben mit dem Tod endet“, dann wird Zeit plötzlich zu einer knappen Ressource. Und wenn Zeit knapp wird, entsteht der Wunsch, sie zu optimieren. Dann entstehen all jene Bestrebungen, in einer begrenzten Lebenszeit möglichst viele Ziele zu erreichen.

Das erklärt aus meiner Sicht auch, warum moderne Gesellschaften sehr viel kurzfristiger denken als vormoderne Gesellschaften.

? *Als Neurologe würde ich gern einen kleinen Ausflug in die Neurobiologie machen. In Ihrem Buch „Kritik der ökonomischen Vernunft“ gehen Sie unter anderem auf Gary Becker ein. Er hat die mikroökonomische Theorie auf nahezu alle Bereiche menschlichen Handelns ausgeweitet und dafür 1992 den Nobelpreis bekommen. Heute wird dieser Ansatz häufig kritisiert. Aus neurobiologischer Sicht kann aber provokativ gefragt werden, ob unser Gehirn selbst nicht in gewisser Weise ökonomisch arbeitet, quasi als organum oeconomicum. Es wägt fortwährend Nutzen gegeneinander ab. Aufmerksamkeit, Energie, soziale Bindung oder Status sind begrenzte Ressourcen und jede Hirnaktivität hat einen metabolischen Preis, die eigentliche Währung ist ATP. Und unser präfrontaler Kortex ist sogar in der Lage, einen Belohnungsaufschub zu kalkulieren, um später einen größeren Gewinn zu erzielen. Das heißt, es gibt sogar so etwas wie Zinsen.*

Muss Gary Becker im Lichte der modernen Neurowissenschaft heute neu gelesen werden?

Lotz: Gary Becker hätte sich gefreut, dass auch die Neurowissenschaft inzwischen mit ökonomischen Begriffen argumentiert.

Aber im Ernst: Die eigentliche Frage ist doch: Erklärt sich damit alles? Oder erklären sich damit vielleicht 80% oder 90% der Aktivitäten unseres Gehirns oder unserer Gesellschaft – und die interessanten Dinge passieren gerade in den übrigen zehn Prozent? Das wirklich Spannende geschieht häufig doch erst dann, wenn ich Zeit mit einem anderen Menschen verbringe, ohne dass sich diese Zeit rechtfertigen ließe. Oder dann, wenn ich anscheinend unvernünftig handle.

Insofern richtet sich meine Kritik nicht nur gegen die Ökonomie. Sie betrifft die gesamte neuzeitliche Denkweise, unsere Form von Logik und Mathematik. Das alles sind gewaltige Werkzeuge, die uns enorm weit gebracht haben. Doch diese Werkzeuge haben Grenzen. Und dieser Grenzen müssen wir uns bewusst sein, weil wir sonst das Leben außerhalb verpassen.

? *Das Gehirn als Nutzenmaximierungsmaschine war natürlich nur ein Gedankenspiel. Das Gehirn ist sehr viel mehr als bewusstes oder rationales Denken. Zu unserem Alltag gehören unbewusste Prozesse, emotionale Dynamiken, neurotische Verstrickungen, Ambivalenzen und Widersprüche. Wir besitzen Spieltrieb und Humor. All das bringt das Gehirn ebenfalls hervor. Gehirn und Geist lassen sich nur gemeinsam verstehen. Das Gehirn ist nicht nur ein biologisches Organ. Verstehen lässt es sich nur als Teil dynamischer Netzwerke, die in einen Körper, eine Umwelt und kulturelle Zusammenhänge eingebettet sind. Das Verständnis seiner neuronalen Organisation erschließt sich erst im Zusammenhang mit den kognitiven, emotionalen und handlungsbezogenen Funktionen, die auf ihr beruhen.*

Umgekehrt verändern Erfahrungen, Lernen und Handeln wiederum das Gehirn selbst. Der klassische cartesische Dualismus von Körper und Geist erscheint spätestens vor dem Hintergrund moderner Neurowissenschaften nicht mehr tragfähig.

Lotz: Man könnte den Gedanken sogar noch erweitern. Denken Sie an alles, was außerhalb unseres Gehirns existiert: Texte, Kunstwerke oder kulturelle Überlieferungen. All das existiert zunächst unabhängig von unserem individuellen Bewusstsein. In dem Moment aber, in dem wir uns einen

Philosoph zwischen Ökonomie und Ethik

Carsten Lotz studierte Philosophie und katholische Theologie und war anschließend 17 Jahre als Unternehmensberater bei McKinsey & Company tätig, zuletzt als Partner in Paris. Die intensive Auseinandersetzung mit ökonomischer Rationalität in der Praxis führte ihn zu der Frage, wo die Stärken – aber auch die Grenzen – ökonomischen Denkens liegen. Heute arbeitet er als freier Philosoph, Autor und Berater. Die Kritik der ökonomischen Vernunft kommt nicht von einem Gegner der Ökonomie, sondern von jemandem, der ihre Stärken aus langjähriger eigener Erfahrung kennt.

Text aneignen oder ein Kunstwerk verstehen, verändert sich wiederum unser Gehirn.

Man könnte deshalb sagen: Es gibt eine Art Informationsgedächtnis außerhalb des einzelnen Menschen. Früher hätte man dafür vielleicht den Begriff „Geist“ verwendet. Dieses Informationsgedächtnis existiert allerdings nie ohne materielle Träger. Es muss immer wieder neu angeeignet werden.

? Kommen wir nochmal zurück auf Ihre Gedanken zur ökonomischen Rationalität, die heute weit über die Wirtschaft hinaus reicht und Bereiche wie Bildung, Gesundheit, Beziehungen, Spiritualität oder Freizeit umfasst. Aus neurobiologischer Sicht kommt noch etwas hinzu. Das Gehirn verändert sich durch seinen Gebrauch. Wenn wir bestimmte Denk- und Handlungsmuster immer wieder einüben, prägen sie auch unser Gehirn. Man könnte deshalb fragen: Kultivieren wir heute vor allem ökonomische Denkweisen?

Lotz: Dieses Denken macht etwas mit uns. Es gibt dabei zwei Seiten. Die eine besteht in der Vorstellung, dass wir alles bewerten und letztlich auch alles bezahlen können. Diese Seite erzeugt einen permanenten Wachstums- und Verbesserungsdruck.

Die zweite Seite führt dazu, dass sich Gesellschaft vereinzelt. Denn in dem Moment, in dem ich für alles bezahlen kann, stehe ich – etwas zugespitzt formuliert – bei niemandem mehr in der Schuld.

Die erste Seite ist eine Reaktion auf die Endlichkeit des Lebens. Daraus entsteht fast zwangsläufig der Wunsch, in dieser begrenzten Zeit möglichst viel zu erleben. Der Soziologe Hartmut Rosa hat überzeugend beschrieben, dass Beschleunigung ein Wesensmerkmal der Moderne ist. Nur wenige Menschen entscheiden sich bewusst für ein anderes Lebensmodell. Die meisten kennen das Gefühl der „Fear of Missing Out“.

Mehr Sorgen bereitet mir die zweite Seite: die Vorstellung, ich könne für alles bezahlen und sei nicht mehr darauf angewiesen, dass andere Menschen uneigennützig etwas für mich tun. Nicht unbedingt, weil sie mich mögen, sondern vielleicht auch einfach, weil man es tut, weil es sich gehört. Doch gerade daraus entstehen zwischenmenschliche Beziehungen und gesellschaftlicher Zusammenhalt. Das ist der eigentlich kritische Punkt. Wenn sich Menschen daran gewöhnen, dass sich alles

kaufen lässt, verlernen sie, dass ein gelingendes Leben auf andere Menschen angewiesen ist. Sie vergessen, dass keiner von uns heute leben würde, wenn sich nicht andere Menschen unentgeltlich um uns gekümmert hätten – ohne Aussicht auf Bezahlung. Und sie vergessen, dass sie einsam sterben werden, wenn sie glauben, sich auch das einkaufen zu können. Man muss das so deutlich sagen: Die Pflege alter Menschen ergibt aus rein ökonomischer Sicht keinen Sinn. Sie steigert weder Produktivität noch wirtschaftliches Wachstum.

Ökonomisches Denken vermittelt uns das Gefühl, selbstständig, frei und Unternehmer unseres eigenen Lebens zu sein. In den entscheidenden Momenten unseres Lebens sind wir das aber nicht. Doch wenn wir alle dieses Denken lange genug verinnerlichen, dann ist am Ende just in jenen entscheidenden Momenten niemand mehr für uns da.

? Sie haben einmal gesagt, wir beurteilen unser Gesundheitssystem heute vor allem danach, ob wir es noch bezahlen können. Gleichzeitig definieren Sie Ökonomie als die Kunst, mit knappen Ressourcen umzugehen.

Schauen wir auf die gesetzliche Krankenversicherung. Seit Jahren steigen die Ausgaben stärker als die Einnahmen. Die demografische Entwicklung verschärft diese Situation zusätzlich. Würde man die gesetzliche Krankenversicherung als Klienten betrachten – würden Sie diesen Klienten als Unternehmensberater überhaupt noch beraten?

Lotz: Das würde ich durchaus. Und ich hätte sogar einige Ideen für ihn. Beginnen wir mit der Einnahmeseite: Wir finanzieren das System heute einerseits über Beiträge und andererseits über Steuerzuschüsse in die gesetzliche Krankenversicherung, aber auch direkt zur Finanzierung von Kliniken oder anderen Einrichtungen. Die Beiträge werden im Wesentlichen auf Arbeitseinkommen erhoben – bis zu einer Beitragsbemessungsgrenze, was historische Gründe hatte, weil das System ursprünglich vor allem den Einkommensausfall im Krankheitsfall finanzierte. Wer ein hohes Einkommen hatte, erhielt auch ein höheres Krankengeld und zahlte entsprechend mehr Beiträge. Diese Logik kennen wir auch aus der Renten- oder Arbeitslosenversicherung. Heute ist das jedoch kaum noch der Fall. Nur ein sehr kleiner Teil der Beiträge fließt in das

Krankengeld. Der weitaus größte Teil finanziert medizinische Behandlungen. Deshalb kann man durchaus fragen, warum sich die Finanzierung weiterhin so stark am Arbeitseinkommen orientiert? Diese Form der Beitragserhebung wirkt willkürlich.

Hinzu kommen Steuerzuschüsse, die ebenfalls keiner geschlossenen Finanzierungslogik folgen. Sie dienen hauptsächlich dazu, das System funktionsfähig zu halten.

Ökonomisch betrachtet ergibt das kein konsistentes Modell. Das schafft in der Bevölkerung den konstanten Eindruck der Ungerechtigkeit und macht Anpassungen so schwierig. Vielleicht wäre es an der Zeit, die Finanzierung ganz neu zu denken. Nicht Steuern und Beiträge. Nicht privat und gesetzlich. Nicht Länder und Krankenversicherungen. All diese Unterscheidungen laden zu Optimierungen auf Kosten der Allgemeinheit ein und verwischen Verantwortlichkeiten.

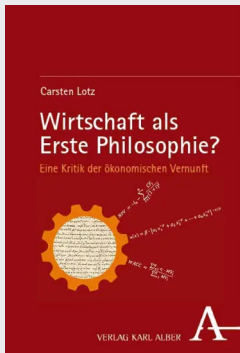
Auf der Ausgabenseite zeigt sich ein anderes Problem. Wir erleben derzeit, dass die Beiträge die Ausgaben immer weniger decken. Übersetzt man diese ökonomischen Zahlen in gesellschaftliche Realität, bedeutet das vor allem eines: Ein immer größerer Anteil der Arbeitsleistung unserer Gesellschaft wird für Gesundheit aufgewendet. Immer mehr Menschen arbeiten dafür, dass andere Menschen gesund bleiben. Das ist zunächst einmal weder gut noch schlecht. Es bedeutet aber zwangsläufig, dass dieselbe Arbeitskraft an anderer Stelle fehlt.

Wir hatten vorhin über die Knappheit menschlicher Zeit gesprochen. Hier geht es um die Knappheit menschlicher Arbeit. Wenn mehr Menschen im Gesundheitswesen arbeiten, stehen sie anderen Bereichen nicht mehr zur Verfügung – dem Handwerk, der Gastronomie, dem Bildungswesen oder vielen anderen gesellschaftlich wichtigen Aufgaben.

In der Vergangenheit haben drei große sozioökonomische Trends geholfen: Arbeit in anderen Bereichen ist produktiver geworden und hat weniger Menschen erfordert; Arbeit wurde im großen Stil in das Ausland verlagert und die Produkte von dort eingekauft; und über Migration und Steigerung der inländischen Erwerbstätigkeit vor allem der Frauen haben wir mehr Arbeitskräfte in Deutschland gewonnen. Es ist fraglich, ob diese Trends sich so fortsetzen oder fortsetzen lassen. Die aktuellen Zahlen im Gesundheitssystem zeigen des-

Buch-Tipp!

Wirtschaftlichkeit als oberstes Ziel



Dr. theol. Carsten Lotz

Wirtschaft als Erste Philosophie? – Eine Kritik der ökonomischen Vernunft

Karl-Alber-Verlag, 2025, 1. Auflage

ISBN: 9783495989937; 29 €

In seinem Buch entwickelt Carsten Lotz keine Kritik an der Marktwirtschaft oder an ökonomischem Denken als solchem. Im Gegenteil: Er beschreibt die Ökonomie als ein außerordentlich erfolgreiches Werkzeug, das wesentlich zu Wohlstand, technischem Fortschritt und arbeitsteiliger Gesellschaft beigetragen hat. Seine eigentliche Fragestellung lautet jedoch: Was geschieht, wenn aus diesem Werkzeug eine Weltanschauung wird?

Lotz zeigt, wie ökonomisches Denken weit über Wirtschaft und Unternehmen hinaus in nahezu alle Lebensbereiche eingedrungen ist. Begriffe wie Effizienz, Wettbewerb, Optimierung oder Nutzen prägen heute nicht nur Unternehmen, sondern ebenso Bildung, Gesundheitswesen, Politik und zunehmend auch menschliche Denkmuster. Zeit erscheint als knappe Ressource, Beziehungen werden nach ihrem Nutzen bewertet und selbst Sinnfragen geraten unter den Maßstab von Effizienz und Verwertbarkeit.

Der Autor beschreibt diese Entwicklung als Aufstieg der Ökonomie zu einer „Ersten Philosophie“ – zu einer Denkweise also, die nicht nur fragt, wie knappe Ressourcen eingesetzt werden, sondern zunehmend auch vorgibt, wonach wir unser Leben ausrichten sollen. Genau darin sieht Lotz die eigentliche Gefahr. Ökonomische Rationalität beantwortet die Frage nach den geeigneten Mitteln, nicht aber die Frage nach den Zielen menschlichen Handelns.

Dem setzt Lotz eine philosophische Perspektive entgegen, in der Beziehung, Vertrauen, Verantwortung, Muße und Menschenwürde ihren Eigenwert behalten. Sein Plädoyer richtet sich nicht gegen die Ökonomie, sondern gegen ihren Anspruch auf Deutungshoheit. Die Wirtschaft ist ein unverzichtbares Werkzeug – aber sie ist keine hinreichende Philosophie des guten Lebens.

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich

halb eigentlich etwas Grundsätzlicheres: Sie machen sichtbar, vor welcher Verteilungsfrage unsere Gesellschaft insgesamt steht. Wir werden entscheiden müssen, wie wir unsere knappe Ressource Arbeitskraft verteilen – zwischen Gesundheitswesen, Bildung, Industrie, Handwerk und vielen anderen Bereichen.

Vielleicht gelingt uns das teilweise durch höhere Effizienz. Die eigentliche Knappheit, auf die die Finanzierung des Gesundheitssystems hinweist, ist jedoch nicht in erster Linie eine Knappheit an Geld.

Es ist vor allem die Frage, wie viel menschliche Arbeit wir künftig in das Gesundheitswesen investieren können und investieren wollen – im Verhältnis zu allen anderen Bereichen unserer Gesellschaft. Das ist die gesellschaftliche Diskussion, die sich derzeit hinter der Kostenfrage verbirgt.

? Gleichzeitig erleben wir im deutschen Gesundheitswesen noch ein anderes Phänomen. Neben der Alterung der Bevölkerung, dem medizinischen und technologischen Fortschritt oder steigenden Arzneimittelkosten gibt es auch ein sehr weitgehendes Leistungsversprechen. Deutschland gehört mit rund 17 Millionen Kran-

kenhausbehandlungen und etwa einer Milliarde Arzt-Patienten-Kontakten pro Jahr zur Weltspitze.

In der Ökonomie lernt man, dass sinkende Preise die Nachfrage stimulieren. Im Gesundheitswesen kostet der Arztbesuch den Patienten im Moment der Inanspruchnahme praktisch nichts. Fehlt dem System damit nicht ein entscheidendes Steuerungssignal?

Lotz: Das klassische Preissignal fehlt tatsächlich. Preise steuern auf freien Märkten Angebot und Nachfrage. Wenn Sie ein Auto brauchen und sich den neuen Sportwagen nicht leisten können, dann weichen Sie auf den gebrauchten Kleinwagen aus. Doch wenn Sie morgen an Krebs erkranken, dann können Sie schlecht sagen: Das kann ich mir jetzt nicht leisten, ich lasse mich wegen einer Grippe behandeln, weil das günstiger ist. Oder: Ich nehme nur die Hälfte der Chemotherapie.

Unser gesellschaftlicher Konsens besteht aber darin, dass wir jedem die Behandlung zukommen lassen wollen, die benötigt wird. Die Zuzahlungen oder Eigenbeteiligungen in unserem Gesundheitssystem haben deshalb nur eine geringe Steuerungswirkung. Ich bin daher skeptisch, ob

wir über Preissignale die eigentlichen Probleme unseres Gesundheitssystems lösen würden. Mich beschäftigt eher etwas anderes: Wir haben sehr viele Daten. Wir wissen, was wirkt und was nicht. Wir sehen, dass wir in bestimmten Bereichen deutlich mehr Fälle behandeln, in denen die Menschen zudem länger leben, als in vergleichbaren Ländern. All das führt mich zu der Frage, ob wir die richtigen Maßstäbe für jede Behandlung haben, die durchgeführt wird. Das ist aber keine ökonomische, sondern eine gesellschaftliche Frage. Das kann man nicht an den Markt und an Preissignale auslagern.

? Das heißt, wir kommen um eine gesellschaftliche Priorisierungsdebatte gar nicht herum?

Lotz: Ich glaube nicht. Wenn wir diese Diskussion nicht offen führen, findet sie trotzdem statt. Dann werden Entscheidungen dezentral getroffen – durch einzelne Behandler, durch Krankenkassen oder schlicht durch ökonomische Zwänge.

Eigentlich müssten wir uns als Gesellschaft darüber verständigen, nach welchen Werten wir solche Entscheidungen treffen wollen.

? Interessanterweise findet sich dieser Gedanke bereits im Sozialgesetzbuch. § 70 formuliert als Leitidee unseres Gesundheitswesens die Gleichrangigkeit von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Humanität. Über Wirtschaftlichkeit wird ständig gesprochen. Qualität ist vergleichsweise gut definiert. Dafür gibt es Leitlinien, Evidenz und überprüfbare Standards

Über Humanität dagegen wird erstaunlich wenig gesprochen – obwohl sie ausdrücklich gleichrangig neben Qualität und Wirtschaftlichkeit steht. Man hat fast den Eindruck, sie sei eher eine programmatische Überschrift als ein Maßstab, an dem sich Entscheidungen tatsächlich orientieren.

Lotz: Ich glaube, die Schwierigkeit beginnt schon beim Begriff der Humanität. So wie ich Humanität verstehe – und wie sie auch in Teilen der philosophischen Tradition verstanden wird –, entzieht sie sich gerade der Messbarkeit.

Die Vorstellung der Menschenwürde, wie sie unserem Grundgesetz zugrunde liegt, beruht darauf, dass jeder Mensch einzigartig und unersetzbar ist – unabhängig davon, was er leisten kann oder nicht leisten kann. Dieser Gedanke findet sich philosophisch bei Kant und theologisch in der Vorstellung, dass jeder Mensch Ebenbild Gottes ist: Wir sind nicht zuerst Exemplare einer Gattung, sondern Individuen.

Und genau deshalb wird es schwierig, Humanität gegen Qualität oder Wirtschaftlichkeit aufzurechnen. Humanität entsteht immer im Einzelfall. Sie entsteht in der konkreten Begegnung zwischen Menschen.

? Wenn sich immer mehr Lebensbereiche ausschließlich an Effizienz und Nutzen orientieren, besteht die Gefahr, dass am Ende selbst unsere Werte nur noch nach ihrem Nutzen beurteilt werden. Gleichzeitig wissen wir heute aus der Resilienzforschung, dass vermeintliche „Soft Skills“ wie Sinn, Zugehörigkeit oder Vertrauen keineswegs nur philosophische Begriffe sind. Wir können inzwischen recht gut nachweisen, dass sie unsere Gesundheit, unsere Stressverarbeitung und sogar die Funktion unseres Gehirns beeinflussen.

Ähnliches zeigt die Einsamkeitsforschung. Das Gefühl der Zugehörigkeit ist eine grundlegende Voraussetzung sowohl für psychische als auch für körperliche

Gesundheit. Die Evidenz dafür ist inzwischen erstaunlich gut. Deshalb haben wir unser Gespräch mit der ökonomischen Rationalität begonnen und enden nun eigentlich bei einer Orientierungsrationalität.

Die Ökonomie kann beantworten, wie wir knappe Ressourcen einsetzen. Sie kann aber nicht beantworten, wofür wir sie einsetzen sollen. Wie können wir uns dieser Frage nähern?

Lotz: Mir fällt dazu ein Satz des ehemaligen UN-Generalsekretärs Dag Hammarskjöld ein: „Bete, dass deine Einsamkeit der Stachel werde, etwas zu finden, wofür du leben kannst, und groß genug, um dafür zu sterben.“ Ich glaube, die Frage, wofür wir unsere Rationalität – oder letztlich unser Leben – einsetzen, kann nur dann sinnvoll beantwortet werden, wenn die Antwort außerhalb unserer selbst liegt. Genau das kann die Ökonomie nicht leisten. Sie rechnet notwendigerweise immer auf das Individuum zurück. Sie optimiert meinen Nutzen.

Die Frage, wofür wir eigentlich leben, lässt sich aber nicht allein aus der individuellen Glückserwartung beantworten. Ein Leben, das sich ausschließlich daraus speist, sich selbst glücklich zu machen, bleibt – aus einer größeren Perspektive betrachtet – ein vergebliches Leben. Denn wenn jemand nur sich selbst glücklich macht, dann hat er für die Welt eigentlich keinen Unterschied gemacht. Das ist die entscheidende Frage: Welchen Unterschied mache ich? Ob ich davon etwas habe, diese Frage erscheint mir sekundär.

? Ärztinnen und Ärzte bewegen sich heute täglich zwischen unterschiedlichen Rationalitäten. Sie müssen wirtschaftlich handeln, organisatorische Vorgaben berücksichtigen und gleichzeitig dem einzelnen Patienten gerecht werden. Patientinnen und Patienten vertrauen hingegen darauf, dass im entscheidenden Moment eine andere Rationalität im Vordergrund steht: die richtige Diagnose zu stellen und die bestmögliche Behandlung zu finden.

Wenn diese professionelle Rationalität unter Druck gerät, erleben viele Ärztinnen und Ärzte das als Verlust ihrer beruflichen Freiheit. Hinzu kommt, um es wie Hartmut Rosa auszudrücken, dass unsere Handlungs- und Entscheidungsspielräume immer mehr durch gesellschaftlichen Konstellationen eingeschränkt wer-

den und situatives Handeln immer schwieriger wird. Die Ökonomisierung des Denkens und konstellative Zwänge verändern damit auch unser Verständnis von Freiheit.

Die Frage ist deshalb: Wie können wir innerhalb der bestehenden ökonomischen Rahmenbedingungen Freiräume ärztlichen Handelns bewahren, ohne die Ökonomie grundsätzlich infrage zu stellen?

Lotz: Diese Freiräume gibt es. In jeder persönlichen Begegnung steht mir der andere gegenüber und bittet mich darum, dass ich es gut mit ihm meine. Und dann gibt es all die Notwendigkeiten des Systems, die Knappheiten, die anderen, die auch wollen, dass man sich um sie kümmert. Das ist die Tragik oder die Würde des Menschseins: Wir müssten viel mehr für den anderen tun, als wir tatsächlich können. Unsere Verantwortung ist immer größer als unsere Freiheit.

Diese allgemeine menschliche Situation kristallisiert sich im ärztlichen Beruf. Er bringt diese Spannung von seinem Ethos her bereits mit. Vielleicht ist die Medizin gerade deshalb besonders sensibel gegenüber einer Überdehnung ökonomischen Denkens.

Die eigentliche gesellschaftliche Frage lautet für mich: Kann ich grundsätzlich darauf vertrauen, dass der andere es gut mit mir meint? Wenn ich Adam Smith – gegen seine eigene Intention – so lese, dass der andere mir nur deshalb hilft, weil er selbst etwas davon hat, dann begegne ich jedem Menschen zunächst einmal mit einem grundlegenden Misstrauen. Damit wird der Arztberuf im Kern unmöglich. Das gilt genauso für die Seelsorge oder für viele andere Berufe, in denen Menschen anderen helfen, die selbst nicht mehr weiterwissen.

All diese Beziehungen leben davon, dass wir dem anderen zutrauen, nicht ausschließlich seinen eigenen Vorteil zu verfolgen. Sie leben davon, dass wir uns abhängig wissen und auf das Wohlwollen der anderen vertrauen.

Die Frage einer funktionierenden Gesellschaft ist nicht die Frage, ob sie sich rechnet. Es ist die Frage, ob wir einander zutrauen, es gut miteinander zu meinen.

! Was für ein schöner Schlusssatz! Vielen Dank für das Gespräch.

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich

Finanzierungsmodelle

Beeinflusst das Vergütungssystem ärztliches Handeln?

Welche Vergütungsform für Leistungserbringer könnte im Gesundheitswesen am geeignetsten sein? Verschiedene Modelle unterscheiden sich stark darin, wie sehr sie zur Erbringung prophylaktischer Leistungen, hochwertiger medizinischer Versorgung und zur Beachtung ökonomischer Effizienz motivieren. Betriebswirtschaftlicher Druck sollte dabei nicht dazu führen, dass medizinische Qualität und die volkswirtschaftliche Verantwortung vernachlässigt werden.

Die deutschen Gesundheitsausgaben sind in den letzten zwei Jahrzehnten kontinuierlich und überproportional gegenüber dem Bruttoinlandsprodukt (BIP) gestiegen. Sie beliefen sich im Jahr 2024 auf circa 538 Milliarden €, was 11,9% des BIP entspricht und damit zu den höchsten in Europa zählt [1, 2]. Davon entfallen 23,6% auf ärztliche Leistungen. Eine Regulierung dieser Ausgaben ist somit unerlässlich und erfolgt unter anderem durch die Art und Weise, wie Leistungserbringer vergütet werden. Hierbei ist durchaus erwünscht, dass ärztliches Handeln im Sinne der ökonomischen Effizienz beeinflusst wird. Doch ist kaum zu vermeiden, dass sich auch un-

erwünschte Handlungsanreize – sogenannte perverse incentives – ergeben [3].

Gesundheitsmarkt

Die Wirtschaftswissenschaft befasst sich mit der effizienten Allokation begrenzter Ressourcen. Grundlegend wird angenommen, dass Individuen nach Nutzenmaximierung streben und dafür rationale Entscheidungen treffen. Freie Marktwirtschaft bedeutet, dass sich die Preisbildung allein durch Angebot und Nachfrage ergibt, nicht durch staatliche Interventionen. Dabei wird der freie Markt meist als eine sehr effiziente Form der Rationierung knapper Güter angesehen. Die Idee des freien Marktes ist auf

das Gut „Gesundheit“ jedoch nur unzureichend anwendbar. Einerseits lässt sie übergeordnete Konzepte von Fairness und Gerechtigkeit außen vor, andererseits ist der Gesundheitsmarkt inhärent durch mehrere Mechanismen des Marktversagens gekennzeichnet, die verhindern, dass Ressourcen allein durch Preismechanismen effizient verteilt werden. Hierzu gehört unter anderem die Informationsasymmetrie zwischen den Beteiligten.

Eine rationale Entscheidung zu treffen, setzt voraus, dass die Eigenschaften des angestrebten Guts oder des Weges, auf dem dieses zu erreichen ist, bekannt sind. Das trifft allerdings auf die Gesundheitsversorgung nicht zu: Die Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten ist eingeschränkt und sie vertrauen darauf, dass Gesundheitsdienstleistende in ihrem Interesse handeln. Dies wird in der Ökonomie als „Prinzipal-Agent-Beziehung“ bezeichnet – eine Beziehung, die einer klaren Informationsasymmetrie unterliegt, da die Ärztin oder der Arzt (Agent oder Auftragnehmer) in der Regel besser informiert ist als die Patientin oder der Patient (Prinzipal oder Auftraggeber). Dadurch entsteht das Risiko eines „moral hazard“ – des moralischen Fehlverhaltens im Sinne der Nutzenmaximierung – durch und für den Agenten. Dies kann in der Reduktion des Aufwands bestehen, der für Patientinnen und Patienten erbracht wird und/oder in einer Optimierung des Ertrags für die ärztliche Leistung, beispielsweise im Sinne einer Bedarfsinduktion (induced demand).



Wie könnten Ärztinnen und Ärzte vergütet werden, um gleichzeitig die Patientenversorgung zu verbessern und Wirtschaftlichkeit zu gewährleisten?

Das Risiko für letzteres steigt dadurch, dass Gesundheitsleistungen in Deutschland bis auf einen geringen Anteil von den Krankenversicherungen als „third-party payer“ getragen werden und nicht von Betroffenen selbst, welche die Notwendigkeit der Leistungen dann möglicherweise eher hinterfragen würden. Die Motivation, im Sinne eines „moral hazards“ zu handeln, kann durch direkte Beteiligung am Gewinn entstehen – zum Beispiel als Praxisinhaberin oder -inhaber sowie über Liquidationsbeteiligungen – oder extrinsisch durch die Ansprüche und Maßgaben der jeweiligen Institution.

Aus der Prinzipal-Agent-Theorie ergibt sich die zentrale Frage, wie sich die Interessen aller Parteien in Einklang bringen lassen. Ein wesentlicher Lösungsansatz wird in der entsprechenden Gestaltung der Vergütung der Leistungserbringer gesehen.

Finanzierungskonzepte

Verschiedene mögliche Vergütungskonzepte im Gesundheitswesen wurden von mehreren Seiten vorgeschlagen und die jeweiligen Auswirkungen auf die Bereitschaft, präventiv tätig zu werden, medizinische Leistungen zu erbringen und kostensparend zu agieren, bestimmt (Tab. 1) [4, 5, 6].

Gesamtbudget

Ein Gesamtbudget wird prospektiv, also zum Beispiel für das Folgejahr, mit der leistungserbringenden Institution festgelegt. Das Risiko für eventuelle Kostenüberschreitungen liegt somit in der Regel bei letzterer. Daher befördert diese Art der Vergütung die ökonomische Effizienz der erbrachten Leistungen. Allerdings besteht das Risiko einer Minderrung medizinischer Qualität durch den Verzicht auf notwendige Leistungen sowie durch „cherry picking“, also unprofitable Behandlungen auf Institutionen anderer Versorgungsstufen beziehungsweise Sektoren zu verschieben.

Tagesgleiche Sätze

Eine retrospektive Vergütungsvariante sind tagesgleiche, vollpauschalierte Pflegesätze, bei der ein festgelegter Betrag pro Patiententag abgerechnet werden kann. Hier besteht indes häufig eine Tendenz zu einer Verlängerung der Liegezeiten.

Tab. 1: Vergütungsformen von Leistungen im Rahmen stationärer Aufenthalte oder innerhalb integrierter Versorgungsnetzwerke (mod. nach [4, 5, 6, 14])

Vergütungssystem	Krankheitsprävention	Leistungserbringung	Kosten-eindämmung
Gesamtbudget	+/-	--	+++
Tagesgleiche Sätze	+/-	++ (Verlängerung der Liegezeit)	--
Kopfpauschale (Kapitation)	+++	--	+++
Diagnose-/fallbezogene Vergütung	+/-	++	++
Fee for service (Einzelleistungsvergütung)	+/-	+++	---
Shared savings	+++	---	+++

+++ sehr positiver Effekt; ++ leicht positiver Effekt; +/- geringer oder kein Effekt; -- leicht negativer Effekt; --- sehr negativer Effekt

Fee for service

Eine Ausweitung medizinischer Leistungen wird durch das „Fee-for-service“ System motiviert, da hier die Abrechnung pro erbrachter Einzelleistung beziehungsweise pro behandelter Person erfolgt. Dies kann sich positiv auswirken, wenn durch die Leistung die medizinische Versorgung qualitativ verbessert wird, nicht aber, wenn sich dadurch ein zuvor nicht bestehender Bedarf entwickelt. Außerdem fehlt hier die Motivation, prophylaktisch zu agieren und Erkrankungen vorzubeugen.

Kapitation und Shared Savings

Anders sieht das bei den „Kapitationsmodellen“ aus: Hier wird – idealerweise sektorenübergreifend – ein Pauschalbetrag pro behandelter Person vereinbart, der sich entweder aktiv in das Programm einschreiben lässt oder beispielsweise nach Wohnort zugeteilt wird. Da der Betrag unabhängig davon ist, wie stark die Betroffenen medizinische Leistungen in Anspruch nehmen, ist die Motivation sehr hoch, Krankheit – zumindest aber stationäre Aufenthalte – zu vermeiden. Die medizinische Qualität aufrechtzuerhalten wird meist durch zusätzlich vereinbarte Qualitätsziele unterstützt.

Dies gilt auch für die Variante des „Shared-Savings-Modells“, bei dem Leistungserbringer an eventuellen Einsparungen gegenüber einem zuvor festgelegten Budget beteiligt werden.

Fallbezogene Vergütung

Das in Deutschland seit dem Jahr 2003 gültige Diagnosis-Related Groups-System (DRGs) ist ein Beispiel einer fallbezogenen, pauschalisierten retrospektiven Vergütung. Es besteht aus zwei Grundelementen: dem Patientenklassifikationssystem zur Zuordnung einer Person zu einer bestimmten Fallgruppe und den Bewertungsrelationen, die die relativen Kostengewichte der Fallgruppen festlegen [7].

Problem der DRGs

Hauptziel des DRGs war es, eine stärkeren Transparenz von Kosten und Leistungen in Krankenhäusern und damit eine größere wirtschaftliche Effizienz zu erreichen [8]. Jedoch ist die Bilanz hinsichtlich dieser beiden Ziele durchwachsen: Auf Makroebene kam es laut Krankenhausreport 2020 zu einer Zunahme des Marktvolumens der Krankenhäuser sowie der Kosten pro Fall bei gleichzeitiger Senkung der Produktivität, gemessen als „Case-Mix-Punkte“ pro ärztliche Vollzeitleistung [8]. Diese Diskrepanz zwischen Sein und Sollen ergibt sich unter anderem aus den verschiedenen Perspektiven auf und den unterschiedlichen Erwartungen an das DRG-System.

Aus volkswirtschaftlicher Sicht war deren Einführung sinnvoll und nachvollziehbar. Eine wesentliche Zielsetzung war es, die Kostenentwicklung im Gesundheitssektor zu kontrollieren und die medizinische Qualität zu erhalten

oder sogar zu steigern. Dies wurde auch dadurch erreicht, dass Anreize zum Strukturwandel geschaffen wurden – beispielsweise ein verstärkter Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern.

Eine diagnosebezogene Vergütung wirkt sich positiv auf die Leistungserbringung und ökonomische Effizienz aus – in der Theorie. Tatsächlich werden die DRGs gleichwohl „on the ground“ angewandt – durch Krankenhäuser, die weniger eine volks- als eine betriebswirtschaftlich orientierte Richtung verfolgen, das System also im Sinne einer Umsatzmaximierung zu nutzen versuchen. Hier manifestiert sich ein weiteres Grundproblem des Gesundheitssektors: Investitionen werden im dualen Finanzierungssystem verschleppt. Das zwingt die Krankenhäuser, die durch Ausbleiben einer Investitionsfinanzierung der Länder entstehenden Lücken durch Fallpauschalenerlöse zu schließen, obwohl diese dafür nicht ausgelegt sind. Dieser Versuch der Erlössteigerung zieht verschiedene unbeabsichtigte Konsequenzen nach sich. Unter anderem ist ein „cherry picking“ zu beobachten, wenn die Notwendigkeit und die Dauer eines Krankenhausaufenthaltes nicht allein nach medizinischen, sondern auch nach ökonomischen Gesichtspunkten beurteilt wird. Ökonomische Ineffizienz kann zudem aus der Induktion „guter“ Leistungen – im Sinne der Bewertungsrelationen – resultieren.

Ein weiterer kritischer Aspekt ist die Komplexität des Systems mit knapp 1.300 Diagnosegruppen, die einen hohen administrativen Aufwand mit sich bringt. Da unter anderem der Anreiz des Upcodings besteht – der Kodierung eines Krankenhaufalls mit einer höher vergüteten DRG als medizinisch notwendig – sowie der möglichen Aufteilung medizinischer Eingriffe auf mehrere Krankenhausaufenthalte, ergibt sich ein verstärktes Kontrollbedürfnis von Seiten der Kostenträger und damit eine Intensivierung der Transaktionskosten [8].

Weitere Effizienzverluste entstehen im DRG-System dadurch, dass es keine Anreize für eine intersektorale Versorgung innerhalb des – in Bezug auf die Leistungserbringer und Kostenträger – stark segmentierten deutschen Gesundheitswesens gibt, was zu einer ungünstigen

Versorgungskoordination führt [1, 9, 10]. An vielen Stellen ergibt sich hieraus der Versuch der Effizienzoptimierung innerhalb eines (z.B. des stationären) Sektors – nicht selten auf Kosten anderer Bereiche (z.B. Prophylaxe, ambulante Versorgung, Rehabilitation, Pflege).

Auch im ambulanten Bereich beeinflusst die Vergütungssystematik das ärztliche Handeln. Der Einheitliche Bewertungsmaßstab für gesetzlich Krankenversicherte kombiniert dabei Elemente der Einzelleistungsvergütung mit Pauschalierungen und – je nach Leistungsbereich – budgetierenden Mechanismen. Daraus können gegenläufige Anreize erwachsen. Während durch die Vergütung einzelner Leistungen grundsätzlich begünstigt werden kann, dass zusätzliche abrechenbare Leistungen erbracht werden, begrenzen Pauschalen und mengenabhängige Vergütungsmechanismen den ökonomischen Anreiz dafür. Insbesondere bei zeitaufwendigen, komplexen Behandlungen oder chronisch Kranken kann sich dadurch ein Missverhältnis zwischen medizinisch erforderlichem Aufwand und Vergütung entwickeln. In der Folge können die Vergütungsbedingungen einzelner Leistungen die ärztliche Entscheidung beeinflussen, welche Leistungen angeboten, delegiert oder in andere Versorgungsbereiche verlagert werden. Wie bei den DRGs zeigt sich damit auch im ambulanten Bereich, dass Vergütungssysteme nicht lediglich medizinische Leistungen abbilden, sondern über ihre Anreizstruktur das Versorgungsgeschehen selbst mitgestalten.

Welche Alternativen gibt es?

Ein möglicher Lösungsansatz, durch den „perverse incentives“ verringert und die intersektorale Integration verbessert werden, wäre es, integrierte Vergütungs-, Shared-Savings- und Kapitulationsmodelle einzuführen. Diese werden auch in Deutschland bereits gelebt – jedoch beschränkt auf bestimmte Indikationsgebiete oder Regionen. Ein Beispiel ist das Projekt „Gesundes Kinzigtal“ (GK GmbH), das im Jahr 2006 initiiert wurde [11]. Das Projekt basiert auf einem kombinierten globalen Budget- und Shared-Savings-Modell, bei dem die GK GmbH einen Anteil an eventuellen Kos-

teneinsparungen erhält, wodurch eine vorausschauende Gesundheitsversorgung motiviert wird [9]. Diese wird durch diverse Qualitätsmanagementmaßnahmen unterfüttert [10, 12]. Bislang sind die nachweisbaren ökonomischen Effizienzgewinne – im Hinblick auf den Gesamtsektor – zwar geringfügig [13], allerdings sind die relativ kleine Kohorte infrage kommender Versicherter und die lange Latenz zwischen Implementierung eines neuen Vergütungssystems und Auftreten spezifischer Effekte zu beachten.

Fazit für die Praxis

Es gibt eine Reihe verschiedener Vergütungsformen für die Leistungserbringer im Gesundheitswesen. Sie unterscheiden sich erheblich hinsichtlich der Motivation prophylaktischer Leistungen, medizinischer Qualität und ökonomischer Effizienz. Die Entscheidung für ein bestimmtes Vergütungsmodell erfolgt in der Regel „top down“ auf Bundesebene unter volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten. Die Ausgestaltung auf Ebene der einzelnen Institution unterliegt jedoch häufig starken betriebswirtschaftlichen Impulsen. Die tatsächliche (Nicht-)Erbringung von Leistungen kann allein durch die Ärztinnen und Ärzte stattfinden. Starker institutioneller Druck vermag Ärztinnen und Ärzte dazu verleiten, für ihr Handeln neben der medizinischen Qualität vorwiegend die mikroökonomische, betriebswirtschaftliche Ebene in Betracht zu ziehen. Dies darf dennoch die makroökonomische, volkswirtschaftliche Verantwortung nicht in Vergessenheit geraten lassen.

Literatur



als Zusatzmaterial unter <https://doi.org/10.1007/s15016-026-4335-6> in der Online-Version dieses Beitrags

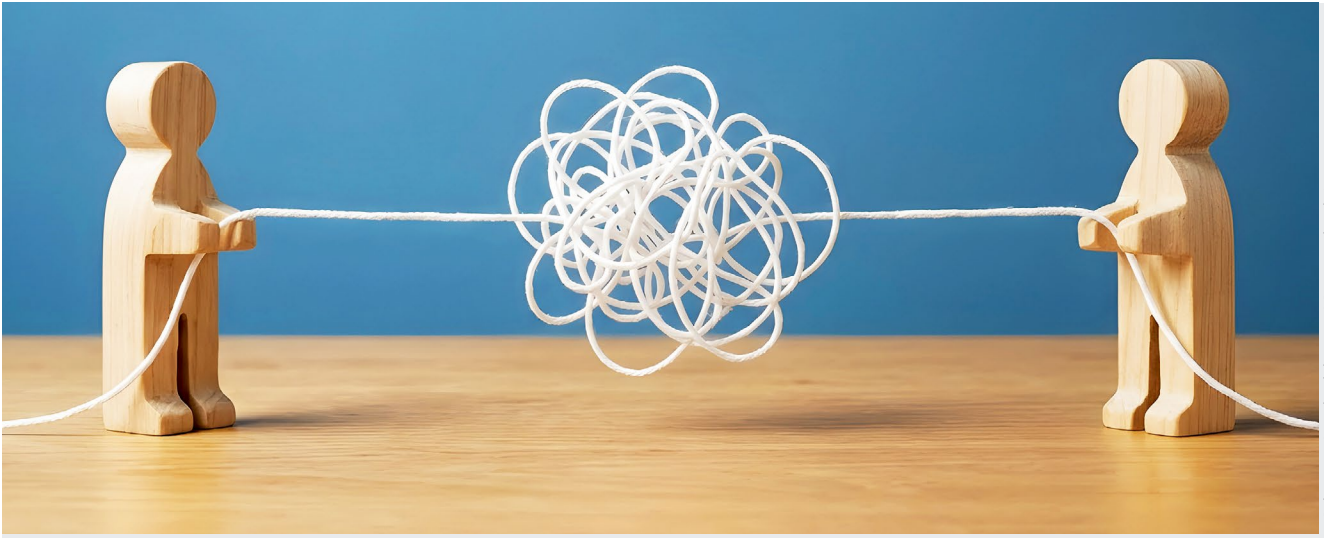
AUTORIN

**Prof. Dr. Dr. med.
Judith Wagner**

Medizinische Fakultät,
Universität Duisburg-
Essen
Hufelandstraße 55
45147 Essen

judith.wagner@uni-due.de





Welche Strategien würden der verworrenen Beziehung zwischen Medizin und Ökonomie gut tun?

Plädoyer für eine selbstbewusste Medizin

Über die Tragik einer pathologischen Beziehung

Die Spannung zwischen medizinischem Ethos und ökonomischer Kalkulation knapper Ressourcen prägt das Gesundheitswesen schon seit Jahrzehnten. Allerdings kann die Ökonomie auch als Instrument statt als Gegner angesehen werden. Entscheidend ist dabei, dass die Ärzteschaft eigene Ziele, Prioritäten und Konzepte entwickelt.

Die Geschichte der Beziehung zwischen Medizin und Ökonomie ist, laut öffentlicher Klageprosa der Ärzteschaft, wohl auserzählt. Die Rollen scheinen verteilt: auf der einen Seite die Medizin, die sich als bedrohte Hüterin des „höchsten Gutes“ versteht, auf der anderen Seite die Ökonomie, die in der Pose des kalten Rationalisten auftritt und der Heilkunst ihre Seele raubt. In der Tat ist es hilfreich, gelegentlich neue und fremde Blicke zu riskieren, das Gewohnte infrage zu stellen.

„Wir sind alle in unseren Geschichten gefangen und können uns leicht über unsere Rolle, das Wesen des Anderen und die Beziehungen täuschen. Menschen haben eine besondere Fähigkeit zur Tä-

schung entwickelt, und die Situationen, in denen sie sich befinden, sind meist nicht eindeutig. ‚Der Mensch ist das Tier, dem man die Lage erklären muss.‘ Mit diesem Satz beginnt Peter Sloterdijk sein Buch ‚Die schrecklichen Kinder der Neuzeit‘ und unterstreicht damit, dass eine realistische Lageeinschätzung immer eine besondere Herausforderung darstellt. Als Soziologe, man könnte auch sagen als Ethnologe, habe ich nun seit vierzig Jahren die Ärzteschaft von innen und außen begleitet und beobachtet. Dabei kann ich der Einschätzung, dass die Berufsgruppe eine gewisse Kunst der Selbsttäuschung entwickelt hat, nicht widersprechen. Eine kluge Einschätzung der Situation ist allerdings

eine entscheidende Voraussetzung für realistisches Handeln. Das gilt insbesondere, wenn es sich um die zweitwichtigste Beziehung handelt, in der die Medizin sich gestellt sieht, nämlich die Beziehung zur Ökonomie. Täuschungen sind hier sehr folgenreich.

Wenn ich von Ökonomie und ökonomischer Rationalität spreche, ist mir wichtig, sie nicht zu reifizieren. Die Ökonomie ist kein eigenständiges Subjekt, das über die Medizin herfällt. Sie ist eine Form rationaler Vernunft, ein Instrument zur Kalkulation knapper Ressourcen. Ob dieses Instrument nützt oder schadet, hängt entscheidend von den Zielen ab, die ihm vorgegeben werden. Wenn die Politik unsinnige Vorgaben

macht, wird ökonomische Steuerung diesen Unsinn nicht korrigieren, sondern effizient hervorbringen. Genau deshalb liegt ein Teil der Verantwortung bei der Ärzteschaft: Sie muss sich an der Entwicklung sinnvoller Ziele beteiligen, statt sich allein als Objekt fremder Rationalitäten zu begreifen.

Eines ist aus meiner Sicht – wenn ich das vorab hervorheben darf – sicher: Das Klagebudget der deutschen Ärzteschaft in dieser Angelegenheit müsste und dürfte erschöpft sein, denn sicher ist, die Ökonomie wird bleiben. Ich kann gut verstehen, dass Sie sich als Beschäftigte im Gesundheitswesen fremd im eigenen Haus fühlen; die ökonomische Rationalität hat Prioritäten verschoben, Hierarchien verändert und eine neue Sprache eingeführt. Das tut weh. Es ist aber darauf zu verweisen, dass das ökonomische Denken das erfolgreichste Denken und Handlungssystem der Moderne ist. Sie haben es also mit einem satisfaktionsfähigen Gegner zu tun. Statt zu klagen, rate ich Ihnen dazu, die Alternativen zu betrachten: Selbstvergewisserung und konzeptionelle Stärkung.

Lage der Medizin

Um das zu verstehen, ist ein kurzer Rückblick erforderlich. Es stellt sich die Frage: Wie konnte es so weit kommen? Die Entwicklung der Medizin in der Nachkriegszeit lässt sich in Phasen einteilen. Dabei war meiner Einschätzung nach bis etwa zum Jahr 1960 die Definitionsmacht der Medizin in allen relevanten Bereichen ungebrochen. Niemand wäre auf die Idee gekommen, von außen zu kritisieren, was die Vertreter der Ärzteschaft in einer konkreten Situation für richtig hielten.

Phasen, die von Stärke und Wohlbe finden geprägt sind, sind jedoch auch gefährliche Perioden. Sie verführen dazu, Dominanz mit Selbstverständlichkeit zu verwechseln und auf theoretische oder konzeptionelle Fundierung zu verzichten. Der erste große Einschnitt lag in den Reformüberlegungen der späten 1950er-Jahre. Schon damals wurde erkannt, dass Nachfrage und Ausgaben im Gesundheitswesen deutlich über der Entwicklung des Bruttoinlandsprodukts lagen und die Eigenverantwortung der Versicherten zurückging. Der Ärzte-

schaft gelang es, die Reform zu stoppen. Es war ein Pyrrhussieg, denn er vertagte nur die Auseinandersetzung mit Problemen, die später umso gröber und unge rechter bearbeitet wurden.

Ab etwa dem Jahr 1977 beginnt die Phase der Kostendämpfung, die ich eher als einen Akt politischer Verzweiflung interpretieren würde. Die eingeführten Budgets sind objektiv die größte und ungerechteste Form, mit überproportionalen Ausgabensteigerungen umzugehen. Allerdings gilt auch, dass eine fehlende konzeptionelle Fantasie der Medizin diese Probleme begünstigt. Wo eine Profession über lange Zeit darauf verzichtet, eigene Vorstellungen von vernünftiger Begrenzung, Prioritätensetzung und Verantwortung im Ressourceneinsatz zu entwickeln, darf sie sich nicht wundern, wenn andere mit groben Instrumenten eingreifen.

„Es wäre falsch, die Ökonomie zu dämonisieren. Sie ist ein ernst zu nehmender Gesprächspartner, weil sie über eine entwickelte Theorie des Umgangs mit Knappheit verfügt.“

Mit Wettbewerb, Markt und Preisen kam später eine neue Steuerungslogik hinzu. Der unbeabsichtigte Nebeneffekt bestand darin, dass nun nicht mehr selbstverständlich professionelle Normen und ärztliche Ethik an erster Stelle der Entscheidungskriterien standen, sondern wirtschaftliche Zielgrößen und ökonomische Präferenzen. Qualitätsorientierung, Kosten-Nutzen-Betrachtungen und weitere Instrumente der Systemsteuerung versprachen Rationalität, brachten aber zugleich die Erfahrung hervor, dass sich Ärztinnen und Ärzte zunehmend als Gegenstand fremder Steuerung erleben. Tatsache ist, dass es der Ökonomie gelungen ist, Schwachpunkte der Medizin offenzulegen, aber auch das Edle in ihr zu gefährden.

Wesen der Ökonomie

Ich vertrete die These, dass die Ärzteschaft durch ihr Verhalten die Ökonomie geradezu herausgefordert, ich würde sogar sagen, provoziert hat, sich um die Fragen der gesundheitlichen Versorgung zu kümmern. Diese Aussage ist nicht als

moralischer Vorwurf gemeint. Sie soll verständlich machen, warum die Ökonomie im Gesundheitswesen überhaupt jene Stellung gewinnen konnte, die sie heute innehat.

Die erste Provokation lag im Auftreten der Medizin selbst. Lange tat sie das mit großer Selbstverständlichkeit, war sich ihrer Dominanz bewusst, ohne diese theoretisch oder konzeptionell hinreichend zu fundieren. Das Handeln erschien von außen vielfach willkürlich und intransparent.

Die zweite Provokation bestand in einer ausgeprägten Unsensibilität gegenüber den Kostenfolgen des eigenen Handelns. Es war für viele Ärztinnen und Ärzte geradezu unter ihrer Würde, den Ressourcenverbrauch in ihr Handlungskalkül mit einzubeziehen.

In den expansiven Kräften des Systems lag die dritte Provokation: medizi-

nischer Fortschritt, politische Versprechensspiralen, immer neue Behandlungsansprüche sowie niedrigschwelliger Zugang, der Versicherte weitgehend von eigener Verantwortung entlastete.

Es wäre jedoch falsch, die Ökonomie zu dämonisieren. Sie ist ein ernst zu nehmender Gesprächspartner, weil sie über eine entwickelte Theorie des Umgangs mit Knappheit verfügt. Für das Medizinsystem relevant sind insbesondere die Kosten-Nutzen-Relation, die Frage, worauf bei der Wahl einer bestimmten Lösung stattdessen verzichtet wird (Opportunitätskosten), dass zusätzlicher Nutzen im Verlauf der Zeit oft kleiner wird (abnehmender Grenznutzen) und die Einsicht, dass Bedürfnisse unbegrenzt sind. Gleichzeitig sind die Voraussetzungen dafür, im Gesundheitswesen wirtschaftlich sinnvolle Entscheidungen zu treffen, ungünstig. Es handelt sich um einen unvollkommenen Markt mit erheblichen Informationsdefiziten, fehlenden Preissignalen und administrierter Preisbildung. Unter solchen Bedingungen entstehen Kollateraleffekte, die den

Kern ärztlicher Tätigkeit beschädigen können. Patientinnen und Patienten empfinden sich stärker als konsumierend, ohne Kostenverantwortung zu tragen, während Ärztinnen und Ärzte in Gefahr geraten, zum Erfüllungsgehilfen ökonomischer Akteure zu werden. Es droht die Degeneration der Medizin zu einem leeren, mengenorientierten Betrieb. Gerade in der gegenwärtigen Reformphase ist es wichtig, dies mit klarem Kopf zu sehen. Nicht jede Reform ist deshalb falsch, weil sie ökonomische Elemente enthält. Aber jede Reform muss sich daran messen lassen, ob sie die Bedingungen guten ärztlichen Handelns stärkt oder schwächt.

Rüstungen der Medizin

Mein Plädoyer zielt nun darauf, die Aktivitäten im Bereich der Klagen zurückzufahren und lieber zu überlegen, welche Selbstvergewisserung und welche Steigerung der eigenen Souveränität der Medizin im Verhältnis zur Ökonomie guttun würden. Die erste Rüstung besteht darin, die theoretische Begründung der Medizin zu stärken. Die Medizin sollte sich ihre Funktion in der modernen Gesellschaft präziser bewusst machen. Sozialanthropologisch betrachtet hat sie zunächst einmal die Funktion der Hintergrundunsicherheit und damit eine erhebliche Aufgabe, die soziale Stabilität in Gesellschaften zu fördern.

Die zweite Rüstung ist die Bereitschaft, an Konzepten der Stabilisierung selbst mitzuwirken. Es ergibt wenig Sinn, die Politik mit der Aufgabe allein zu lassen, die Expansionsdynamik der Medizin zu bremsen. Stattdessen spricht vieles dafür, dass die Ärzteschaft selbst Konzepte entwickeln muss. Gerade heute, da eingreifende Reformen anstehen, wäre es ein Fehler, sich allein auf Protest zu beschränken. Nötig ist eine ärztliche Antwort, die demonstriert, dass Kritikfähigkeit und Gestaltungskraft zusammengehören.

Die dritte Rüstung liegt in einer präziseren Wesensbestimmung der ärztlichen Tätigkeit. Aus soziologischer Sicht sind es vor allem die unbedingte Sorge, keinen erkrankten Menschen allein zu lassen, die Indikationskompetenz, die herausragende Qualität der Kommunikation und die Fähigkeit zum klugen

Entscheiden, die den Wesenskern ärztlicher Tätigkeit bestimmen. Hinzu kommt die besondere ärztliche Kunst des beobachtenden Abwartens. Der Hauptgegensatz zwischen ökonomischer und medizinischer Rationalität besteht aus meiner Sicht darin, dass in der Medizin in langen Handlungs- und Wirkungsketten gedacht werden muss, während vor allem die Betriebswirtschaft dazu neigt, ihr Handeln an kurzfristigen Erfolgen auszurichten.

Schluss: Verbitterung, Ziele und Souveränität

Verbitterung ist in der gegenwärtigen Lage verständlich. Wer über Jahre erlebt hat, wie ökonomische Rationalität Prioritäten verschiebt, Sprache verändert, Hierarchien neu ordnet und den Eindruck erzeugt, als müsse sich die medizinische Vernunft vor betriebswirtschaftlichen Kategorien rechtfertigen, hat allen Grund, diese Entwicklung nicht achselzuckend hinzunehmen. Aber Verbitterung ist kein guter Ratgeber. Sie verengt den Blick, schwächt die Urteilskraft und liefert eine Profession, die auf Souveränität angewiesen ist, am Ende gerade jenen Kräften aus, gegen die sie sich behaupten müsste.

Wenn ich daher dafür plädiere, Verbitterung hinter sich zu lassen und Souveränität zurückzugewinnen, dann meine ich damit nicht, sich der ökonomischen Rationalität zu unterwerfen. Ich spreche mich vielmehr dafür aus, sie auf ihren Platz zu verweisen: als Instrument, nicht als Sinngeber. Ökonomische Vernunft kann helfen, Ressourcen klug einzusetzen, aber sie sagt uns nicht, was eine menschenwürdige Versorgung oder eine verantwortbare Prioritätensetzung ist. Diese Ziele müssen politisch und professionell ausgehandelt werden. Wenn wir uns damit nicht beschäftigen und uns mit unsinnigen Vorgaben abfinden, wird auch die beste Steuerung nichts Sinnvolles hervorbringen.

Es liegt deshalb an der Ärzteschaft, vernünftige Ziele zu entwickeln und einzufordern. Sie kennt die Verletzlichkeit der Patientinnen und Patienten, die Langfristigkeit von Krankheitsverläufen, die Grenzen technischer Machbarkeit und die Notwendigkeit des Maßhaltens. Sie weiß, dass Qualität nicht allein

in Kennziffern aufgeht. Die Medizin sollte sich deshalb daran erinnern, dass ihr Ethos nicht aus Pathos besteht, sondern aus praktischer Verantwortung: aus der unbedingten Sorge für Erkrankte, aus der Bereitschaft, Menschen mit ihrer Krankheit nicht allein zu lassen, aus Indikationskompetenz, Urteilskraft, Kommunikation und der Fähigkeit, in langen Handlungs- und Wirkungsketten zu denken. Darin liegt ihre Würde. Und darin liegt auch ihre Unersetzlichkeit.

Nicht Klage allein, sondern konzeptuelle Stärke; nicht Rückzug, sondern Präsenz; nicht Verbitterung, sondern Souveränität. Wenn die Ärzteschaft ihre Erfahrung in klare Zielvorstellungen, in gesundheitspolitische Vorschläge und in eine robuste Gesprächsbereitschaft einbringt, wird die ökonomische Rationalität zu dem, was sie sein sollte: ein Werkzeug im Dienst vernünftiger, menschlicher Ziele – nicht deren Ersatz. Wer sich dessen vergewissert, gewinnt nicht nur inneren Halt zurück, sondern auch die Kraft, den ökonomischen Herausforderungen der Gegenwart mit größerer Klarheit, größerer Ruhe und größerem Selbstbewusstsein zu begegnen.“

AUTOR

Dr. rer. pol. Wolfgang Klitzsch

Diplom-Soziologe
Gneisenastraße 31
40477 Düsseldorf

wolfgang.klitzsch@
vodafone.de



Maßstäbe für die Gesundheitsreform

Qualität, Humanität, Wirtschaftlichkeit

Die Gesundheitsreformen stehen unter dem Druck begrenzter Einnahmen und steigender Ausgaben. Doch der gesetzliche Auftrag der Gesundheitsversorgung ist umfassender: Der § 70 SGB V verbindet Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit. Wird die gegenwärtige Reformpolitik diesem Anspruch gerecht? Und warum sollten gerade diese drei Prinzipien zum Maßstab gesundheitspolitischer Entscheidungen werden?

Über Jahre und Koalitionen hinweg sind dringende Reformen des Gesundheitswesens ausgeblieben, obwohl namhafte Expertengremien sie wiederholt und gut begründet angemahnt haben. Aktuelle – insbesondere finanzielle – Entwicklungen erzwingen nun notwendige Eingriffe. Notwendig im wahren Sinn des Wortes: um eine Not abzuwenden.

Das GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz (GKV-BStG) ist eine solche Maßnahme mit zahlreichen Akteurinnen, Akteuren und Betroffenen. Diese unterliegen oft eigenen Zwängen: Politik ist dem Gemeinwohl verpflichtet, ist aber zugleich an vorgegebene Wahlperioden gebunden. Krankenkassen sollen eine umfassende Versorgung gewährleisten und gleichzeitig ihre Beitragssätze im Wettbewerb begrenzen. Krankenhäuser

haben qualitativ hochwertige Versorgung wirtschaftlich zu organisieren, während erforderliche Investitionsmittel teilweise fehlen. Vertragsärztinnen und Vertragsärzte tragen Investitions- und Insolvenzrisiken und sollen dabei unter zunehmend schwierigen Rahmenbedingungen die ambulante Versorgung sicherstellen. Patientinnen und Patienten sowie Versicherte als Hauptbetroffene bleiben bei der Gestaltung meist außen vor. Diese Zielkonflikte sind seit Jahrzehnten bekannt. Solange übergeordnete und überprüfbare Versorgungsziele fehlen, können die Beteiligten ihren jeweiligen Bereich nach eigenen Interessen optimieren – gegebenenfalls auf Kosten des Gesamtsystems [1]. Solange ausreichend finanzielle Mittel vorhanden waren, ließen sich die Folgen begrenzen. Diese Zeiten sind allerdings vorbei.

Wofür § 70 SGB V steht

§ 70 SGB V fordert eine Versorgung, die Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit miteinander verbindet [2]. Doch aktuelle Reformen machen die Konflikte zwischen diesen drei Dimensionen deutlich. Dabei drohen zentrale Anforderungen an die Gesundheitsversorgung aus dem Blick zu geraten. Insbesondere, wenn sie unter hohem Zeitdruck geplant und umgesetzt werden sollen.

Verantwortliche Gesundheitspolitikerinnen und -politiker kennen diese Abhängigkeiten. Allerdings befinden sie sich angesichts unerlässlicher, aber unpopulärer Reformen in einem echten politischen Dilemma. Jean-Claude Juncker hat dies treffend beschrieben: „Wir wissen alle, was wir tun müssen. Wir wissen nur nicht, wie wir wiedergewählt werden, wenn wir es getan haben.“ [3]



Der Gesetzgeber hat mit dem § 70 SGB V den Maßstab gesetzt – jetzt muss Reformpolitik ihn anwenden.

Dilemma des Gesundheitssystems

Laut § 70 SGB V sind Krankenkassen und Leistungserbringer zu einer bedarfsgerechten, gleichmäßigen und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen und pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechenden Versorgung verpflichtet. Sie muss also ausreichend, zweckmäßig, fachlich geboten und wirtschaftlich sein. Darüber hinaus sollen Krankenkassen und Leistungserbringer auf eine humane Behandlung der Kranken hinwirken [2]. Bemerkenswert ist die systematische Einordnung des Paragraphen in das Kapitel „Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern“. Krankenkassen und Leistungserbringer tragen damit gemeinsam Verantwortung für die Ausgestaltung der Versorgung.

Aus dem § 70 SGB V lassen sich wegen der Allgemeinheit der Vorschrift grundsätzlich keine individuellen Leistungsansprüche ableiten [4]. Vereinfacht lässt sich aber unterscheiden: Das Wirtschaftlichkeitsgebot betrifft wesentlich die Bedingungen des Ressourceneinsatzes. Das Humanitätsgebot richtet den Blick zusätzlich darauf, wie Leistungen erbracht werden. Die scheinbare Einfachheit des Paragraphen bedingt zudem ein zentrales Dilemma der deutschen Gesundheitsversorgung: Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit sind keine voneinander unabhängigen Größen. Eingriffe in eine Dimension können die anderen verändern. Diese Wechselwirkungen werden in einer stark von Kostensenkungen bestimmten Reformdiskussion leicht übersehen. Der Ausgleich zwischen dieser Trias entscheidet jedoch darüber, ob Reformen das Gesundheitssystem wirklich zweckdienlich optimieren.

Qualität

Qualität lässt sich nach DIN EN ISO 9000:2015 als Grad definieren, in dem Merkmale eines Objekts bestimmte Anforderungen erfüllen [5]. Ein Objekt kann ein Produkt, eine Dienstleistung, ein Prozess oder ein System sein. Konkrete Anforderungen an das Produkt ergeben sich aus Erwartungen der Patientinnen und Patienten, gesetzlichen Vorgaben oder fachlichen Standards.

In der Gesundheitsversorgung wird Qualität meist auf medizinische Leistun-

gen bezogen. Wesentlich seltener wird nach deren Organisation, Qualität der politischen Rahmensetzung, der Selbstverwaltung oder Entscheidungsprozessen gefragt. Bei tiefgreifenden Reformen wäre aber gerade auch die Qualität der Eingriffe selbst in das Gesundheitssystem zu beurteilen: Sind Ziele definiert? Werden Wirkungen überprüft? Wie werden sie gemessen? Werden unerwünschte Folgen für andere Bereiche berücksichtigt?

Wirtschaftlichkeit

Wirtschaftlichkeit ist nicht mit Kostensenkung gleichzusetzen. Sie beschreibt vielmehr das Verhältnis von Aufwand zu erreichtem Ergebnis. Gesundheitsökonomisch können dabei direkte, indirekte und auch weitere monetär erfassbare Kosten (intangible Kosten) relevant sein. Letztere sind oft schwierig zu erfassen. Diskussionen reduzieren die Betrachtungen meist auf direkte Kosten. Eine Betrachtung unmittelbarer Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung greift aber zu kurz. Eine Maßnahme, die Ausgaben auf der einen Seite senkt, kann sie auf der anderen Seite erhöhen. Einschränkungen an einer Stelle können beispielsweise zusätzliche stationäre Behandlungen, längere Arbeitsunfähigkeiten oder höhere Belastungen für Patientinnen, Patienten und Angehörige zur Folge haben.

Empirisch betrachtet besteht zwischen Gesundheitsausgaben und Versorgungsqualität kein einfacher linearer Zusammenhang. Ein systematisches Review fand positive als auch negative sowie nicht eindeutige Zusammenhänge zwischen Kosten und Qualität [6]. Wirtschaftlichkeit lässt sich erst beurteilen, wenn Aufwand und Ergebnis einschließlich relevanter Folgewirkungen betrachtet werden. Eine Maßnahme kann die Ausgaben eines Sektors reduzieren und dennoch für das Gesundheitssystem insgesamt unwirtschaftlich sein. Außerdem können Kostensenkungen in einem Teil des Systems Belastungen auf jene, die die Kosten tragen und die Leistung erbringen oder empfangen verlagern.

Humanität

Lassen sich Qualität und Wirtschaftlichkeit noch vergleichsweise einfach be-

schreiben, so ist Humanität deutlich schwieriger zu operationalisieren. Dennoch macht § 70 Abs. 2 SGB V Humanität zu einer expliziten Anforderung an die Gestaltung der Versorgung [2].

Am besten erschließt sich die Forderung nach humaner Krankenbehandlung aus ihrer Entstehungsgeschichte: Humanität wurde im Jahr 1989 mit dem Gesundheitsreformgesetz (GRG) als Kriterium in das SGB V aufgenommen. Nach der juristischen Kommentierung sollte sie insbesondere Risiken entgegenwirken, die aus fortschreitender Technisierung und Spezialisierung der Medizin entstehen können. Gefordert ist eine den Patientinnen und Patienten zugewandte Krankenbehandlung [4]. Heute kommen Personalmangel, Ökonomisierung, digitale Transformation und künstliche Intelligenz (KI) als weitere, signifikante Einflüsse hinzu.

Die Kommentierung des Paragraphen führt die Grundsätze von Qualität, Wirtschaftlichkeit und humaner Krankenbehandlung auf verfassungsrechtliche Prinzipien wie Menschenwürde, Sozialstaatsprinzip und Gleichheitsgrundsatz zurück [4]. Für Patientinnen und Patienten bedeutet dies insbesondere die Wahrung ihrer Menschenwürde und Selbstbestimmung, die Berücksichtigung ihrer individuellen physischen und psychischen Situation sowie eine angemessene persönliche Zuwendung.

Humanität steht damit gleichberechtigt neben Qualität und Wirtschaftlichkeit. Sie erweitert die systemische Bewertung von Versorgung ausdrücklich um die Perspektive der Erkrankten.

Humanität begründet an sich keine besonderen Leistungsansprüche in der gesetzlichen Krankenversicherung [4]. Das Gesetz bietet gleichwohl unter den aktuellen Bedingungen einen bemerkenswert modernen Bewertungsrahmen für Reformen und Eingriffe in das Versorgungsgeschehen: Nicht eine einzelne Dimension, sondern das Verhältnis der Dimensionen zueinander ist dabei entscheidend.

Für die hier betrachteten Zielkonflikte genügt ein pragmatischer Ansatz: Zeit für Kommunikation, verständliche Information, persönliche Zuwendung, Berücksichtigung individueller Bedürfnisse und zumutbare Arbeitsbedingungen

sind keine bloßen „weichen“ Faktoren. Gerade unter finanziellem Druck können sie gegenüber messbaren Kosten in den Hintergrund treten. Jede Reform, die Ausgaben senkt und gleichzeitig beispielsweise die für Patientinnen und Patienten verfügbare ärztliche Zeit weiter reduziert, muss deshalb auch unter dem Gesichtspunkt der Humanität bewertet werden.

Alternativlose Reformen?

Der Weg eines Gesetzes von der Gestaltung in den Ministerien bis zu seiner Verabschiedung im Bundestag ist eindeutig geregelt. Der Nationale Normenkontrollrat fordert für eine gute Gesetzgebung, Wirkung und Vollzug in den Mittelpunkt zu stellen: „Erst der Inhalt, dann die Paragraphen“ [7].

Gesetze werden dem Bundestag nach der Geschäftsordnung als Drucksache vorgelegt. Die Drucksache Nr. 21/6130 zum GKV-BStG beschreibt im Kapitel C, dass es zu ihr keine Alternativen gäbe [1]. Das bedeutet, dass keine Alternativen vorgelegt wurden, und nicht, dass es zum gewählten Vorgehen tatsächlich keine Alternativen gibt. Alternativlos ist lediglich die Tatsache, dass im Gesundheitswesen etwas geschehen muss – nicht aber, was und wie genau.

Aktuelle Maßnahmen zur Stabilisierung der GKV-Finzen begrenzen im Wesentlichen Ausgaben für Leistungen. An dieser Stelle wird der Zielkonflikt mit Hinblick auf § 70 SGB V besonders deutlich: Kosten werden gesenkt, indem Leistungen gekürzt werden. Werden aber Leistungen nicht erbracht, ändert sich notwendigerweise auch das erzielte Ergebnis. Zwar wird explizit behauptet: „(...) gleichzeitig werden ein hohes Leistungsniveau und eine hohe Versorgungsqualität beibehalten (...)“, eine konkrete Folgenabschätzung, die das belegen würde, fehlt hingegen.

Werden Aufwand und Wirkung zeitgleich reduziert, bleibt offen, wie sich im Nettoeffekt die Wirtschaftlichkeit verändert. Leistungskürzungen könnten die Qualität der Versorgung sogar steigern, wenn dadurch Über- und/oder Fehlbehandlungen reduziert werden. Entsprechende Nachweise werden nicht erbracht. Dabei gäbe es durchaus Möglichkeiten, Qualität, Humanität und Wirt-

schaftlichkeit im Verbund zu steigern und das sogar bei sinkenden Kosten. Natürlich immer nur aus Sicht der Patientinnen und Patienten, für die das Gesundheitssystem geschaffen wurde.

Also: Alternativlos ist das Gesetz keineswegs. Eine wirkliche Reform braucht aber klare Versorgungsziele [1]. Solche Ziele wurden bislang noch nicht verbindlich formuliert. Bürgerdialoge haben im Rahmen des Projektes „Neustart!“ unter anderem folgende Erwartungen formuliert [8]:

- Stärkung von Prävention und Gesundheitsbildung,
- solidarische und transparente Finanzierung,
- Verbesserung von Qualität und individueller Versorgung,
- einheitliche Standards für die Digitalisierung bei angemessenem Datenschutz,
- Vorrang des Gemeinwohls vor Partikularinteressen und
- Stärkung der Solidargemeinschaft.

Diese Ansätze könnten an die heutigen Bedingungen angepasst werden. Ergänzend liegt mit „Neustart!“ für das Gesundheitsrecht“ ein Handlungskatalog für Politik und Selbstverwaltung zu weitreichenden Reformen des SGB V vor [9].

Angeichts der angekündigten Reformen bietet sich gerade jetzt eine besondere Gelegenheit, die Gesundheitsversorgung primär am Bedarf von Bürgerinnen und Bürgern auszurichten und gleichzeitig förderliche Arbeitsbedingungen für Leistungserbringende im Auge zu behalten.

Maßstab für Reformen

Zahlreiche Probleme der Gesundheitsversorgung sind nicht neu. Die Erfahrung zeigt allerdings, dass Gesundheitspolitik und Selbstverwaltung ihre Planungen häufig primär an Strukturen und Finanzen ausrichten [10]. Und ohne klare und überprüfbare Ziele finden die Beteiligten zwangsläufig Wege, jeweils ihre eigenen Interessen zu verfolgen. Für diejenigen, die Leistung empfangen oder erbringen und für das Gemeinwohl wäre damit wenig gewonnen.

Zusätzlich sind konfliktträchtige Diskussionen vorprogrammiert: Wer leitet die Struktur? Wer bekommt Zugriff auf

die Ressourcen? Auf Verbandsebene werden Lösungen dann oft in Formelkompromissen gesucht, bei denen Versicherte, Patientinnen und Patienten sowie Leistungserbringende wenig Berücksichtigung finden.

Da das Gesundheitssystem nicht neu geschaffen, sondern nur verbessert wird, wäre eine systematische Folgenabschätzung für Betroffene vor der Einführung sinnvoll. Deshalb fordert der Nationale Normenkontrollrat für die Gesetzesvorbereitung eine klare Zieldefinition, die Prüfung von Alternativen sowie eine frühzeitige Einbindung von Betroffenen sowie Expertinnen und Experten [5].

Das gesetzliche Prüfmandat des Nationalen Normenkontrollrates umfasst unter anderem die nachvollziehbare Darstellung von Ziel und Notwendigkeit einer Regelung, Alternativen, die Evaluierung und digitale Umsetzbarkeit. Regelungsentwürfe der Bundesministerien werden vor der Vorlage an das Bundeskabinett geprüft [11]. Für Reformen der Gesundheitsversorgung liegt es nahe, diese Perspektive um die Auswirkungen auf Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit zu ergänzen. Diese Vorgehensweise ist logisch richtig, erfordert jedoch etwas mehr Zeit. Es bleibt abzuwarten, ob dieser Spielraum gegeben sein wird.

Chancen auch digital nutzen

Für die digitale Transformation gelten die obigen Betrachtungen sinngemäß. Wegweisend ist ein einfacher Grundsatz: Vor jeder technischen Umsetzung müssen Ziele und Prozesse geklärt sein. Andernfalls werden bestehende Abläufe lediglich digitalisiert, ohne sie grundsätzlich zu verbessern. Gewachsene Trampelpfade werden asphaltiert, anstatt neue Wege geschaffen [12].

Die Einführung der Telematik-Infrastruktur (TI) böte zahlreiche Gelegenheiten, Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit in Einklang zu bringen, anstelle isolierte Teilbereiche mit IT-Lösungen zu versorgen, die untereinander unzureichend verbunden sind. Zudem beweisen digitale Großprojekte, dass Anwendungen dann dauerhaft akzeptiert werden, wenn sie für ihre Nutzer tatsächlich nützlich und nutzbar sind [13].

Dimensionen bedingen einander

Nahezu alle Reformen beeinflussen die drei Dimensionen des § 70 SGB V. Da sie sich darüber hinaus durch zahlreiche wechselseitige Abhängigkeiten beeinflussen, ist der Nettoeffekt nicht immer vorhersagbar.

Wenn, wie das aktuell der Fall ist, ein übergeordnetes Rahmenkonzept fehlt, sucht jeder Verantwortliche in seinem überschaubaren Bereich nach Lösungen, die zumindest seine eigenen Ziele sichern. Diese Lösungen sind dann meist weder skalierbar noch anschlussfähig. Dies zeigen mehrere Beispielprojekte, die durch den Innovationsfond gefördert wurden: Lokal erzielen sie sehr gute Ergebnisse, die aber nicht einfach über föderale Grenzen hinweg portiert werden können.

Seit Gründung des Bundesministeriums für Digitales und Staatsmodernisierung weitet sich die Einstellung: „Der Staat der Zukunft ist vorausschauend, vernetzt, leistungsfähig und orientiert sich an den Bedürfnissen seiner Bürgerinnen, Bürger und Unternehmen.“ Das sind vielversprechende Aussichten. Allerdings ist dahin noch ein ganzes Stück des Weges zu gehen: „Um das zu ermöglichen, braucht es ein neues digitales Fundament – ein Betriebssystem für Deutschland. Einheitliche Standards und Schnittstellen führen unseren föderalen Staat ins digitale Zeitalter. Der Bund übernimmt dabei eine Vorreiterrolle und stellt digitale Werkzeuge sowie Plattformen bereit, die auch Ländern und Kommunen zur Verfügung stehen. So entsteht eine gemeinsame Grundlage für eine moderne Verwaltung.“ [14]

Mit einer vergleichbaren Einstellung und Vorgehensweise könnte ein zukunfts fähiges Gesundheitssystem entstehen, das sich an Versorgungszielen orientiert.

Wenn Versorgungsprozesse klar definiert sind, ergibt sich zwangsläufig, welche Strukturen dafür gebraucht werden, und wie Patientinnen und Patienten im Rahmen einer humanen Gesundheitsversorgung lenkend unterstützt werden können. Natürlich muss sich die Ausgestaltung an verfügbaren Ressourcen orientieren. Aber da Prozesse flexibel und skalierbar sind, sorgen iterative Anpassungen für die gewünschte Gesundheitsversorgung.

Reformen verursachen Aufwand und in der Regel auch Kosten. Veränderte Arbeitsabläufe erzielen Wirkungen, können aber auch neue Fehlerquellen schaffen. Entscheidend sind nicht Methoden oder Technologien, sondern einzig und allein, ob deren Einsatz Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit verbessern und Zielkonflikte weitgehend vermeiden.

Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung erfolgen nicht absolut, sondern nach Maßstäben der Wirtschaftlichkeit: Wenn Kosten zur Fehlervermeidung den erwarteten Nutzen übersteigen, sollten sie unterbleiben. Das Institut for Healthcare Improvement verwendet den Begriff „Waste“ für Aktivitäten oder Ressourcen, die nicht zum Nutzen für Leistungserbringende oder Leistungsempfänger beitragen [15]. Wird eine solche Verschwendung, etwa durch Doppelarbeit, Wartezeiten, den Verfall von Materialien aufgrund überschrittener Haltbarkeitsfristen, komplexen Prozessen sowie Über- und Fehlversorgung, vermieden, steigt die Qualität bei sinkenden Kosten – meist ohne große Investitionen.

Die Definition von Versorgungszielen unterstützt die Wirtschaftlichkeit durch einen zielgenauen und effizienten Einsatz von Ressourcen, steigert die Qualität durch optimierte Prozesse und passgenaue Strukturen nach dem Minimalprinzip und fördert die Humanität durch eine Maximierung von Nutzen.

Diese einfachen Beispiele zeigen, dass die Anforderungen des § 70 SGB V nicht im Widerspruch stehen. Im Gegenteil: Gut gestaltete Versorgung steigert Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit gleichermaßen. Angesichts fortschreitender Spezialisierung wird gerade in der Neurologie eine problemorientierte Lenkung zunehmend dringlicher, aber auch anspruchsvoller. Knappe Ressourcen könnten bedarfsgerecht allokiert und zusätzliche Zeit für individuelle Behandlung und Zuwendung geschaffen werden.

Fazit für die Praxis

Die gegenwärtige finanzielle Situation erzwingt Veränderungen im deutschen Gesundheitssystem. Die Notwendigkeit, Ausgaben zu begrenzen, ist nicht zu bestreiten. Kostensenkungen selbst dürfen aber nicht

zum isolierten Reformziel werden. Das Gesundheitsreformgesetz stellt seit dem Jahr 1989 mit dem § 70 SGB V einen wertvollen Maßstab für solche Eingriffe bereit. Gesundheitsversorgung muss bedarfsgerecht, qualitativ angemessen, wirtschaftlich und human sein. Diese Anforderungen beeinflussen sich gegenseitig und können in Zielkonflikte münden, die letztlich politisch entschieden werden müssen. Deshalb müssen die Auswirkungen aktueller Kostensenkungsmaßnahmen auf Qualität, Humanität und tatsächliche Wirtschaftlichkeit systematisch untersucht und berücksichtigt werden. Gerade in einem komplexen System kann eine kurzfristige Einsparung bereits mittelfristig höhere Kosten verursachen oder Versorgungsqualität und Humanität beeinträchtigen. Kostensenkung bedeutet nicht erhöhte Wirtschaftlichkeit.

Eine wirkliche Reform erfordert zunächst klare und überprüfbare Versorgungsziele. Erst danach sollten Strukturen, Finanzierung und digitale Instrumente neu gestaltet werden. Digitalisierung und KI eröffnen dabei erhebliche Möglichkeiten. Ihre Anwendung muss eindeutig darauf gerichtet sein, Versorgungsziele zu erreichen und Nutzen für alle Beteiligten zu schaffen.

Die Chance der gegenwärtigen Reformdiskussion besteht darin, bei Eingriffen in die Wirtschaftlichkeit Aufwand und Ergebnis immer zusammen und gemeinsam mit Qualität und Humanität zu denken – und zwar für Patientinnen, Patienten und Leistungserbringende.

Literatur



als Zusatzmaterial unter <https://doi.org/10.1007/s15016-026-4333-8> in der Online-Version dieses Beitrags

AUTOR

Dr. Dr. Klaus Piwernetz

medimaxx health
management GmbH
Brienner Straße 55
80333 München



Medicus oeconomicus 2.0

Zukunft des Arztberufs

Was bleibt von der ärztlichen Kernkompetenz, wenn Wissen jederzeit verfügbar und Künstliche Intelligenz in Diagnostik, Kommunikation und Entscheidungsfindung zunehmend konkurrenzfähig wird? Dieser Essay skizziert die Erosion des klassischen Medicus oeconomicus und fragt, worauf sich die Legitimation des Arztberufs künftig stützen wird.

Der Medicus oeconomicus erscheint als stille, regelmäßig ignorierte Nebenfigur jeder Gesundheitssystemdebatte: jene Ärztin oder jener Arzt, die oder der einerseits ökonomischen Zwängen unterliegt, andererseits aber – im Unterschied zum systemtheoretischen Modell des Homo oeconomicus – eben nicht rein rational-nutzenmaximierend handelt, sondern der ethischen Verpflichtung im Einklang mit dem Eid des Hippokrates nachkommt.

Säule der Versorgung

Damit ist der Medicus oeconomicus die zuverlässig tragende Säule des deutschen

Gesundheitssystems. Der Beweis für diese Hypothese ist unspektakulär und gerade deshalb überzeugend: Die Versorgung funktioniert. Im ambulanten Bereich sichert die Ärzteschaft als freier Berufsstand flächendeckend die Versorgung, im stationären Bereich bildet derselbe Medicus oeconomicus das Rückgrat leistungsfähiger, wirtschaftlich geführter Krankenhausunternehmen. Dass Praxisinsolvenzen die Ausnahme bleiben, ist keine Randnotiz, sondern die Bestätigung der These: Das System trägt sich, weil Ärztinnen und Ärzte unternehmerisch handeln und gleichzeitig heilkundlich verantwortlich bleiben.

Unter Druck

Traditionell wird der Medicus oeconomicus von zwei Seiten infrage gestellt. Die eine ist ideologisch: eine Debatte, die ärztliches Unternehmertum pauschal verdächtigt, der Ökonomie gegenüber Menschlichkeit und Qualität den Vorrang zu geben. Die andere ist strukturell: Kontrollmechanismen, etabliert und exekutiert von KVen ebenso wie von Krankenkassen, prüfen ärztliches Handeln mit dem selektiven Blick auf die Kennziffern der Wirtschaftlichkeit.

Bis heute hat die Ärzteschaft sich an beides gewöhnt und pragmatische Auswege gefunden, um die Gesundheitsversorgung auf hohem Niveau ebenso sicherzustellen wie den eigenen Wohlstand. Doch die Zeiten haben sich geändert und das Modell erodiert.

Die eine Erosion kommt von innen, aus der Ärzteschaft selbst. Teile der jungen Ärztegeneration verweigern sich der Rolle des Medicus oeconomicus – nicht primär aus dem Wunsch nach Work-Life-Balance, sondern weil sie verstehen, dass das Modell den Ansprüchen ihrer Generation nicht mehr entspricht. Sie wollen schlicht nicht mehr unter den wirtschaftlichen und organisatorischen Bedingungen der klassischen Niederlassung arbeiten. Aus dem flächendeckenden Medicus oeconomicus wird der angestellte Arzt. Möglicherweise angestellt bei einem Homo oeconomicus.

Neuer Wettbewerber

Die größere Erosion kommt von außen und die sich ändernde Variable heißt Künstliche Intelligenz. Niemand weiß heute genau, welche Veränderungen anstehen. Da gute Medizin auf der Basis von Wissen und Kommunikation funk-



Teile der jungen Ärztegeneration wollen nicht mehr unter den wirtschaftlichen und organisatorischen Bedingungen der klassischen Niederlassung arbeiten.

tioniert, dürften KI-Anwendungen ein gewaltiges Potenzial bieten. Hinzu kommt, dass das Weltwissen der Medizin in Publikationen und Leitlinien weitestgehend als Trainingsdaten für KI-Anwendungen frei verfügbar ist. Es wundert deshalb nicht, dass aktuelle Studien KI-Systeme Ärztinnen und Ärzten nicht nur ebenbürtig, sondern in vielen Bereichen überlegen erscheinen.

Kein Monopol mehr

Der Terminus *Technicus* heißt *Unfair Advantage*. Die unfairen Vorteile, die den Wettbewerb zwischen einem approbierten *Medicus* mit einem KI-Doktor unmöglich machen, sind zahlreich: Die KI besitzt ein exponentiell umfassenderes, in Echtzeit aktualisierbares Wissen über alle Fachgebiete hinweg. Eine KI ist permanent verfügbar, kennt keinen Unterschied zwischen Tag- und Nachtdienst und schon gar keinen Urlaub oder begrenzte Sprechstundenzeiten. Mit nahezu unbegrenzter Kapazität kann die KI so parallel eine unvorstellbar hohe Anzahl von Patienten versorgen und sich dabei so viel Zeit nehmen, wie der Patient es will. 100 oder mehr Arztkontakte pro Jahr sind möglich und bei gleichzeitig sinkenden Grenzkosten für ärztliches Wissen und Handeln gut finanzierbar. Wird die menschliche Komponente benötigt, kann nicht ärztliches Personal per KI zu einer faktisch gleichwertigen Behandlungsinstanz aufgewertet werden. Und selbst bei der Empathie schneiden KI-Chatbots in mehreren Studien besser ab als menschliches Gesundheitspersonal. Wer immer noch die Kombination aus Ärztin/Arzt und KI für eine gute Idee hält, der kann in einer hochkarätig publizierten Studie der Stanford University nachlesen, dass Ärztinnen und Ärzte dazu tendieren, die von einer KI vorgeschlagene medizinisch richtige Lösung zu ignorieren und dadurch zu potenziell fahrlässigem Handeln neigen. Die Zeit könnte kommen, in der nachgewiesen werden muss, sich per KI abgesichert zu haben, bevor ein Vorschlag zu Diagnostik oder Therapie gemacht wird.

Politik bahnt Wandel

Die Politik jedenfalls bahnt bereits den Weg in die neue KI-Welt, der die Ärzteschaft um Lohn und Brot bringen könn-

te. Wer den Entwurf des „Gesetzes für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen“ mit Verständnis für Technologie und Zukunft liest, braucht wenig Phantasie, um aus der „digitalen Bedarfseinschätzung“ in Kombination mit der „Entwicklung von KI-Modellen“ und der „kontinuierlichen konzeptionellen Weiterentwicklung der elektronischen Patientenakte“ die Tür zu sehen, hinter der der unschlagbar preiswerte und im Sinne der Patientinnen und Patienten agierende 24/7-KI-Doktor wartet.

Soweit die technikzentrierte Sichtweise, die manche gerne als technokratische Allmachtsphantasien abtun würden. Fakt ist tatsächlich, dass niemand genau weiß, was passieren wird. Technologische Sprünge haben stets dazu geführt, dass der Gegenwart die zukünftige Daseinsberechtigung abgesprochen wurde. Zugegeben ist die Daseinsberechtigung einer Schreibmaschine nach dem Markteintritt bezahlbarer Computer gegen null gesunken. Festnetztelefonie ist auch nicht mehr das, was sie einmal war, seit es die Mobiltelefonie gibt. Auf der anderen Seite boomen Live-Konzerte, obwohl die Streamingdienste jede Art von Musik in Echtzeit zur Verfügung stellen. Die Sehnsucht nach einem menschlichen Gegenüber wird in Zeiten von KI sicher nicht weniger werden. Menschen – als Ärztinnen und Ärzte und als Patientinnen und Patienten – werden weiter in Sprechzimmern zusammenfinden. Und sicher werden Gespräche in diesem Kontext eine andere und oftmals bessere Qualität haben. Was allerdings nicht mehr wiederkommen wird, ist die Exklusivität der Ärzteschaft als Medizinerinnen und Mediziner. Oder, wie es vor einiger Zeit auf einem Kongress hieß: „Der Mediziner der Zukunft wird nicht zwingend Arzt sein“.

Primäre ärztliche Kompetenz

Die Zukunft wird davon abhängen, wie sich die Ärzteschaft positioniert. Viel Zeit bleibt nicht, um Antworten zu finden. Antworten auf die Erosion von innen – die wachsende Distanz der jungen Generation zum eigenen Berufsmodell – und auf die Erosion von außen – der technologisch überlegene Wettbewerber, der ausgerechnet in den Kerndomänen ärztlicher Tätigkeit antritt. Dazu braucht

die Ärzteschaft eigene Konzepte und Verbündete. Letztere in den Reihen der Politik zu suchen, die händeringend Möglichkeiten der Kostensenkung bei gleichzeitiger 24/7-Versorgung anstrebt, wäre ebenso naiv, wie der Gedanke, dass Krankenkassen den *Medicus oeconomicus* stützen werden. Bleiben die Patientinnen und Patienten. Also die, die mitunter wochenlang auf einen Termin warten und oft genug zu hören bekommen, dass die Aufnahme von Neupatienten nicht möglich sei. Die, die Tag und Nacht bei Amazon bestellen, und dann nach 18:00 Uhr vor der verschlossenen Tür ihrer Ärztin oder ihres Arztes stehen. Die, die schon heute KI im Alltag nutzen und in der Zeitung lesen, dass Ärztinnen und Ärzte auch ChatGPT benutzen, wenn sie nicht mehr weiterwissen. Jede und jeder mag aus der Patientenschaft im Geiste diejenigen aufzählen, die der Gegenwart die Treue halten, wenn die KI-Zukunft anklopft.

Es liegt an der Ärzteschaft zu definieren, was primäre ärztliche Kompetenz in Zeiten von KI bedeutet. Das wird ihr niemand abnehmen und von der Antwort wird vieles abhängen. Es könnte funktionieren, zählen doch Optimismus und die Kompetenz, auch in schwierigen Situationen effektiv zu handeln, zu den Kerneigenschaften des Arztberufs.

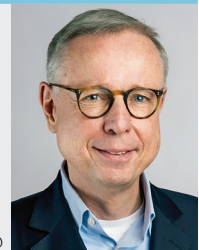
Der Autor ist Partner bei Heal Capital, ein auf digitale Gesundheit spezialisierter Venture-Capital-Fonds. Dessen Ziel ist es, vielversprechende HealthTech-Unternehmen mit Kapital, Expertise und Zugang zum Gesundheitssystem beim Wachstum zu unterstützen. Der Fonds versteht sich als Finanzinvestor und Brücke zwischen Innovation und Versorgung. Im Portfolio finden sich Unternehmen aus den Bereichen KI, digitale Praxisorganisation, Primärversorgung, Radiologie, Genomik, Telemedizin und ambulante Versorgung.

AUTOR

Dr. med. Markus Mueschenich, MPH

Partner Heal Capital
heal.capital Management GmbH
Rosenthaler Straße 49
10178 Berlin

markus.mueschenich@
healcapital.com



Zwischen Regeln und Urteilskraft

Medizin braucht Handlungsspielraum

Hartmut Rosa beschreibt in seinem Buch „Situation und Konstellation“, wie Regeln, Verfahren und Algorithmen menschliches Handeln zunehmend in vorgegebene Bahnen lenken. Seine Begriffe treffen einen zentralen Konflikt der Medizin: Ärztliches Handeln braucht Regeln – und zugleich den Spielraum, in der konkreten Situation wahrzunehmen, abzuwägen und verantwortlich zu entscheiden.

Wirtschaftliche Bedingungen prägen den ärztlichen Alltag heute in vielfältiger Weise. Ärztinnen und Ärzte treffen Entscheidungen immer stärker nach gesetzlichen, administrativen und organisatorischen Vorgaben, die ihre professionellen Handlungsspielräume begrenzen. Wirtschaftlichkeitsprüfungen, Datenschutzbestimmungen, Dokumentations- und Abrechnungsvorgaben sowie zahlreiche sozial-, haftungs- und strafrechtliche Regelungen bestimmen den Rahmen, in dem Medizin stattfindet.

Problematisch sind im medizinischen Kontext weniger die Regeln, die professionelles Handeln unterstützen – wie medizinische Leitlinien, Klassifikationen oder diagnostische Standards. Sie bündeln Wissen, schaffen Orientierung

und ermöglichen es, fundiertere Entscheidungen zu treffen. Sie sichern Qualität, schaffen Transparenz, verteilen Ressourcen verantwortungsvoll oder gewährleisten Rechtssicherheit.

Spannungen und Herausforderungen entstehen dort, wo Vorgaben nicht als Werkzeuge dienen, sondern medizinisch sinnvolles Arbeiten begrenzen. Kritisch sind also nicht Regelungen an sich, sondern ihre zunehmende Verdichtung. Unterschiedliche Steuerungslogiken beanspruchen gleichzeitig Geltung und der Raum, in dem sich medizinische Entscheidungen primär an der individuellen Situation orientieren, wird immer kleiner. Dies beschränkt sich keineswegs auf ärztliche Tätigkeiten. Auch Pflegekräfte, Therapeutinnen und Therapeuten, Mitarbeitende der Krankenkassen oder an-

derer Institutionen des Gesundheitswesens kennen die Divergenz zwischen individueller Situation und institutionellen Vorgaben aus ihrem beruflichen Alltag.

Wer dieser Entwicklung eine ebenso einfache wie präzise Sprache gegeben hat, ist Hartmut Rosa. In seinem Buch „Situation und Konstellation – Vom Verschwinden des Spielraums“ analysiert er, wie moderne Gesellschaften menschliches Handeln zunehmend durch Regeln, Verfahren und institutionelle Steuerungsmechanismen organisieren. Seine Analyse liefert die Begriffe, die es benötigt, um auszudrücken, warum viele Menschen heute den Einruck gewinnen, immer weniger selbst zu agieren und immer häufiger vorgegebene Muster umzusetzen. Gerade deshalb lohnt es sich, seine Überlegungen auf die Medizin zu übertragen.

Wie das Leben rationalisiert wird

Ausgangspunkt des Buches ist Rosas Beobachtung, dass moderne Gesellschaften immer erfolgreicher darin werden, Unsicherheit in berechenbare Entscheidungsprozesse zu überführen. Das westlich-moderne Konzept von Rationalität beruht laut Rosa „auf der Hoffnung, das Leben rechtlich, bürokratisch, ökonomisch und technisch immer besser und auf ausgefeiltere Weise in den Griff zu bekommen, bis wir mehr oder minder alle Situationen konstellativ beherrschen können. [...] Modernisierung als Rationalisierung bedeutet, die Welt systematisch berechenbar und beherrschbar zu machen“.

Dieses Projekt sei außerordentlich erfolgreich gewesen. Transparenz, Vergleichbarkeit, ökonomische Effizienz,



Regeln und Verfahren geben Orientierung. Die konkrete Situation verlangt dennoch Urteilskraft und Verantwortung.

Nachvollziehbarkeit, Rechtssicherheit, Fehlerminimierung und Schutz vor Willkür gehörten zu den großen Errungenschaften der Moderne. Rosa ist demzufolge weit davon entfernt, diese Entwicklung grundsätzlich infrage zu stellen. Sein Werk ist keine kulturpessimistische Klage über die Moderne und spricht sich nicht gegen Regeln oder Institutionen aus. Im Gegenteil: Konstellationen schaffen Verlässlichkeit und ermöglichen es komplexen Gesellschaften zu funktionieren. Die eigentliche Frage lautet vielmehr, welcher Preis für diesen Erfolg zu bezahlen ist.

Regeln stehen im Zentrum

Im Zentrum von Hartmut Rosas Buch steht eine scheinbar einfache Feststellung: Es gibt einen Unterschied zwischen Situation und Konstellation.

Menschen leben und handeln in Situationen. Situationen sind offen, komplex und niemals vollständig vorhersehbar. Wer in einer Situation agiert, muss wahrnehmen, abwägen und Verantwortung übernehmen. Handeln bedeutet laut ihm „auf eine Situation zu reagieren, ihr zu antworten und sie in eine für wünschenswert und angemessen gehaltene Richtung zu verändern.“ Was in einer konkreten Situation richtig ist, lässt sich deshalb niemals vollständig im Voraus bestimmen.

Eine Konstellation ist ein Entscheidungsrahmen, der durch Regeln, Verfahren, Parameter oder Algorithmen geprägt ist. Konstellationen reduzieren Komplexität. Durch sie entstehen Muster, die verständlich sind, die mit anderen verglichen und in Beziehung gesetzt werden können. Genau deswegen sind sie für moderne Gesellschaften unverzichtbar. Das Problem ist nicht, dass Konstellationen existieren. Es entsteht dort, wo Menschen sich ausschließlich nach konstellativen Vorgaben richten und die Möglichkeit, situativ zu entscheiden, ausschließen.

Für diese Entwicklung nennt Rosa zahlreiche Beispiele. Im Fußball entscheidet der Schiedsrichter immer seltener allein aufgrund seines situativen Eindrucks. Der Videobeweis rekonstruiert anhand eines festgelegten Regelwerks, ob eine definierte Konstellation vorlag. Im Bildungswesen orientieren

sich Unterricht und Leistungsbewertung zunehmend an standardisierten Verfahren und engen die Spielräume für die Berücksichtigung psychosozialer Umstände ein. Selbst das Kinderspiel sei davon betroffen. Aus Klemmbausteinen entstanden früher Burgen, Raumschiffe oder Fantasiegebäude. Heute entstehen hochkomplexe Modelle, deren Bau vor allem darin besteht, nummerierte Arbeitsschritte korrekt auszuführen.

Diese Entwicklung sieht Buchautor Hartmut Rosa ausdrücklich nicht als Verfallsgeschichte. Konstellationen lösen reale Probleme. Sie erhöhen Sicherheit, reduzieren Willkür und schaffen Fairness. Dennoch beobachtet er eine schleichende Verschiebung. Konstellative Vorgaben bestimmen immer öfter, wie auf Situationen geantwortet wird. Aus diesem Grund erinnert er daran, dass Situationen prinzipiell reicher und komplexer sind als Regeln, Verfahren oder Algorithmen sie je erfassen könnten. Kaum eine Profession macht dieses Spannungsverhältnis so unmittelbar erfahrbar wie die Medizin.

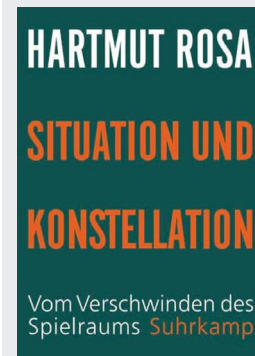
Konstellative Gesundheit

„Situation und Konstellation – Vom Verschwinden des Spielraums“ ist keine Analyse des Gesundheitssystems. Rosa widmet dem nur wenige Seiten. Darum ist es überraschend, wie präzise seine Beobachtungen den ärztlichen Alltag treffen. Er beschreibt, wie die komplexe Gesundheitssituation eines Menschen zunehmend in „behandelbare und durch die Kassen abrechenbare Parameter“ zerlegt werde. Er vermutet, hierin könne sogar ein Grund für die anhaltende Attraktivität von Heilpraktikern liegen. Diese verstünden Krankheit noch als „ganzheitliche Angelegenheit“ und ließen die krankheitsverursachende Situation „mitunter bis zu den Himmelskonstellationen reichen“. Sie würden dadurch eine ganze Person in einer komplexen Situation behandeln – oder das vielmehr beanspruchen – und nicht einen parametrisch ermittelten Körperwert.

Vielleicht verweist eben diese ironische Zuspitzung überdeutlich auf die Spannung zwischen wirtschaftlichen Anforderungen und der medizinischen Praxis. Im ärztlichen Alltag zeigt sich dies besonders dort, wo medizinisch

Buch-Tipp!

Selbstbestimmtheit zurückgewinnen



Hartmut Rosa

Situation und Konstellation – Vom Verschwinden des Spielraums

Suhrkamp Verlag, 2026, 5. Auflage

ISBN: 978-3-518-58833-8; 25 €

Hartmut Rosa zählt zu den bedeutendsten Soziologen der Gegenwart. In seinem Buch *Situation und Konstellation* richtet er den Blick auf eine grundlegende Veränderung moderner Gesellschaften: den Versuch, menschliches Handeln durch Regeln und Algorithmen berechenbar zu machen und zu steuern.

Diese Verschiebung bleibt nicht ohne Folgen. Ermessens- und Gestaltungsspielräume verschwinden. Erfahrung, Kreativität und Urteilskraft verlieren an Bedeutung.

Rosa lotet aus, wie es gelingen kann, innerhalb notwendiger konstellativer Strukturen Raum für Urteilsvermögen, Verantwortung und situatives Handeln zu bewahren oder zurückzugewinnen. Er schärft den Blick für die Bedingungen, die es braucht, damit professionelles Handeln nicht im Vollzug von Vorgaben aufgeht.

Sinnvolles mit rechtlichen, administrativen oder ökonomischen Vorgaben kollidiert. Off-Label-Regularien, Aut-idem-Vorgaben, Wirtschaftlichkeitsanforderungen oder sich teilweise widersprechende Anforderungen verschiedener Rechtsbereiche können dazu führen, dass die Frage, was für den Einzelnen

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.

therapeutisch angemessen wäre, nur noch eine von mehreren gleichzeitig zu beantwortenden Fragen ist.

Für die Medizin lässt sich Rosas Analyse deshalb um einen Gedanken ergänzen: Konstellative Vorgaben, die sich aus verschiedenen Blickwinkeln ergeben, bedingen das ärztliche Vorgehen. Die medizinische Rationalität fragt nach dem fachlich angemessenen Vorgehen, die ökonomische nach der Finanzierbarkeit, die juristische nach der Rechtssicherheit, die administrative nach Dokumentation und Nachweisbarkeit und die politische nach dem, was regulatorisch gewollt ist. Keine dieser Rationalitäten ist für sich genommen illegitim. Die eigentliche Herausforderung besteht darin, dass sie an der konkreten Patientin oder dem konkreten Patienten gleichzeitig wirksam werden und ihre Anforderungen oft nicht vereinbar sind. Wie so oft droht der Begriff „Patientenorientierung“ wegen der vielfältigen Sichtweisen und Ziele sowie der konstellativen Grenzen zu einer sinnfreien Worthölse zu werden.

Spielräume verschwinden

Hinzu kommt, dass konstellative Verflechtungen nicht etwas sind, das „von außen“ über Ärztinnen und Ärzte kommt. Auch sie wirken an ihrer Entstehung mit. Zu Recht fordert die Ärzteschaft Arbeitsschutz, Rechtssicherheit, Qualitätssicherung und klare Verantwortlichkeiten. Auch in der ärztlichen Selbstverwaltung wurde über Jahrzehnte eine kaum noch überschaubare Menge an Bestimmungen erzeugt. Von Weiterbildungsordnungen über Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagementvorgaben bis hin zu Hygiene-, Dokumentations- und Nachweispflichten. Vieles davon ist im Einzelnen sinnvoll und aus guten Gründen entstanden. Doch die Summe gut begründbarer Regeln engt den Handlungsspielraum immer weiter ein.

Vielleicht erklärt dies das wachsende Unbehagen vieler Ärztinnen und Ärzte. Wenn der Raum kleiner wird, in dem professionell beurteilt und situationsangemessen gehandelt werden kann, entsteht nicht nur Frustration über Bürokratie. Es berührt das eigene Verständnis davon, was es bedeutet, Ärztin oder

Arzt zu sein. Wer angetreten ist, Menschen zu behandeln, Entscheidungen zu treffen und Verantwortung zu übernehmen, verwaltet zunehmend Vorgaben, Nachweise und Zuständigkeiten – ein Prozess, der nicht selten Ohnmacht, Frustration und schließlich auch Verbitterung erzeugt und zu „*Lethargie und Energiemangel*“ führt.

„Der Zwang, Dinge nur noch vollziehen zu müssen, raubt den Menschen die individuelle Handlungsenergie und Kreativität.“

Für die Medizin besitzt diese Entwicklung eine besondere Bedeutung. Denn Krankheit ist niemals nur eine Diagnose. Sie ist immer auch eine individuelle Lebenssituation. Zwei Personen mit derselben Erkrankung, denselben Laborwerten oder identischen MRT-Befunden können völlig unterschiedliche Sorgen, Erwartungen und Lebensumstände mitbringen. Was medizinisch angemessen ist, erschließt sich deshalb nicht allein aus objektivierbaren Daten, sondern erst in der Begegnung mit dem einzelnen Menschen.

Ärztliche Verantwortung

Professionelles Arbeiten besteht nicht nur daraus, Wissen oder Regeln umzusetzen, sondern darin, die unterschiedlichen Anforderungen einer konkreten Situation verantwortungsvoll zusammenzuführen. Hierin liegt auch die Aktualität des Buches von Hartmut Rosa. Es beschreibt nicht nur den schleichenden Verlust von Handlungsspielräumen, sondern erinnert ebenso daran, was der Kern professionellen Agierens im Allgemeinen ist: der verantwortungsvolle Umgang mit Situationen, die sich niemals vollständig in Regeln, Parametern oder Verfahren auflösen lassen.

Regeln erfüllen ihren eigentlichen Sinn erst dann, wenn sie Urteilkraft und moralisch verantwortliches Handeln ermöglichen, statt es zu ersetzen. Für Ärztinnen und Ärzte bedeutet das, medizinische, ökonomische, rechtliche und organisatorische Rationalitäten zu integrieren und daraus im Einzelfall eine verantwortbare Entscheidung zu entwickeln. Diese Integrationsleistung lässt sich weder vollständig standardisieren noch algorithmisieren. Politik muss

dafür die Rahmenbedingungen schaffen, wenn Medizin nicht ihren humanitären Kern verlieren soll. Andernfalls wird der fortschreitenden Entfremdung der ärztlichen Tätigkeit weiter ihren Lauf gelassen und sich von den Leitmotiven patientenzentrierter Medizin entfernt. Das hat niemand besser beschrieben als der kanadische Arzt und Medizinhistoriker William Osler (1849–1919): „*Der gute Arzt behandelt die Krankheit; der großartige Arzt behandelt den Patienten, der die Krankheit hat.*“ Dieses über 100 Jahre alte Zitat erinnert daran, dass Empathie und Zuhören Kerntugenden medizinischen Praktik bleiben müssen. Rosa formuliert es zugespitzt: „*Erst wo man Augenmaß und Fingerspitzengefühl auch gegen die Regel einzusetzen bereit ist, findet menschliches Handeln und menschliche Begegnung statt.*“

Die Zukunft der Medizin entscheidet sich nicht allein an neuen Therapien oder Technologien. Sie entscheidet sich auch daran, ob der Raum bewahrt wird, in dem Ärztinnen und Ärzte ihre wissenschaftliche Kompetenz mit Erfahrung, Verantwortung und Urteilkraft zum Wohl des einzelnen Menschen einsetzen. Medizin ist dann am besten, wenn sie beides bleibt: evidenzbasiert und resonanzfähig.

„*Wenn wir als Gesellschaft die schleichende Transformation unseres Tätigseins vom Handeln zum Vollziehen aufhalten wollen, müssen wir damit beginnen, uns wechselseitig und vor allem auch institutionell als moralisch verantwortliche Akteure wahrzunehmen; dann müssen wir uns wechselseitig und institutionell zumuten, solche Akteure zu sein, die sich gegenseitig Spielräume des Handelns zugestehen wollen. Vertrauen in die erfahrungsbasierte Urteilkraft des jeweils anderen muss dabei der Grundmodus der Interaktion sein.*“

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich

Fortbildung

Immundefizienz

Wie sich HIV neurologisch manifestiert

Neurologische Beschwerden bei Menschen mit dem humanen Immundefizienzvirus Typ 1 (HIV-1) reichen von milden kognitiven Defiziten bis zu akut lebensbedrohlichen opportunistischen Infektionen. Entscheidend sind Immunstatus, Verlauf, Bildgebung und eine gezielte Liquordiagnostik.

SONJA FAUST

© alexxndr / stock.adobe.com



Bei Menschen mit HIV-1 kann auch das Nervensystem direkt oder indirekt über chronische Immunaktivierung geschädigt werden. Um lebensbedrohliche Komplikationen zu vermeiden, müssen erste Symptome frühzeitig als solche erkannt werden.

Die antiretrovirale Therapie (ART) hat Inzidenz und Letalität schwerer neurologischer Komplikationen einer Infektion mit dem humanen Immundefizienzvirus Typ 1 (HIV-1) deutlich reduziert. Verschwunden sind diese nicht [1]. Neurologische Symptome können die Erstmanifestation einer bislang unerkannten HIV-1-Infektion sein, bei bekannter Infektion auf eine unzureichende Virussuppression oder eine opportunistische Erkrankung hinweisen, oder trotz supprimierter Plasma-HIV-RNA auftreten. Gleichzeitig werden Menschen mit HIV älter – vaskuläre, metabolische, psychiatrische und neurodegenerative Komorbiditäten gewinnen damit an Bedeutung.

Für die klinische Einordnung ist eine ätiologische Systematik hilfreich: HIV-1 kann das Nervensystem direkt oder über chronische Immunaktivierung schädigen. Die zelluläre Immundefizienz begünstigt opportunistische Infektionen und Tumoren. Hinzu kommen immunvermittelte Erkrankungen, das Immunrekonstitutionssyndrom (IRIS), Arzneimitteltoxizität und häufige, nicht HIV-spezifische Differenzialdiagnosen. Ein positiver HIV-Status darf daher nicht dazu führen, dass jedes Symptom vorschnell dem HIV zugeordnet wird.

Die drei wichtigsten Orientierungsgrößen sind der zeitliche Verlauf, die aktuelle und niedrigste jemals gemessene Zahl der Cluster-of-Differentiation-4-positiven T-Lymphozyten (CD4-Zellzahl beziehungsweise CD4-Nadir) sowie die HIV-RNA in Plasma und gegebenenfalls im Liquor. Akut einsetzende Kopfschmerzen mit Fieber oder Meningismus, rasch progrediente fokale Defizite, Bewusstseinsstörungen, neue epileptische Anfälle und eine subakute Myelopathie sind Warnzeichen. Sie erfordern in der Regel eine dringliche, häufig stationäre Abklärung. Eine wirksame ART ist unabhängig von CD4-Zahl und Klinik indiziert [2].

Fallbeispiel

Ein 42-jähriger Patient mit kürzlich diagnostizierter HIV-1-Infektion wird wegen Kopfschmerzen, Verlangsamung und einer seit drei Tagen zunehmenden linksseitigen Hemiparese aufgenommen. Die CD4-Zahl beträgt 38/μl, die Plasma-HIV-RNA 280.000 Kopien/ml. Eine ART wurde noch nicht begonnen. Die MRT zeigt drei ringförmig kontrastmittelanreichernde Läsionen mit perifokalem Ödem, darunter eine Läsion in den rechten Basalganglien. Toxoplasma-Immunglobulin G (Toxoplasma-IgG) ist positiv.

Die Konstellation begründet den dringenden Verdacht auf eine Toxoplasma-Enzephalitis. Nach Abnahme der erregergerichteten Diagnostik wird eine antiparasitäre Therapie begonnen. Glukokortikoide bleiben einem klinisch relevanten Maseneffekt vorbehalten. Die Kontrolluntersuchung nach zwölf Tagen ergibt eine deutliche Besserung von Hemiparese und Läsionsgröße. Wäre diese ausgeblieben, müssten insbesondere ein primäres ZNS-Lymphom, eine unzureichende Wirkstoff-

Tab. 1: Klinische Leitsymptome und prioritäre Differenzialdiagnosen

Leitsyndrom	besonders zu bedenken	prioritäre Diagnostik
akute/subakute Meningitis	akute HIV-1-Infektion, Kryptokokkose, Tuberkulose, bakterielle oder herpetische Infektion	MRT/CT nach Klinik; Liquor mit Öffnungsdruck, Zellzahl, Protein, Glukose, Kultur/Polymerrasekettenreaktion (PCR)/Antigen; HIV-1-RNA
fokales Defizit oder Anfall	Toxoplasmose, progressive multifokale Leukoenzephalopathie (PML), primäres ZNS-Lymphom, Infarkt/Vaskulitis	kontrastmittelgestützte MRT; erregergerichteter Liquor, sofern sicher; gegebenenfalls Biopsie
kognitive oder Verhaltensänderung	HIV-assoziierte neurokognitive Störung (HAND), ZNS-Escape, Depression/Schlafstörung, Medikamente, opportunistische Infektion (OI), neurodegenerative oder vaskuläre Erkrankung	Fremd-/Eigenanamnese, Neuropsychologie, Labor; MRT und Liquor risikoadaptiert
Myelopathie/ Polyradikulopathie	vakuoläre Myelopathie, Zytomegalievirus (CMV), Varizella-Zoster-Virus (VZV), Herpes-simplex-Virus (HSV), humanes T-lymphotropes Virus Typ 1 (HTLV-1), Syphilis, Vitamin-B12-Mangel, Kompression	spinales MRT, Liquor, Erregerdiagnostik, Vitamin B12, Neurophysiologie
längenabhängige sensible Neuropathie	HIV-assoziierte distalsymmetrische Polyneuropathie (HIV-DSP), Diabetes, Alkohol, Vitaminmangel, Niereninsuffizienz, Medikamente	Anamnese, Labor, Elektro-neurografie; Small-Fiber-Diagnostik bei Bedarf

exposition und eine alternative Infektion erneut geprüft sowie eine Hirnbiopsie erwogen werden. Der ART-Beginn wird infektiologisch koordiniert – Interaktionen mit antiinfektiver und antikonvulsiver Begleitmedikation werden vorab geprüft (Tab. 1).

Akute HIV-1-Infektion: an HIV-RNA denken

Eine aseptische Leptomeningitis kann bereits etwa zwei Wochen nach der Ansteckung im Rahmen der hohen Virämie auftreten. Kopfschmerzen, Fieber, Photophobie, Übelkeit und Hirnnervenpareesen sind möglich, ein Meningismus kann fehlen. Der Liquor weist typischerweise eine mononukleäre Pleozytose auf. Klinisch lässt sich die Manifestation nicht zuverlässig von anderen viralen Meningitiden unterscheiden.

Besonders wichtig ist das diagnostische Fenster: Neurologische Symptome können der Serokonversion vorausgehen. Ein negativer Antikörpertest schließt eine akute HIV-1-Infektion deshalb nicht aus. Bei passender Expositionsanamnese oder begleitendem akuten retroviralen Syndrom mit Fieber, Exanthem, Pharyngitis oder Lymphadenopathie sollte HIV-1-RNA im Plasma bestimmt werden. Je nach Konstellation ist zusätzlich die Liquor-HIV-RNA sinnvoll. Parallel müssen behandelbare Differenzialdiagnosen, insbesondere Herpes-simplex-, Varizella-zoster- und bakterielle Infektionen, berücksichtigt werden. Nach Sicherung der Diagnose ist unabhängig von CD4-Zahl und neurologischer Ausprägung eine wirksame ART indiziert.

HAND bleibt Ausschlussdiagnose

Nach den Frascati-Kriterien hat die HIV-associated neurocognitive disorder (HAND) drei Schweregrade: asymptomatische neurokognitive Beeinträchtigung, milde neurokognitive Störung und HIV-assoziierte Demenz [3]. Für eine Diagnose nach diesen Kriterien ist ein erworbenes Defizit in mindestens zwei kognitiven Domänen notwendig. Die Stadien unterscheiden sich vor allem danach, ob und wie stark Alltagsfunktionen beeinträchtigt sind. Das asymptomatische Stadium ist umstritten, weil umfangreiche Testbatterien auch bei Gesunden auffällige Einzelwerte erzeugen können [4].

Das klassische subkortikal-frontale Profil umfasst eine psychomotorische Verlangsamung, reduzierte Aufmerksamkeit, die Einschränkungen von Arbeitsgedächtnis und Exekutivfunktionen, eine verminderte verbale Flüssigkeit sowie den erschwerten Abruf gelernter Inhalte. Angehörige können schon frühzeitig einen Initiativverlust, eine affektive Verflachung oder eine Verlangsamung im Alltag bemerken. Eine ausgeprägte Amnesie oder Aphasie, frühe kortikale Ausfälle und ein rasch progredienter Verlauf sollten dagegen besonders an andere Ursachen denken lassen.

Risikofaktoren für HIV-HAND sind ein niedriger CD4-Nadir, eine hohe oder länger bestehende Viruslast, zurückliegende Erkrankungen des erworbenen Immundefektsyndroms (Acquired Immune Deficiency Syndrome, AIDS), höheres Lebensalter und eine lange Infektionsdauer. Vaskuläre und metabolische Risiken, Schlafstörungen, Depression und Substanzkonsum tragen zusätzlich bei. Gerade bei virologisch suppressierten Personen sind Beschwerden häufig multifaktoriell [5].

Vom Screening zur Diagnose

Ein kognitives Screening ist kein Diagnosenachweis. Weder das Montreal Cognitive Assessment noch die HIV-Demenz-Skala erfassen zuverlässig das gesamte Spektrum milder HAND-Formen. Ein unauffälliges Ergebnis beendet die Abklärung nicht, wenn die Patientin, der Patient oder Angehörige eine relevante Veränderung schildern. Umgekehrt rechtfertigt ein auffälliger Kurztest ohne Prüfung von Alltag, Stimmung, Bildung, Sprache, Schlaf und Komorbiditäten nicht die HAND-Diagnose.

Am Anfang des Screenings stehen Fremd- und Eigenanamnese, Medikamenten- und Substanzanamnese, neurologischer und psychiatrischer Befund sowie die Einschätzung der Alltagskompetenz. Das Basislabor umfasst unter anderem Glukosestoffwechsel, Schilddrüsenfunktion, Vitamin B12 be-

ziehungsweise Folat, Syphilisserologie, CD4-Zahl und Plasma-HIV-RNA. Weitere Infektionsdiagnostik erfolgt risikoadaptiert. Bei anhaltenden oder alltagsrelevanten Beschwerden ist eine standardisierte neuropsychologische Untersuchung erforderlich.

Die MRT ist bei leichten, stabilen Beschwerden nicht in jedem Fall zwingend, bei progredientem Verlauf, fokalen Zeichen, Anfällen oder Verdacht auf eine alternative ZNS-Erkrankung hingegen Methode der Wahl. Ein normales MRT schließt HAND nicht aus. Bei HIV-assoziiierter Demenz können diffuse Atrophie und symmetrische Veränderungen der weißen Substanz vorkommen. Fokale raumfordernde oder asymmetrisch progrediente Läsionen sprechen für andere Diagnosen.

Eine Liquorpunktion ist insbesondere bei rascher Progression, auffälligem MRT, fokal-neurologischem Befund, nicht supprimierter Viruslast, fortgeschrittener Immundefizienz oder klinischem Verdacht auf ZNS-Infektion angezeigt. Zum Basisprogramm gehören Öffnungsdruck, Zellzahl, Protein, Glukose- beziehungsweise Liquor-Serum-Glukose-Quotient und erregerrichtete Untersuchungen. HIV-RNA sollte in Plasma und Liquor zeitnah bestimmt werden. Abhängig von Klinik und Immunstatus kommen unter anderem PCR auf JC-Virus, Zytomegalievirus (CMV), Herpes-simplex-Virus (HSV) und Varizella-Zoster-Virus (VZV), Kryptokokken-Antigen, Bakterien- und Pilzkultur, Mykobakteriendiagnostik, Syphilisdiagnostik sowie Zytologie und Durchflusszytometrie hinzu.

Viraler ZNS-Escape

Bei einem viralen ZNS-Escape ist HIV-RNA im Liquor nachweisbar, obwohl die Plasma-HIV-RNA supprimiert ist, oder die Liquorviruslast deutlich über der Plasmaviruslast liegt. Klinisch relevante Formen können sich mit kognitiver Verschlechterung, Gangstörung, Verhaltensänderung, fokalen Defiziten oder entzündlichen Marklagerveränderungen manifestieren. Ein bloßer asymptomatischer Laborbefund ist davon zu unterscheiden [6].

Vor einer ART-Umstellung müssen Adhärenz, Einnahmemodus, Resorption und Arzneimittelinteraktionen geprüft sowie opportunistische Infektionen und andere Ursachen ausgeschlossen werden. Bei ausreichender Viruslast sollte eine genotypische Resistenztestung aus dem Liquor erfolgen. Die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) empfiehlt sie bei mehr als 1.000 HIV-RNA-Kopien/ml. Die neue Kombination wird gemeinsam mit HIV-Spezialistinnen und -Spezialisten nach Resistenzprofil und erwartbarer Wirksamkeit im ZNS gewählt. Ein hoher historischer Central-Nervous-System-Penetration-Effectiveness-Score (CPE-Score) allein ist kein hinreichendes Auswahlkriterium: Entscheidend sind aktive Substanzen, Resistenzbarriere, Verträglichkeit und Interaktionen. Für eine empirische „Intensivierung“ ohne dokumentiertes Problem besteht keine gesicherte Evidenz.

Opportunistische Erkrankungen

Mit abnehmender CD4-Zahl steigt die Wahrscheinlichkeit opportunistischer Erkrankungen. Schwellenwerte sind allerdings Orientierungshilfen, keine Ausschlusskriterien. Vorbehandlung, unvollständige Adhärenz, funktionelle Immundefizienz

und IRIS können das Bild verändern. Bei rasch progredienten zentralen Ausfällen sollte immer an eine opportunistische Infektion oder ein ZNS-Lymphom gedacht werden [7].

Toxoplasma-Enzephalitis

Die Toxoplasma-Enzephalitis tritt meist bei CD4-Werten unter 100/μl als Reaktivierung auf. Typisch sind subakute Kopfschmerzen, Fieber, fokale Defizite, Enzephalopathie oder Anfälle. Die MRT ist sensitiver als die CT und zeigt meist multiple, ringförmig kontrastmittelanreichernde Läsionen mit perifokalem Ödem, häufig in Basalganglien und kortikomedulärem Übergang. Das Bild kann einem primären ZNS-Lymphom ähneln.

Eine positive Toxoplasma-IgG-Serologie stützt die Verdachtsdiagnose. Immunglobulin M (IgM) ist bei Reaktivierung nicht hilfreich. Die Liquor-PCR besitzt eine hohe Spezifität, aber eine Sensitivität von häufig unter 50 %. Bei einer typischen Konstellation wird daher nach Abnahme der Diagnostik eine empirische Therapie begonnen. Standardoptionen sind Pyrimethamin plus Sulfadiazin und Folsäure oder, leitlinienabhängig gleichwertig beziehungsweise alternativ, hochdosiertes Trimethoprim und Sulfamethoxazol. Glukokortikoide sind nur bei klinisch relevantem Masseneffekt oder drohender Herniation angezeigt, da sie den Befund und die Abgrenzung zum Lymphom verändern können. Bleibt eine klinische und radiologische Besserung innerhalb von etwa zehn bis 14 Tagen aus, müssen Diagnose, Adhärenz und Differenzialdiagnosen überprüft und eine Hirnbiopsie überlegt werden.

Leukoenzephalopathie

Die progressive multifokale Leukoenzephalopathie (PML) entsteht durch Reaktivierung des John-Cunningham-Virus (JC-Virus). Über Tage bis Wochen entwickeln sich fokale Defizite, etwa eine Hemiparese, Ataxie, ein Gesichtsfeldausfall, eine Aphasie oder kognitive und verhaltensbezogene Veränderungen. Fieber, Meningismus und ausgeprägte Kopfschmerzen sind untypisch. Die MRT präsentiert uni- oder multifokale T2-gewichtete beziehungsweise in der Fluid-attenuated-inversion-recovery-Sequenz (FLAIR) hyperintense Marklagerläsionen, meist ohne Masseneffekt und mit keiner oder nur geringer Kontrastmittelaufnahme. Unter beginnender Immunrekonstitution kann eine entzündliche PML mit Kontrastmittelaufnahme und Ödem auftreten [8].

Die Diagnose beruht auf einer passenden klinischen Darstellung und einer MRT in Verbindung mit Desoxyribonukleinsäure (DNA) des JC-Virus im Liquor. Wegen methodischer Unterschiede sollte die PCR in einem erfahrenen Labor erfolgen. Ein negatives Ergebnis schließt die PML nicht aus – bei fortbestehendem Verdacht werden Liquoruntersuchung und MRT wiederholt, gegebenenfalls ist eine Hirnbiopsie erforderlich. Eine erwiesenermaßen wirksame spezifische antivirale Therapie gibt es nicht. Zentral ist die rasche Einleitung oder Optimierung der ART zur Immunrekonstitution. Checkpoint-Inhibitoren, virusspezifische T-Zellen und andere experimentelle Ansätze gehören nicht zur Routineversorgung. Glukokortikoide kommen bei schwerem PML-IRIS mit relevantem Ödem oder Masseneffekt als Einzelfallentscheidung infrage.

Kryptokokken-Meningitis

Kryptokokken verursachen bei fortgeschrittener Immundefizienz eine subakute Meningoenzephalitis. Kopfschmerzen, Fieber, Übelkeit, Verwirrtheit, Sehstörungen oder Hirnnervenausfälle können über Tage bis Wochen zunehmen, ein Meningismus und eine ausgeprägte Liquorpleozytose können fehlen. Der Öffnungsdruck muss bei der Lumbalpunktion gemessen werden. Kryptokokken-Antigene in Serum und Liquor sowie Pilzkulturen sind zentral; ein frisches Tuschepräparat kann die Diagnose unterstützen.

Die Behandlung umfasst auch Induktion, Konsolidierung und Erhaltung. Für die Induktion wird in ressourcenreichen Settings in der Regel liposomales Amphotericin B mit Flucytosin eingesetzt, anschließend Fluconazol. Ein erhöhter intrakranieller Druck lässt sich durch wiederholte Lumbalpunktionen senken. Acetazolamid, Mannitol und routinemäßige Glukokortikoide sind hier nicht wirksam [9]. Wegen der Gefahr eines ZNS-IRIS wird eine neu zu beginnende ART bei Kryptokokken-Meningitis üblicherweise um vier bis sechs Wochen verzögert [10]. Der richtige Zeitpunkt und das richtige Regime berücksichtigt die infektiologisch-neurologische Mitbehandlung.

Weitere Differenzialdiagnosen

Eine CMV-Polyradikulomyelitis oder -Enzephalitis betrifft vor allem Personen mit sehr niedrigen CD4-Werten. Rasch progrediente schlaffe Paresen, Sphinkterstörungen und radikuläre Schmerzen beziehungsweise Enzephalopathie und Ventrikulitis sind Warnkonstellationen. Liquor-PCR sowie MRT unterstützen die Diagnose und die antivirale Therapie erfordert die Beachtung von Knochenmark- und Nierentoxizität.

Eine tuberkulöse Meningitis kann eine basale Meningitis, Hirnnervenparesen, Hydrozephalus, Infarkte oder Tuberkulome verursachen. Liquortests sind nicht ausreichend sensitiv und die Therapie, ART-Zeitpunkt und Rifamycin-Interaktionen erfordern eine spezialisierte Abstimmung. Auch Neurosyphilis, VZV-Vaskulopathie, bakterielle Meningitis, Herpesenkephalitis, das primäre ZNS-Lymphom und vaskuläre Erkrankungen sind – abhängig vom Syndrom – mögliche Differenzialdiagnosen.

Immunrekonstitution beachten

Das IRIS tritt meist in den ersten Wochen bis Monaten nach Beginn oder Wiederaufnahme einer wirksamen ART auf. Beim „unmasking IRIS“ wird eine zuvor subklinische opportunistische Infektion klinisch sichtbar. Beim paradoxen IRIS verschlechtert sich eine bereits behandelte Erkrankung nach anfänglicher Besserung. Risikofaktoren sind aktive oder hohe Erregerlast, CD4-Werte unter 50/μl, eine hohe Ausgangsviruslast und ein rascher virologischer Abfall.

Die IRIS-Diagnose kann nach Ausschluss von Therapieversagen, Resistenz, mangelnder Adhärenz, Arzneimitteltoxizität und neuer Erkrankung gestellt werden. Die ART wird meist fortgeführt, während die zugrunde liegende Infektion konsequent behandelt wird. Glukokortikoide sind nicht pauschal indiziert, können aber bei schwerer entzündlicher Raumforderung, PML-IRIS oder bestimmten anderen lebens- beziehungsweise funktionsbedrohenden Verläufen ins Auge gefasst wer-

den. Besonderheiten gelten für Kryptokokken-Meningitis und tuberkulöse Meningitis; hier ist bereits der Zeitpunkt des ART-Beginns entscheidend.

Rückenmark, periphere Nerven und Muskel

Die seltene HIV-assoziierte vakuoläre Myelopathie verursacht eine langsam progrediente spastische Paraparese, sensible Ataxie und Blasenfunktionsstörungen. Die spinale MRT dient vor allem dem Ausschluss einer Kompression. Infektionen, Syphilis, Vitamin-B12-Mangel, Lymphom und degenerative Myelopathien müssen ausgeschlossen werden. Eine spezifische Therapie ist nicht belegt, weshalb die wirksame ART und Rehabilitation im Vordergrund stehen.

Die distal symmetrische sensible Polyneuropathie ist die häufigste periphere Manifestation. Typisch sind längenabhängige, beidseitige Parästhesien, Brennschmerz oder Taubheit an den Füßen, reduzierte Achillessehnenreflexe und später geringe distale Paresen. Diagnostisch sind Anamnese, neurologischer Befund, Elektroneurografie und die Suche nach häufigen zusätzlichen Ursachen wichtig, darunter Diabetes, Alkohol, Vitaminmangel, Niereninsuffizienz, Hepatitis C und Medikamente [11]. Die früher eingesetzten neurotoxischen Nukleosidanaloga Didanosin, Stavudin und Zalcitabin werden heute nicht mehr verwendet.

Asymmetrie, relevante Paresen, autonome Störung oder rasche Progression passen nicht zu einer unkomplizierten distal symmetrischen Polyneuropathie. Dann sind Vaskulitis, inflammatorische demyelinisierende Polyneuropathie, CMV-Polyradikulitis und Lymphom gezielt zu suchen. Bei Small-Fiber-Verdacht kann trotz normaler Elektroneurografie eine spezifische Diagnostik helfen.

Therapeutisch werden Virussuppression und modifizierbare Ursachen optimiert. Bei neuropathischen Schmerzen empfiehlt

sich eine Orientierung an allgemeinen Leitlinien unter Einbezug möglicher Interaktionen. Die HIV-spezifische Evidenz ist begrenzt, für das Capsaicin-8-Prozent-Pflaster besteht aber ein Wirksamkeitsnachweis [12], während Studien zu Pregabalin und Amitriptylin inkonsistent beziehungsweise negativ waren. Physiotherapie, Fußpflege, Sturzprävention und realistische Therapieziele sind Teil des Konzepts.

HIV-assoziierte Myopathien sind selten. Proximale Schwäche, Myalgien oder eine Erhöhung der Kreatinkinase (CK) erfordern die Abgrenzung von Myositis, Einschlusskörpermyositis, Arzneimitteltoxizität sowie opportunistischer oder neoplastischer Muskelbeteiligung. CK, Elektromyografie, Muskel-MRT und gegebenenfalls Biopsie werden mustergerecht eingesetzt.

ART und neurologische Komedikation

Eine wirksame ART ist die wichtigste präventive und therapeutische Maßnahme gegen direkte und opportunistische neurologische HIV-Komplikationen. Die Auswahl und Änderung der ART sollen nicht isoliert anhand vermeintlicher ZNS-Gängigkeit erfolgen. Resistenzprofil, virologischer Status in Plasma und gegebenenfalls Liquor, Begleiterkrankungen, Organfunktion, Adhärenz und Interaktionen bestimmen die Entscheidung.

Neurologisch relevante Wechselwirkungen entstehen hauptsächlich durch Enzyminduktion oder Enzymhemmung. Carbamazepin, Phenytoin und Phenobarbital können die Exposition verschiedener antiretroviraler Wirkstoffe erheblich reduzieren. Umgekehrt können pharmakologisch geboosterte Regime die Konzentrationen von Psychopharmaka, Antikonvulsiva oder Glukokortikoiden erhöhen. Auch Rifamycine, Azole und andere antiinfektive Substanzen erzeugen komplexe Interaktionen. Vor jeder Neuverordnung sollte deshalb ein

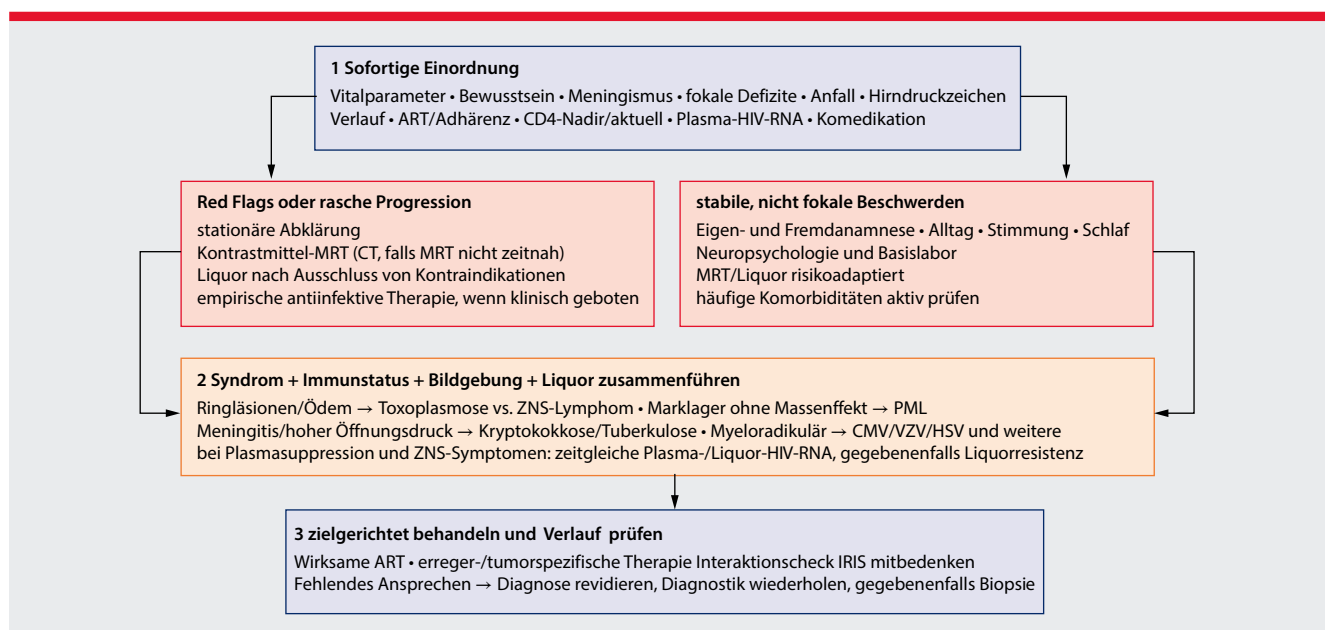


Abb. 1: Neue neurologische Symptome bei HIV-1

aktueller Interaktionschecker verwendet und bei kritischen Kombinationen HIV-pharmakologische Expertise eingeholt werden [13].

Levetiracetam ist wegen seines geringen Interaktionspotenzials häufig eine praktikable antikonvulsive Option, die Wahl bleibt syndrom- und personenbezogen.

Praxisalgorithmus

Zunächst werden Vitalparameter, Bewusstseinslage, Meningismus, fokale Defizite, Anfälle und Zeichen erhöhten Hirndrucks erfasst. Parallel sind Beginn und Dynamik der Symptome, ART-Regime und Adhärenz, CD4-Nadir und aktueller CD4-Wert, letzte Plasma-HIV-RNA, Expositionen, Reisen und Komedikation zu klären. Bei Red Flags erfolgt eine stationäre Abklärung (**Abb. 1**).

Bei fokalen Defiziten, Anfällen, Enzephalopathien oder progredientem Verlauf ist eine kontrastmittelgestützte MRT anzustreben. Nach Ausschluss von Kontraindikationen wird die Liquordiagnostik syndrom- und immunstatusbezogen zusammengestellt. Steht ein ZNS-Escape zur Diskussion, sollten Plasma und Liquor zeitnah auf HIV-RNA untersucht werden.

Das Bildmuster lenkt die Priorisierung: multiple ringanreichernde Herde mit Ödem sprechen bei schwerer Immundefizienz für Toxoplasmose, schließen ein Lymphom aber nicht aus. Nicht raumfordernde Marklagerläsionen sprechen für PML. Basale Meningitis, Hydrozephalus oder Vaskulitis lenken unter anderem zu Tuberkulose oder Kryptokokkose. Therapiebedürftige bakterielle oder herpetische Infektionen müssen bei entsprechender Klinik empirisch abgedeckt werden, ohne auf alle Ergebnisse zu warten.

Neurologie, HIV-Schwerpunktbehandlung, Infektiologie, Neuroradiologie und Mikrobiologie sollten früh zusammenarbeiten. Entscheidend ist nicht ein einzelner Laborwert, sondern die Übereinstimmung von Syndrom, Immunstatus, Bildgebung, Liquor und Verlauf.

Fazit für die Praxis

Neurologische Symptome können in jeder Phase einer HIV-1-Infektion auftreten. Eine akute Infektion ist trotz negativem Antikörpertest möglich und erfordert dann den HIV-RNA-Nachweis.

HAND ist eine klinisch-neuropsychologische Ausschlussdiagnose. Depression, Schlafstörung, Substanzkonsum, vaskuläre Risiken, Medikamente und neurodegenerative Erkrankungen sind aktiv zu prüfen. Rasche Progression, fokale Defizite, Anfälle, Bewusstseinsstörung oder Meningitiszeichen verlangen eine dringliche MRT- und meist Liquordiagnostik, gesteuert durch CD4-Werte und klinisches Syndrom. Bei supprimierter Plasma-HIV-RNA und neuen ZNS-Symptomen ist ein viraler ZNS-Escape in Betracht zu ziehen. Eine ART-Anpassung soll sich an Liquorresistenz, Wirksamkeit und Interaktionen orientieren, nicht allein am CPE-Score. Toxoplasmose, PML und Kryptokokken-Meningitis besitzen charakteristische, aber nicht beweisende Muster. Ein fehlendes Therapieansprechen oder nicht schlüssige Befunde bedingen die erneute Diagnostik bis hin zur Biopsie.

ART ist das therapeutische Fundament. Opportunistische Infektionen, IRIS und neurologische Komedikation sollten jedoch Anlass für eine spezialisierte interdisziplinäre Abstimmung sein.

Literatur

1. Hahn K et al. Diagnostik und Therapie HIV-1-assoziiert neurologischer Erkrankungen. S1-Leitlinie, AWMF-Registernummer 030-044, Version 6.0. Deutsche Gesellschaft für Neurologie 2026
2. Deutsche AIDS-Gesellschaft et al. Deutsch-Österreichische Leitlinien zur antiretroviralen Therapie der HIV-1-Infektion. Version September 2025
3. Antinori A et al. Updated research nosology for HIV-associated neurocognitive disorders. *Neurology*. 2007;69:1789-99
4. Nightingale S et al. Controversies in HIV-associated neurocognitive disorders. *Lancet Neurol*. 2014;13:1139-51
5. Winston A et al. Cognitive disorders in people living with HIV. *Lancet HIV*. 2020;7:e504-13
6. Kelly SH et al. HIV cerebrospinal fluid escape: interventions for the management, current evidence and future perspectives. *Trop Med Infect Dis*. 2025;10:45
7. Panel on Guidelines for the Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in Adults and Adolescents With HIV. Guidelines for the Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in Adults and Adolescents With HIV. National Institutes of Health; update 27 May 2026
8. Bowen LN et al. HIV-associated opportunistic CNS infections: pathophysiology, diagnosis and treatment. *Nat Rev Neurol*. 2016;12:662-74
9. World Health Organization. Guidelines for diagnosing, preventing and managing cryptococcal disease among adults, adolescents and children living with HIV. Geneva: WHO; 2022
10. Boulware DR et al. Timing of antiretroviral therapy after diagnosis of cryptococcal meningitis. *N Engl J Med*. 2014;370:2487-98
11. Phillips TJ et al. Sensory, psychological, and metabolic dysfunction in HIV-associated peripheral neuropathy: a cross-sectional deep profiling study. *Pain*. 2014;155:1846-60
12. Simpson DM et al. Controlled trial of high-concentration capsaicin patch for treatment of painful HIV neuropathy. *Neurology*. 2008;70:2305-13
13. Liverpool Drug Interactions Group. HIV Drug Interactions. University of Liverpool. <https://www.hiv-druginteractions.org/>; Stand: 14.8.2026

Interessenkonflikt

Die Autorin erklärt, dass sie 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 sind von werblichen Aussagen und keinerlei Produktempfehlungen enthalten. Dies gilt insbesondere für Präparate, die zur Therapie des dargestellten Krankheitsbildes geeignet sind.

AUTORIN

Dr. med. Sonja Faust

Assistenz der Schriftleitung
„NeuroTransmitter“
Wulffstraße 8
12165 Berlin
s.faust@berufsverband-neurologen.de

Wie sich HIV neurologisch manifestiert

FIN gültig bis 1.11.2026:

NT26N5ce

Teilnehmen und Punkte sammeln können Sie

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



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

? Ein Patient stellt sich zwei Wochen nach einer möglichen Exposition gegenüber HIV mit Fieber, Kopfschmerzen und mononukleärer Liquorpleozytose vor. Der HIV-Antikörpertest ist negativ. Welche Untersuchung ist jetzt am wichtigsten?

- ☐ Wiederholung des Antikörpertests in zwölf Monaten
- ☐ Bestimmung der HIV-1-Ribonukleinsäure (HIV-1-RNA) im Plasma
- ☐ Bestimmung von Toxoplasma-IgM
- ☐ JC-Virus-PCR im Serum
- ☐ Bestimmung des Central-Nervous-System-Penetration-Effectiveness-Scores (CPE-Scores) der geplanten antiretroviralen Therapie (ART)

? Eine virologisch suppressierte Patientin berichtet über zunehmende Vergesslichkeit und Verlangsamung. Welche Maßnahme ist für die diagnostische Einordnung entscheidend?

- ☐ Diagnose anhand eines Kurztests
- ☐ Ausschluss einer HIV-assoziierten neurokognitiven Störung (HAND) bei normaler kranialer MRT
- ☐ Verzicht auf Neuropsychologie bei Alltagsbeeinträchtigung
- ☐ Prüfung alternativer und komorbider Ursachen
- ☐ Diagnose nur bei nachweisbarer Plasma-HIV-RNA

? Bei einem virologisch suppressierten Patienten treten eine neue Gangstörung und kognitive Verlangsamung auf. Die Liquor-HIV-RNA beträgt 4.500 Kopien/ml. Was ist der sinnvollste nächste Schritt?

- ☐ antiretrovirale Therapie unverändert lassen, da die Plasma-HIV-RNA supprimiert ist
- ☐ antiretrovirale Therapie anhand des höchsten CPE-Scores wechseln
- ☐ Liquorresistenztestung veranlassen und die antiretrovirale Therapie spezialisiert anpassen
- ☐ hochdosierte Glukokortikoidtherapie beginnen
- ☐ asymptomatische HIV-assoziierte neurokognitive Störung (HAND) diagnostizieren

? Ein Patient mit typischer Klinik und MRT-Konstellation einer Toxoplasma-Enzephalitis wird empirisch behandelt. Wann sollte bei fehlender Besserung die Diagnose grundlegend überprüft und eine Hirnbiopsie erwogen werden?

- ☐ nach sechs Stunden
- ☐ nach 24 Stunden
- ☐ erst nach sechs Monaten
- ☐ nur bei positiver Toxoplasma-IgM-Serologie
- ☐ nach etwa zehn bis 14 Tagen

? Ein Patient mit einem Cluster-of-Differentiation-4-positiven T-Lym-

phozyten-Wert von 38/μl entwickelt Kopfschmerzen, eine Hemiparese und einen fokalen Anfall. Welche MRT-Konstellation stützt den Verdacht auf eine Toxoplasma-Enzephalitis am stärksten?

- ☐ multiple ringförmig kontrastmittelanreichernde Läsionen mit perifokalem Ödem
- ☐ solitäre meningeale Verkalkung ohne Ödem
- ☐ symmetrische Kleinhirnatrophie ohne fokale Läsion
- ☐ diffuse Pachymeningitis bei normalem Parenchym
- ☐ isolierte ependymale Kontrastmittelanreicherung

? Bei einem antiretrovirale Therapie(ART)-naiven Patienten wird eine progressive multifokale Leukoencephalopathie (PML) diagnostiziert. Welche Maßnahme ist für die krankheitsmodifizierende Behandlung zentral?

- ☐ routinemäßige hoch dosierte Glukokortikoidtherapie
- ☐ rasche Einleitung einer wirksamen antiretroviralen Therapie
- ☐ JC-Virus-spezifische antivirale Standardtherapie
- ☐ prophylaktische antimykotische Kombinationstherapie
- ☐ neurochirurgische Resektion der Marklagerläsionen

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

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

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

? Welche Maßnahme ist bei Kryptokokken-Meningitis und deutlich erhöhtem intrakraniellen Druck angezeigt?

- wiederholte therapeutische Lumbalpunktionen
- routinemäßige medikamentöse Drucksenkung
- routinemäßige systemische Glukokortikoidtherapie
- sofortiger Beginn der antiretroviralen Therapie noch am Tag der Diagnose
- alleinige Analgesie und Verlaufskontrolle

? Welche Konstellation passt am besten zu einem paradoxen Immunrekonstitutionssyndrom (IRIS)?

- erstmaliger Nachweis einer HIV-Infektion vor Beginn einer antiretroviralen Therapie

- langsame Polyneuropathie nach jahrelang stabiler antiretroviraler Therapie
- fehlende Virussuppression wegen unregelmäßiger Einnahme
- Verschlechterung einer behandelten opportunistischen Infektion nach Beginn der antiretroviralen Therapie und initialer Besserung
- akute Intoxikation durch ein Antikongulsivum

? Welcher Befund ist bei einer vermeintlich unkomplizierten HIV-assoziierten distal symmetrischen Polyneuropathie ein Warnsignal für eine andere Ursache?

- symmetrisches Brennen beider Füße
- reduzierte Achillessehnenreflexe
- längenabhängige sensible Störung
- langsam zunehmende Taubheit der Zehen

- rasche asymmetrische Progression mit relevanten Paresen

? Bei einem Patienten mit antiretroviraler (ART) Therapie soll wegen eines ersten fokalen Anfalls eine antikonvulsive Dauertherapie begonnen werden. Was ist vor der Verordnung besonders sinnvoll?

- Auswahl nach der Plasma-HIV-RNA
- Bevorzugung einer enzyminduzierenden Wirkstoffgruppe
- Prüfung der Kombination mit einem aktuellen Interaktionschecker
- Wechsel der ART allein anhand des CPE-Scores
- Verzicht auf eine Prüfung bei Integrasehemmern

Aktuelle CME-Kurse aus der Neurologie

► **Diagnostik und Therapie von paraproteinämischen Neuropathien**

aus: InFo Neurologie + Psychiatrie | Ausgabe 7-8/2026
von: Ines Sophie Schädlich, Maximilian Al-Bazaz
Zertifiziert bis: 17.8.2027
CME-Punkte: 3

► **Demenz bei Parkinsonkrankheit**

aus: DNP – Die Neurologie & Psychiatrie | Ausgabe 4/2026
von: Jan Bergau
Zertifiziert bis: 1.8.2027
CME-Punkte: 2

► **Myasthenia gravis: aktuelle Entwicklungen in Diagnostik und Therapie**

aus: InFo Neurologie + Psychiatrie | Ausgabe 6/2026
von: Christiane Schneider-Gold
Zertifiziert bis: 22.6.2027
CME-Punkte: 3

► **Therapie der Multiplen Sklerose in Schwangerschaft und Stillzeit**

aus: DNP – Die Neurologie & Psychiatrie | Ausgabe 3/2026
von: Caroline Eilers-Petri, Mathias Mäurer
Zertifiziert bis: 28.5.2027
CME-Punkte: 2

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

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

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



Buchen Sie ein e.Med-Abo Ihrer Wahl unter www.springermedizin.de/emed-abos und testen Sie unser CME-Angebot 14 Tage lang kostenlos und unverbindlich.

Polyneuropathien

Zusatzdiagnostik: Elektrophysiologie und Ultraschall der Nerven

Bei der Diagnostik der chronisch inflammatorischen demyelinisierenden Polyneuropathie (CIDP) und anderer Neuropathien können die Elektrophysiologie und die Nervenultraschalluntersuchung als unterstützendes oder zusätzliches Mittel dienen. In Fällen, bei denen die Anwendung elektrophysiologischer Kriterien zu keinem eindeutigen Ergebnis führt, können diese Methoden helfen, CIDP-Varianten zu erkennen oder Differenzialdiagnosen auszuschließen.

K. KNEER¹, T. GASIMLI¹, J. H. STAHL¹, M. SCHÜHLE¹, J. WITTLINGER¹, S. MÄNNLIN¹, B. KLEISER¹, H. AXER², M. CEANGA², F. F. KONEN³, K. F. JENDRETZKY³, R. KLIMAS⁴, F. STASCHEIT^{5,6}, F. KOHLE⁷, S. GLAUBITZ⁸, S. GINGELE³, J. KLEHMET^{5,6}, E. ENAX-KRUMOVA⁹, F. PREISNER¹⁰, J. BECKER¹¹, M. ÖZTÜRK⁹, N. TJANG⁷, K. KUMMER¹², J. SCHMIDT¹², J. PHILIPPS¹³, K. HOLZAPFEL¹⁴, M. K. R. SVAČINA¹⁵, A. SPRENGER-SVAČINA¹⁵, H. W. RAUSCH¹⁶, M. KRONLAGE¹⁷, G. ELLRICHMANN-WILMS¹⁸, A. BERTHELE¹⁹, H. C. LEHMANN²⁰, L. SCHIRMER¹⁶, D. H. LEE²¹, R. LINKER²¹, T. RUCK⁹, H. STEPHANIK²², M. PAWLITZKI²³, S. G. MEUTH²⁴, C. WARNKE¹⁵, M. S. YOON²⁵, H. PRESSLER^{5,6}, D. STURM⁴, J. MOTTE⁴, M. SCHROETER⁷, J. ZSCHÜNTZSCH⁸, R. GOLD³, K. PITAROKOILI⁴, T. SKRIPULETZ³, A. L. FISSE^{4*}, A. GRIMM^{1*}

FÜR DAS NEURITIS NETZWERK

Bei Patientinnen und Patienten mit sensiblen Defiziten, motorischen Paresen oder anderen klinischen Anzeichen einer peripheren Nervenerkrankung ist die Durchführung einer elektrophysiologischen Untersuchung unabdingbar. Diese beinhaltet die Elektroneurografie (ENG) von motorischen und sensiblen Nerven, durch die eine Differenzierung zwischen axonaler und demyelinisierender Schädigung erfolgen kann, die Elektromyografie (EMG) sowie die Messung motorischer und sensibler evozierter Potenziale.

Elektrophysiologische Grundlagen

Während der ENG wird ein elektrischer Reiz auf einen Nerv appliziert, wodurch ein Aktionspotenzial ausgelöst wird, das entweder über einen Muskel (bei den motorischen Neurografien) oder entlang des dermalen Innervationsgebietes des Nerven (bei den sensiblen Neurografien) abgeleitet wird. Beurteilt werden hierbei die distal motorische Latenz (dML), die Amplitude, die temporale Dispersion,

die Nervenleitgeschwindigkeit (NLG) sowie die F-Wellen-Latenz und -Persistenz. Die Ergebnisse werden entweder mit laborintern erhobenen oder publizierten Referenzwerten verglichen. Bei Untersuchungen der kontralateralen, klinisch unauffälligen Extremität sind seitenvergleichende Analysen möglich, was insbesondere bei jüngeren Patientinnen und Patienten von Vorteil ist.

Standardisierte Untersuchungsprogramme können in dieser Screening-Phase hilfreich sein, müssen aber auch in Abhängigkeit der Ergebnisse ausgeweitet oder patientenindividuell angepasst werden.

Ein vorgeschlagenes Untersuchungsprogramm ist die Messung der Nn. tibialis und suralis beidseits, gegebenenfalls des N. peroneus, wobei dieser häufig bei älteren Menschen schlecht ableitbar ist, und mindestens eines Nerven der oberen Extremität. In eigenen Untersuchungen wird der N. ulnaris präferiert, da am N. medianus oft subklinische Karpaltunnelsyndrome vorliegen. In den EAN/

PNS-Kriterien wird zur Abklärung einer chronisch inflammatorisch demyelinisierenden Polyneuropathie (CIDP) mindestens die motorische Neurografie der Nn. tibialis, peroneus, medianus und ulnaris einseitig und die sensible Neurografie an zwei Nerven inklusive eines N. suralis empfohlen.

Die EMG ist ein Verfahren zur Ableitung und Analyse elektrischer Signale innerhalb motorischer Einheiten. Es beinhaltet die Ableitung in Ruhe und in willkürlicher Anspannung. Die Nadelelektrode wird dazu in den zu untersuchenden Muskel eingeführt und die Aktivitätssignale werden registriert. Die Analyse umfasst unter anderem die Suche nach pathologischer Spontanaktivität, komplex repetitiven und myotonen Entladungen, die Auswertung der Muskelpotenzial(MUAP)-Konfiguration und der Amplitude sowie der Dichte des Interferenzmusters. Speziell bei Polyneuropathieerkrankten können mittels EMG andere Differenzialdiagnosen abgegrenzt werden, beispielsweise Radiku-

lopathien oder Myopathien. Zudem ermöglicht es die Einordnung eines primären oder sekundären axonalen Schadens.

Neurografien bei der CIDP-Diagnostik

Die CIDP ist häufig multifokal ausgeprägt, sodass ein Standarduntersuchungsprotokoll für Polyneuropathien oft nicht ausreicht. Um die diagnostische Sensitivität zu erhöhen, sollten bei klinisch oder elektrophysiologisch fokalem Befall stets die betroffenen Nervenabschnitte sowie die kontralaterale Seite begutachtet werden. Bei einer typischen CIDP empfiehlt sich zusätzlich die Untersuchung von zwei oder mehr Nerven der Arme.

Für die elektrophysiologische Diagnostikstellung der CIDP gibt das Konsortium der EAN/PNS Kriterien vor, die in mindestens zwei motorischen und sensiblen Nerven erfüllt sein müssen (**Tab. 1**). Tun sie das nur in einem Nerv, müssen zusätzliche unterstützende Befunde vorliegen, darunter ein typischer Liquorbefund, eine Nervenbiopsie, bildgebende Hinweise oder ein eindeutiges Ansprechen auf eine Immuntherapie.

Motorische Neurografie

Elektro-neurografische Befunde weisen oft Zeichen der Demyelinisierung auf. Dazu zählen eine verlängerte dML, ein

inkompletter oder kompletter Leitungsblock, eine temporale Dispersion des motorischen Potenzials, eine ausgefallene F-Wellen-Latenz, reduzierte F-Wellen-Persistenz oder verminderte NLG.

Sensible Neurografie

Häufig zeigt sich ein sogenanntes Sural-Sparing-Muster, bei dem das sensible Summenaktionspotenzial (SNAP) des N. suralis erhalten ist, während mindestens zwei sensible Nerven der oberen Extremität pathologische Befunde aufweisen. Alternativ können pathologische SNAP-Amplituden oder reduzierte sensible NLG nachweisbar sein.

Fall 1: Karpaltunnelsyndrom?

Ein 54-jähriger Mann ohne relevante Vorerkrankungen stellte sich mit seit fünf Monaten bestehenden Taubheitsgefühlen der Finger I bis IV linksseitig vor. Extern war die Verdachtsdiagnose eines Karpaltunnelsyndroms (KTS) gestellt worden, woraufhin der Patient einer präoperativen Nervensonografie zugewiesen wurde.

Klinisch-neurologisch zeigte sich eine Atrophie der Thenarmuskulatur mit Parese des M. abductor pollicis brevis, jedoch kein positives Hofmann-Tinel-Zeichen über dem Karpaltunnel. Eine nächtliche Schmerzsymptomatik oder Fluktuation der Beschwerden wurden verneint. Extern durchgeführte elektro-neurografische Untersuchungen ergaben kein evozierbares SNAP des N. medianus bei normwertiger motorischer Neurografie.

Da die Originalbefunde inklusive Kurven nicht vorlagen, wurde der Patient erneut elektrophysiologisch untersucht. Dabei waren die SNAP des N. medianus weder zu Digit I noch zu Digit II oder III ableitbar. In der motorischen Neurografie des N. medianus fand sich eine distal motorische Latenz von 4,8 ms (Normwert: 4,6 ms) bei erhaltenen CMAP von 12 mV beziehungsweise 11 mV zum M. abductor pollicis brevis, sodass elektrophysiologisch ein KTS möglich erschien.

Im Rahmen der erweiterten Diagnostik wurden F-Wellen abgeleitet. Hier zeigte sich eine verlängerte F-Wellen-Latenz von 44 ms (Normwert: 31,0 ms) bei einer Persistenz von 50 %. Die ergänzende Untersuchung des N. ulnaris ergab ebenfalls eine F-Wellen-Latenz von 44 ms (Normwert: 31,0 ms) bei einer Persistenz von 70 %, während die motorische und sensible Neurografie des N. ulnaris unauffällig waren.

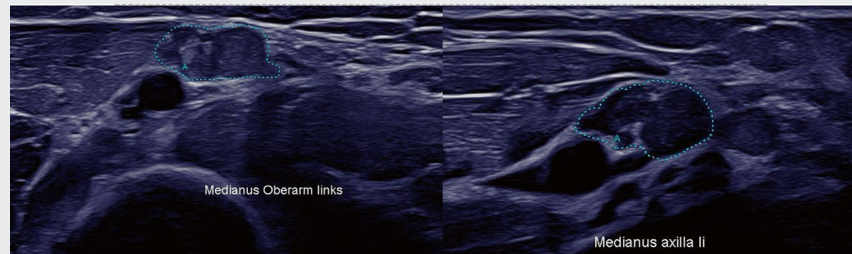


Abb. 1: Nervensonografie einer fokalen CIDP-Variante des N. medianus (A). Deutliche Vergrößerung des Nerven langstreckig von der Achille bis Mitte des Oberarms sichtbar. Auftreibung des gesamten Nerven (CSA 32 mm² [links] am Oberarm (Norm 12,5 mm²), 45 mm² [rechts] in der Achille und von einzelnen Faszikeln. Kompletter Verlust der innervierten Binnenstruktur.

Die Nervensonografie zeigte im Bereich des Karpaltunnels lediglich eine grenzwertige Vergrößerung des N. medianus mit einer Querschnittsfläche (engl. cross sectional area, CSA) von 12 mm² (Normwert: 12 mm²), ohne Hinweis auf eine relevante Kompression durch das Retinaculum flexorum im Längsschnitt.

Bei der systematischen Untersuchung des gesamten Nervenverlaufs fiel aber eine ausgeprägte Vergrößerung des N. medianus im proximalen Oberarm mit einer CSA von bis zu 45 mm² auf (Normwert: 12,5 mm²) (**Abb. 1**). Zudem war auch der N. ulnaris im Oberarm vergrößert (CSA 13 mm², Normwert: 9,5 mm²). Der Plexus brachialis war ebenfalls deutlich verdickt (CSA 120 mm², Normwert: 53 mm²) [1].

Die Nerven der kontralateralen oberen Extremität sowie der unteren Extremitäten waren sonografisch und elektrophysiologisch unauffällig. Nach EAN-Kriterien ergab sich eine mögliche fokale CIDP, da ein zweiter pathologischer Nerv fehlte. Erst durch die ergänzende Nervensonografie konnte die

Diagnose einer fokalen CIDP gesichert werden.

Nach differenzialdiagnostischer Labor- und Liquordiagnostik ohne Nachweis einer zytoalbuminären Dissoziation oder einer infektiösen, metabolischen, rheumatologischen Genese wurde initial eine hochdosierte Steroidpulsstherapie durchgeführt, die jedoch ohne klinischen Effekt blieb. Anschließend wurde der Patient mit 2 g/kg KG Immunglobulinen im Intervall von vier Wochen therapiert, worunter eine deutliche klinische Besserung eintrat. Die Dosis konnte im Verlauf schrittweise reduziert werden. Aktuell ist der Patient unter einer Erhaltungstherapie mit 20 g subkutanen Immunglobulinen pro Monat weitgehend beschwerdefrei.

Dieser Fall zeigt, dass eine gründliche Elektrophysiologie, inklusive einer F-Wellen-Ableitung und bestenfalls einer Sonografie der betroffenen Extremität, zur Diagnosesicherung essenziell sind.

Diagnostische Fallstricke

Bei der Interpretation der elektroneurographischen Diagnostik müssen mehrere diagnostische Fallstricke berücksichtigt werden: Eine reduzierte NLG kann insbesondere an anatomischen Engpässen, beispielsweise im Karpaltunnel, als primäre demyelinisierende Schädigung fehlinterpretiert werden, obwohl die reduzierte NLG physiologisch bedingt ist. Ein weiterer wichtiger Einflussfaktor ist die Hauttemperatur der Patientin oder des Patienten: Niedrige Hauttemperaturen, wie $< 30^{\circ}\text{C}$ an den unteren beziehungsweise $< 32^{\circ}\text{C}$ an den oberen Extremitäten, führen zu einer Verlängerung der F-Wellen-Latenzen sowie zu einer scheinbar reduzierten NLG und können dadurch demyelinisierende Befunde vortäuschen. Eine Messung der Hauttemperatur im Rahmen der motorischen Neurografien ist daher unverzichtbar. Bei einer niedrigen Hauttemperatur sollten die Extremitäten entweder aufgewärmt oder die Ergebnisse temperaturabhängig korrigiert werden. Für die

NLG ergibt sich eine Veränderung von etwa $+ 1,1\text{ m/s pro } 1^{\circ}\text{C}$. Die Beurteilung von Leitungsblöcken kann zudem erschwert sein, wenn ein ausgeprägter sekundärer Axonverlust vorliegt. Niedrige Muskelsummenaktionspotenzial-Amplituden (compound muscle action potential, CMAP) reduzieren die diagnostische Aussagekraft, was wiederum zu einer Fehlinterpretation führen kann.

Schließlich kann eine unzureichende Sensitivität der Untersuchung entstehen, wenn zu wenig Nervensegmente untersucht werden. Das ist besonders dann problematisch, wenn anatomische Varianten, beispielsweise eine Martin-Gruber-Anastomose, bestehen. Eine systematische Untersuchung mehrerer motorischer und sensibler Nerven sind daher essenziell, um eine zuverlässige diagnostische Einordnung zu gewährleisten.

Somatosensibel evozierte Potenziale

Somatosensibel evozierte Potenziale (SEP) werden in der Regel von den Nn. tibialis und medianus abgeleitet. Diese

können unter anderem über den Nervenwurzeln und über dem sensiblen Kortex gemessen werden. Eine Verlängerung der Potenziale hilft bei der Differenzierung von prä- und postganglionären Läsionen. Bei der Sonderform der chronischen immunsensiblen Polyradikulopathie (CISP), bei der es zur Entzündung der Hinterwurzeln kommt, sind die SEP bei regulärem SNAP pathologisch. Hingegen ist bei einer Schädigung der Spinalganglien und weiter distal gelegener sensibler Nervenfasern das SNAP pathologisch.

Ultraschalldiagnostik

Um eine qualitätsgesicherte periphere Nervensonografie durchzuführen, ist eine geeignete technische Grundausstattung erforderlich. Hierzu zählt der Einsatz einer hochauflösenden Breitbandlinearsonde mit einer Frequenz von mindestens 12 MHz. In den meisten Bundesländern fordert die Kassenärztliche Vereinigung eine Frequenz von $> 14\text{ MHz}$. Zusätzlich ist eine adäquate

Fall 2: Akute progrediente Paraparese

Eine 30-jährige Patientin stellte sich in der Notaufnahme mit einer seit fünf Tagen progredienten sensomotorischen Paraparese der unteren Extremitäten vor. Als relevante Vorerkrankung bestand ein Hypothyreoidismus. Anamnestisch wurde über einen gastrointestinalen Infekt mit Übelkeit und Erbrechen etwa 16 Tage zuvor im Rahmen eines Aufenthalts in Italien berichtet.

Klinisch-neurologisch war eine beidseitige Hypästhesie bis zur Mitte der Oberschenkel sowie eine distal betonte Paraparese mit Kraftgraden von M4 (MRC) in der Hüftbeugung und M2 in der Fußhebung und -senkung festzustellen. Die Muskeleigenreflexe waren an den oberen und unteren Extremitäten nicht auslösbar. Zusätzlich lag eine Pallesthesie der unteren Extremitäten vor. Die Vitalkapazität war mit 1,7 l deutlich reduziert.

Liquordiagnostisch zeigte sich eine zytoalbuminäre Dissoziation (Zellzahl $2/\mu\text{l}$, Protein 121 mg/dl bei normwertiger Glukose und Laktat). Zudem waren Gangliosidantikörper gegen GT1b nachweisbar.

Elektroneurographisch konnten ein incompletter Leitungsblock des N. tibialis rechts sowie des N. peroneus links dokumentiert werden.

Darüber hinaus war eine deutlich verlängerte F-Wellen-Latenz des N. ulnaris von $55,3\text{ ms}$ (Normwert: $\leq 31,0\text{ ms}$), bei erhaltenen sensiblen Neurografien des N. suralis gegeben. Die Herzfrequenzvariabilität war reduziert.

Die Nervensonografie deutete auf eine Auftreibung der Nervenwurzeln C5 und C6, Durchmesser von $4,5\text{ mm}$ für C5 (Normwert: $2,9\text{ mm}$), $4,6\text{ mm}$ für C6 (Normwert: $4,1\text{ mm}$), und eine Vergrößerung des N. vagus hin (6 mm^2 , Normwert: $3,5\text{ mm}^2$). Die peripheren Nerven der oberen und unteren Extremitäten waren sonografisch unauffällig (**Abb. 2**).

Auf Grundlage der klinischen, elektrophysiologischen und liquorchemischen Befunde wurde die Diagnose eines Guillain-Barré-Syndroms gestellt. Die Patientin erhielt eine Immunglobulintherapie mit insgesamt 2 g/kg KG über fünf Tage. Bereits zum Therapieende zeigte sich eine deutliche klinische Besserung der Muskelkraft sowie der Vitalkapazität, sodass die Patientin in die Anschlussrehabilitation verlegt werden konnte.

Im Ein-Jahres-Follow-up fanden sich klinisch-neurologisch, elektrophysiologisch und sonografisch keine Residualbefunde.

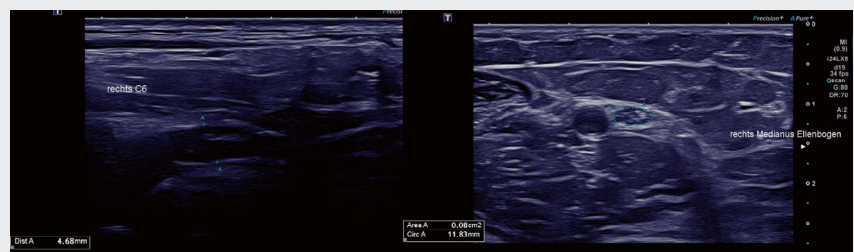


Abb. 2: Nervensonografie bei Guillain-Barré-Syndrom. Auftreibung der Nervenwurzel C6 (links). Gemessene Distanz $4,7\text{ mm}$, Norm $4,1\text{ mm}$. Periphere Nerven unauffällig. N. medianus im Ellenbogen (rechts) unauffällig. Nerv ist echogemischt und klar abgrenzbar von umliegendem Gewebe.

geräteabhängige Bildnachverarbeitung (Hardware- und Softwareoptimierung) notwendig, um eine suffiziente Darstellung der Nervenstrukturen zu gewährleisten. Mit dieser technischen Ausstattung lassen sich die peripheren Nerven der Arme im Quer- und Längsschnitt zuverlässig darstellen. Ebenso ist die sonografische Beurteilung des Plexus brachialis sowie der Nervenwurzeln C5 bis C7 möglich und in Einzelfällen auch C8 und Th1. An den Beinen können die großen Nerven ab der mittleren Oberschenkelregion untersucht werden, darunter die Nn. ischiadicus, tibialis, peroneus, suralis und saphenus. Darüber hinaus ist bei entsprechender Erfahrung auch die Darstellung kleinerer und tiefer gelegener Nervenstrukturen möglich.

Eine strukturierte und fundierte Ausbildung in der peripheren Nervenultraschallsonografie ist essenziell und wird unter anderem durch zertifizierte Kurse der ÖGUM, DEGUM, SGUM, DGKN oder SGKN angeboten. Die Untersuchung sollte stets den gesamten einsehbaren Nervenverlauf umfassen und sowohl im Quer- als auch im Längsschnitt erfolgen. Insbesondere bei fokalen Neuropathien ist zudem die systematische Mitbeurteilung angrenzender anatomischer Strukturen wie Knochen, Sehnen, Bänder, Gefäße und Muskulatur von hoher diagnostischer Relevanz.

In der ambulanten Versorgung ist die periphere Nervenultraschallsonografie gemäß EBM-Ziffer 33081 abrechnungsfähig, setzt jedoch eine vorherige Genehmigung voraus. Im privatärztlichen Bereich können die GOÄ-Ziffern 410 und 420 genutzt werden.

Sonomorphologische Grundlagen des gesunden peripheren Nervs

Ein gesunder peripherer Nerv ist in der hochauflösenden Sonografie klar gegenüber dem umgebenden Gewebe abgrenzbar. Im Querschnitt zeigt sich eine charakteristische echogemischte Binnenstruktur mit hypoechogenen Faszikelarealen, die von echoreichen bindegewebigen Septen umgeben sind und morphologisch an eine Honigwabenstruktur erinnern. Im Längsschnitt verlaufen die Faszikel parallel und gleichmäßig, ohne Unterbrechungen oder Kaliberschwankungen.

Tab. 1: Vereinfachte Darstellung der elektroneurografischen EAN/PNS-Kriterien für die chronisch inflammatorisch demyelinisierenden Polyneuropathie

motorische Neurografien	dML-Verlängerung von $\geq 50\%$ der oberen Norm (N. medianus ausgeschlossen)
	NLG-Verlangsamung $\geq 30\%$ der unteren Norm
	F-Wellen-Latenz: Verzögerung von $\geq 20\%$ der oberen Norm
	ausgefallene F-Wellen
	Nachweis eines kompletten oder inkompletten Leitungsblocks (N. tibialis ausgeschlossen)
	temporale Dispersion
sensible Neurografien	Verlängerung der distalen CMAP-Dauer
	sensible Latenzverzögerung
	reduzierte SNAP Amplitude
	Verlangsamung der NLG
dML = distal motorische Latenz; SNAP = sensibles Summenaktionspotenzial; NLG = Nervenleitgeschwindigkeit, CMAP = compound muscle action potential	

Die Querschnittsfläche (engl. cross sectional area, CSA) eines gesunden Nervs ist alters-, geschlechts- und lokalisationsabhängig, weist indes interindividuell nur geringe Schwankungen auf. Eine klare Abgrenzbarkeit, die Binnenstruktur und ein gleichmäßiger Verlauf ohne fokale Auftreibungen oder Kaliberirregularitäten gelten als sonografische Kriterien eines unauffälligen Befundes [2].

Rolle der Ultraschalldiagnostik bei Neuropathien

Die sonografische Untersuchung peripherer Nerven hat sich seit den frühen 2000er-Jahren als wertvolles ergänzendes diagnostisches Verfahren bei Neuropathien etabliert. In ersten systematischen Untersuchungen wurden charakteristische Nervenvergrößerungen bei hereditär demyelinisierenden Neuropathien gefunden, vorzugsweise bei der Charcot-Marie-Tooth-Erkrankung Typ 1A (CMT1A) [3]. Infolge wurden zunehmend spezifische sonomorphologische Muster auch bei erworbenen, vor allem immunvermittelten Neuropathien beschrieben. Während hereditär demyelinisierende Neuropathien, hauptsächlich CMT1A und CMT1B, typischerweise durch eine uniforme, generalisierte Vergrößerung peripherer Nerven gekennzeichnet sind, treten bei Menschen mit CIDP meist regional betonte oder multifokale Nervenvergrößerungen auf [3]. Diese Unterschiede erlauben eine differenzierte Einordnung verschiedener Neuropathieformen anhand charakteristischer Verteilungsmuster.

renzierte Einordnung verschiedener Neuropathieformen anhand charakteristischer Verteilungsmuster.

Im weiteren Verlauf können auch für andere Neuropathieentitäten spezifische sonografische Muster identifiziert werden. Multifokale motorische Neuropathien sowie Vaskulitiden werden häufig von lokal begrenzten, segmentalen Nervenschwellungen begleitet [4, 5]. Lysosomale Speichererkrankungen und neurodegenerative Neuropathien hingegen weisen ein heterogenes sonografisches Erscheinungsbild auf, das sowohl mit Nervenvergrößerungen als auch mit normaler oder sogar verminderter Querschnittsfläche einhergehen kann, teils unabhängig von elektroneurografischen Zeichen einer Demyelinisierung [6, 7].

Um die Ergebnisse der Ultraschalldiagnostik besser zu stratifizieren und standardisierte Untersuchungsprotokolle zu etablieren, wurden semiquantitative Bewertungssysteme entwickelt, wie der Bochum Ultrasound Score (BUS) und der Ultrasound Pattern Sum Score (UPSS) [8, 9, 10]. Während der BUS primär auf immunvermittelte Neuropathien fokussiert ist, verfolgt der UPSS einen breiteren Ansatz und ermöglicht die systematische Erfassung unterschiedlicher Neuropathieformen. Neben der reinen Messung der Nervenquerschnittsfläche berücksichtigt der UPSS auch die Homogenität der Nervenbinnenstruktur. Der wesentliche Vorteil der Nutzung von

Fall 3: eine zweite akute progrediente Paraparese

Ein 31-jähriger Mann wurde über die Notaufnahme mit einer seit zehn Tagen progredienten, schmerzhaften Schwäche der unteren Extremitäten aufgenommen. Relevante Vorerkrankungen, rezente Infekte oder Auslandsreisen wurden verneint.

Klinisch-neurologisch zeigte sich eine symmetrische Hypästhesie bis zu den Knien sowie an den Fingerkuppen beidseits. Die Kraftprüfung ergab eine regelrechte Kraftentfaltung an den oberen Extremitäten (M5) sowie eine distal betonte Paraparese mit Kraftgraden von M3 in der Hüftbeugung und M1 in der Fußhebung und -senkung. Vitalkapazität und Herzfrequenzvariabilität waren unauffällig.

Liquorchemisch wurde eine zytoalbuminäre Dissoziation dokumentiert (Zellzahl 1/μl, Protein 93 mg/dl bei normwertiger Glukose und Laktat). Die Antikörperdiagnostik, inklusive der Testung auf paranodale Antikörper, war unauffällig.

Elektro-neurografisch wurden reduzierte F-Wellen-Persistenzen der Nn. medianus, ulnaris und tibialis bei gut erhaltenen CMAP, normwertiger distal motorischer Latenz und erhaltener NLG festgestellt. Die SNAP der Nn. medianus und ulnaris waren nicht ableitbar, während das SNAP des N. suralis erhalten war.

Die Nerven-sonografie ließ ausgeprägte multifokale Nervenvergrößerungen erkennen, die neben den Nervenwurzeln C5/C6 und dem N. vagus auch sensomotorische und sensible Nerven der Arme und Beine betrafen (Abb. 3).

Der Patient erhielt initial eine Immunglobulintherapie mit 2 g/kg KG über fünf Tage und wurde anschließend in die stationäre Rehabilitation verlegt. Zwei Wochen später wurde er aufgrund einer klinischen Verschlechterung erneut vorgestellt. Zu diesem Zeitpunkt bestanden zusätzlich Paresen der

Arme mit distalen Kraftgraden von M3 und proximalen Kraftgraden von M4. Elektrophysiologisch und sonografisch ergaben sich keine wesentlichen Veränderungen gegenüber dem Vorbefund. Daraufhin wurde eine Plasmapherese eingeleitet. Nach insgesamt sieben Zyklen kam es zu einer klinisch relevanten Besserung der Muskelkraft.

Zusammenfassend lag zum Zeitpunkt der Erstvorstellung eine akute inflammatorische demyelinisierende Polyneuropathie vor (AIDP), mit einem späteren Progress zu einer CIDP unter Berücksichtigung der zeitlichen Kriterien.

Differenzialdiagnostisch müsste wegen des Onsets auch eine akute demyelinisierende Neuropathie, im Sinne eines Guillain-Barre-Syndroms diskutiert werden. Eine Differenzierung in der akuten Phase ist anhand der elektrophysiologischen Daten aber nicht möglich. In diesem Fall konnte durch die ergänzende Nerven-sonografie, mit dem Nachweis einer multifokalen Nervenschwellung, die Diagnose einer AIDP/CIDP frühzeitig gestellt werden.

Der Patient erhält derzeit eine Erhaltungstherapie mit 40 g Immunglobulinen pro Monat.

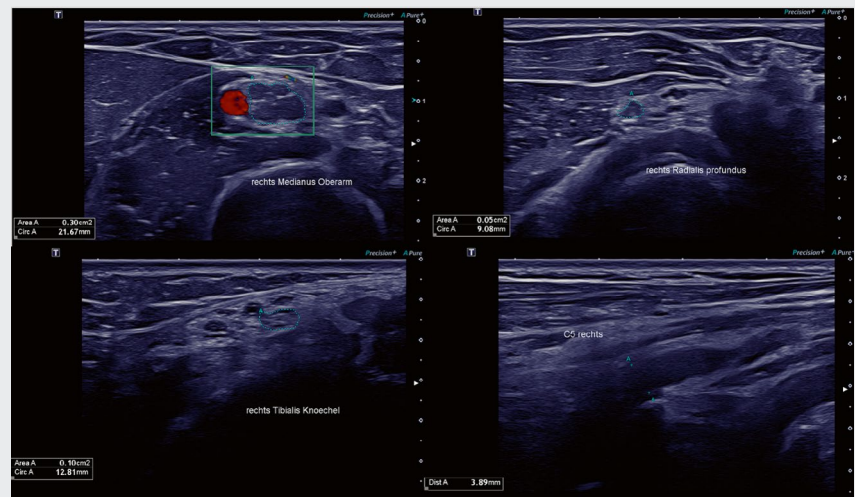


Abb. 3: Nerven-sonografie bei CIDP. Die Nerven und die Distanz der Nervenwurzeln sind jeweils eingezeichnet (A). Zur Abgrenzung von anliegenden Strukturen ist links oben eine Duplexsonografie erfolgt. Links oben: N. medianus im Oberarm vergrößert (gemessene CSA 30 mm², Norm 12,5 mm²). Einzelne Faszikel vergrößert, Nervenbinnenstruktur kaum erkennbar. Rechts oben: N. radialis profundus vergrößert (gemessene CSA 5 mm², Norm 2 mm²). Links unten: N. tibialis unauffällig, obwohl elektro-neurografisch auffällig. Rechts unten: Nervenwurzel C5 vergrößert (gemessene Distanz 3,9 mm², Norm 2,9 mm²) und elongierter Verlauf der Nervenwurzel. Letzteres ist sonomorphologisch nur bei erworbenen entzündlichen Neuropathien zu sehen.

solchen semiquantitativen Scores liegt in ihrer Reproduzierbarkeit, Quantifizierbarkeit und weitgehenden Untersuchungsunabhängigkeit. Die wachsende diagnostische Komplexität der Nerven-sonografie erfordert daher standardisierte und objektivierbare Verfahren zur Erfassung von Nervenveränderungen.

In den letzten Jahren rückte neben der reinen Nervengröße vielfach auch die Morphologie einzelner Faszikel sowie die Echogenität der Nerven in den Fokus

wissenschaftlicher Untersuchungen [11]. Für diese Parameter liegen bislang allerdings nur begrenzte quantifizierbare Daten vor, sodass weitere methodische und klinische Studien erforderlich sind, um deren diagnostischen und prognostischen Stellenwert zu definieren.

Rolle der Ultraschalldiagnostik bei CIDP und deren Varianten

Nervenverdickungen sind bei der CIDP sowohl histopathologisch als auch kli-

nisch seit Langem beschrieben. Sie resultieren aus entzündlichen Prozessen mit epineuralem Ödem, segmentaler Demyelinisierung und nachfolgender Remyelinisierung. In der Bildgebung lassen sich bei etwa 80 % der Betroffenen CIDP-Nervenvergrößerungen nachweisen [12].

Bei der typischen CIDP finden sich sonografische Veränderungen in der Regel symmetrisch, mit Betonung der Nervenwurzeln, der Plexusanteile und der proximalen Nervenabschnitte der Extremitäten.

täten. Im Ultraschall sind diese Veränderungen insbesondere an den Armen gut darstellbar, während in der MRT häufig der N. ischiadicus besser beurteilt werden kann. Neben der reinen Nervenvergrößerung lassen sich bei der CIDP unterschiedliche sonomorphologische Texturen beschreiben: echoarme geschwollene Nerven, echoreiche geschwollene Nerven sowie echoreiche, nicht vergrößerte Nerven. Diese unterschiedlichen Muster könnten auf verschiedene ursächliche histopathologische Mechanismen hindeuten, was aber wissenschaftlich weiter untersucht werden müsste. Zudem gibt es Hinweise darauf, dass Patientinnen und Patienten mit echoarmen Nervenschwellungen besser auf eine Immuntherapie ansprechen [13].

In den aktuellen EAN/PNS-Kriterien wird die Nervenphonografie als unterstützendes Zusatzkriterium berücksichtigt [14]. Bei Betroffenen, deren elektrophysiologischen Ergebnisse laut dieser Kriterien nur auf eine mögliche CIDP hindeuten, wird empfohlen, den Plexus brachialis sowie den proximalen Anteil des N. medianus sonografisch zu untersuchen. Die Diagnose einer CIDP kann demnach gesichert werden, wenn eine Vergrößerung des Plexus brachialis und/oder des N. medianus an mindestens zwei Messpunkten nachgewiesen wird [14]. Nach eigenem Ermessen ist dieses Vorgehen jedoch nicht ausreichend, da gerade fokale CIDP-Formen auf diese Weise übersehen werden können und die CIDP sonografisch auch die peripheren Nerven ohne den N. medianus betreffen kann.

Fokale CIDP-Varianten sind durch umschriebene Veränderungen einzelner Nerven oder Nervenabschnitte gekennzeichnet, an den oberen sowie an den unteren Extremitäten. In diesen Fällen stellt die Nervenphonografie ein besonders hilfreiches diagnostisches Instrument dar, da sie eine präzise Lokalisation und Charakterisierung der betroffenen Segmente erlaubt.

Abgrenzung zu Differenzialdiagnosen

Auch andere immunvermittelte Neuropathien zeigen charakteristische sonografische Muster (Tab. 2).

Bei der multifokalen motorischen Neuropathie (MMN) finden sich häufig

Tab. 2: Übersicht des Ultraschallbefundes bei Neuropathievarianten

Neuropathievariante	Ultraschallbefund
CIAP	keine Nervenschwellung
Äthyltoxische Polyneuropathie	keine Nervenschwellung
Chemotherapie-assoziierte Polyneuropathie	vereinzelte Nervenschwellung, vor allem an anatomischen Engpässen
Diabetische Polyneuropathie	vereinzelte Nervenschwellung, vor allem an anatomischen Engpässen
CIDP	multifokale Nervenschwellung
MMN	meist multifokale Vergrößerung entlang der betroffenen Nerven, weniger stark ausgeprägt als bei der CIDP
POEMS-Syndrom	multifokale Nervenschwellung
CMT1	generalisierte Nervenschwellung
GBS	Nervenschwellung begrenzt an den Nervenwurzeln C5/C6 und dem N. vagus, periphere Nerven sind weniger oft betroffen als bei der CIDP

CIAP = chronische idiopathische axonale Polyneuropathie; CIDP = chronisch inflammatorisch demyelinisierende Polyneuropathie; MMN = multifokale motorische Neuropathie; POEMS = Polyneuropathie, Organomegalie, Endokrinopathie, M-Gradient und „skin lesions“; CMT1 = Charcot-Marie-Tooth-Erkrankung Typ 1A; GBS = Guillain-Barré-Syndrom

asymmetrische, regional begrenzte Nervenvergrößerungen, oft auf einzelne Faszikel oder kurze Nervenabschnitte beschränkt. Diese Veränderungen korrelieren häufig, wenn auch nicht ausschließlich mit elektrophysiologisch nachweisbaren Leitungsblöcken. Nach eigener klinischer Erfahrung sind die sonografischen Veränderungen bei der MMN überwiegend echoarm und für gewöhnlich weniger ausgeprägt als bei der CIDP oder bei hereditär demyelinisierenden Neuropathien, lassen sich aber in vielen Fällen nachweisen.

Beim Guillain-Barré-Syndrom (GBS) stehen sonografisch betonte Schwellungen der Nervenwurzeln, primär der Segmente C5/C6 sowie des N. vagus im Vordergrund. Bei der CIDP finden wir fast immer auch eine Affektion der proximalen Nervensegmente der Oberarmnerven (Nn. medianus, ulnaris und radialis) [15]. Paraproteinämische Neuropathien, insbesondere anti-MAG-IgM-assoziierte Formen, weisen ebenfalls häufig fokale begrenzte Schwellungen der Nervenwurzeln auf. Für Paraneoplasien liegen bislang nur wenige systematische Daten vor. In den bisher publizierten Kasuistiken imponieren allerdings ausgeprägte, überwiegend proximal betonte Nervenschwellungen [4].

Die monoklonale Gammopathie unklarer Signifikanz (MGUS)-assoziierte CIDP unterscheidet sich sonografisch nicht von der typischen CIDP und ist daher wahrscheinlich als CIDP mit begleitender monoklonaler Gammopathie zu werten.

Fazit für die Praxis

Die Diagnostik der CIDP erfordert eine multimodale Herangehensweise, bei der sich Elektrophysiologie und Nervenphonografie gegenseitig ergänzen. Wie die dargestellten Fallbeispiele eindrücklich zeigen, kann die alleinige Anwendung elektrophysiologischer Kriterien – insbesondere bei fokalen CIDP-Varianten oder Übergangsfällen zwischen GBS und CIDP – zu einer Unterdiagnose führen.

Die Nervenphonografie ermöglicht eine zusätzliche räumliche Charakterisierung des Befallmusters und kann die diagnostische Sicherheit bei Patientinnen und Patienten erhöhen, die elektrophysiologisch nur die Kriterien einer möglichen CIDP erfüllen. Gleichzeitig unterstreichen die geschilderten Fälle die Bedeutung einer strukturierten elektrophysiologischen Untersuchung, die über Screeningprotokolle hinausgeht und F-Wellen-Ableitungen, proximale Stimulation und eine ausreichende Anzahl untersuchter Nerven umfasst. Dass

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.

es zudem immer bessere, standardisierte sonografische Scoringssysteme wie UPSS und BUS gibt, bietet das Potenzial, die diagnostische Objektivierbarkeit und Reproduzierbarkeit von Untersuchungen weiter zu verbessern.

Für die klinische Praxis wird empfohlen, bei jedem Verdacht auf eine immunvermittelte Neuropathie neben der Elektrophysiologie auch eine umfassende Nervensonografie der betroffenen und idealerweise auch der kontralateralen Extremität bei den Patientinnen und Patienten durchzuführen.

Literatur

1. Kerasnoudis A et al. Cross sectional area reference values for sonography of peripheral nerves and brachial plexus. *Clin Neurophysiol.* 2013;124(9):1881-8
2. Telleman JA et al. Nerve ultrasound in polyneuropathies. *Muscle Nerve.* 2018;57(5):716-28
3. Zaidman CM et al. Ultrasound of inherited vs. acquired demyelinating polyneuropathies. *J Neurol.* 2013;260 (12):3115-21
4. Leonardi L et al. Nerve ultrasound in the diagnosis of inflammatory neuropathies. *Curr Opin Neurol.* 2025;38(5):443-51
5. Grimm A et al. Ultrasound of the peripheral nerves in systemic vasculitic neuropathies. *J Neurol Sci.* 2014;347(1-2):44-9
6. Kneer K et al. Neuropathy in ARSACS is demyelinating but without typical nerve enlargement in nerve ultrasound. *J Neurol.* 2024;271(5):2494-502
7. Kneer K et al. Nerve Ultrasound in Patients With Friedreich Ataxia. *Muscle Nerve.* 2026;73(3):395402
8. Grimm A et al. The Ultrasound pattern sum score – UPSS. A new method to differentiate acute and subacute neuropathies using ultrasound of the peripheral nerves. *Clin Neurophysiol.* 2015;126(11):2216-25
9. Kerasnoudis A et al. Bochum ultrasound score versus clinical and electrophysiological parameters in distinguishing acute-onset chronic from acute inflammatory demyelinating polyneuropathy. *Muscle Nerve.* 2015;51(6):846-52
10. Grimm A et al. Ultrasound pattern sum score, homogeneity score and regional nerve enlargement index for differentiation of demyelinating inflammatory and hereditary neuropathies. *Clin Neurophysiol.* 2016;127(7):2618-24
11. Fisse AL et al. Nerve echogenicity and intra-nerve CSA variability in high-resolution nerve ultrasound (HRUS) in chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy (CIDP). *J Neurol.* 2019;266(2):468-75
12. Grimm A et al. Ultrasound differentiation of axonal and demyelinating neuropathies. *Muscle Nerve.* 2014;50(6):976-83

13. Hartig F et al. Nerve Ultrasound Predicts Treatment Response in Chronic Inflammatory Demyelinating Polyradiculoneuropathy – a Prospective Follow-Up. *Neurotherapeutics.* 2018;15(2):439-51
14. Van den Bergh PYK et al. European Academy of Neurology/Peripheral Nerve Society guideline on diagnosis and treatment of chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy: Report of a joint Task Force-Second revision. *J Peripher Nerv Syst.* 2021;26(3):242-68
15. Grimm A et al. Differentiation Between Guillain-Barre Syndrome and Acute-Onset Chronic Inflammatory Demyelinating Polyradiculoneuritis – a Prospective Follow-up Study Using Ultrasound and Neurophysiological Measurements. *Neurotherapeutics.* 2019;16(3):838-47

Autorenaffiliationen

- 1 Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Tübingen, Hoppe-Seyler-Straße 3, 72076 Tübingen
- 2 Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Jena, Am Klinikum 1, 07747 Jena
- 3 Klinik für Neurologie, Medizinische Hochschule Hannover, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover
- 4 Klinik für Neurologie, St. Josef Hospital, Ruhr-Universität Bochum, Gudrunstraße 56, 44791 Bochum
- 5 Charité – Universitätsmedizin Berlin, korporatives Mitglied der Freien Universität Berlin und der Humboldt Universität, Klinik für Neurologie mit Experimenteller Neurologie, Berlin, Deutschland
- 6 Neuroscience Clinical Research Center, korporatives Mitglied der Freien Universität Berlin und der Humboldt Universität, Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland
- 7 Klinik für Neurologie, Medizinische Fakultät, Universität Köln mit Universitätsklinikum Köln, Kerpener Straße 62, 50937 Köln
- 8 Klinik für Neurologie, Universitätsmedizin Göttingen, Robert-Koch-Straße 40, 37075 Göttingen
- 9 Neurologische Klinik, BG Universitätsklinikum Bergmannsheil gGmbH, Ruhr-Universität Bochum, Bürkle-de-la-Camp-Platz 1, 44789 Bochum
- 10 Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Heidelberg, Im Neuenheimer Feld 672, 69120 Heidelberg
- 11 Klinik für Neurologie, Alfried Krupp Krankenhaus, Alfried-Krupp-Straße 21, 45131 Essen
- 12 Klinik für Neurologie, Immanuel Klinik Rüdersdorf, Seebad 82/83, 15562 Rüdersdorf bei Berlin
- 13 Klinik für Neurologie und Neurogeriatrie, Johannes Wesling Klinikum Minden, Hans-Nolte-Straße 1, 32429 Minden
- 14 Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Augsburg, Stenglinstraße 2, 86156 Augsburg
- 15 Philipps Universität Marburg & Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Marburg, Baldingerstraße, 35043 Marburg
- 16 Neurologische Klinik, Universitätsmedizin Mannheim, Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg, Theodor-Kutzer-Ufer 1-3, 68167 Mannheim
- 17 Klinik für Diagnostische und Interventionelle Neuroradiologie und Kinderneuroradiologie, Universitätsklinikum Bonn, Venusberg-Campus 1, 53127 Bonn
- 18 Klinik für Neurologie, Klinikum Dortmund, Beurhausstraße 40, 44137 Dortmund
- 19 Klinik für Neurologie, TUM Universitätsklinikum, Ismaninger Straße 22, 81675 München
- 20 Klinik für Neurologie, Klinikum Leverkusen, Am Gesundheitspark 11, 51375 Leverkusen
- 21 Poliklinik und Klinik für Neurologie des Universitätsklinikums Regensburg am Bezirksklinikum Regensburg, Universitätsstraße 84, 93053 Regensburg
- 22 Universitätsklinik für Neurologie, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Leipziger Straße 44, 39120 Magdeburg
- 23 Klinik für Neurologie, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf
- 24 Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Münster, Albert-Schweitzer-Campus 1, 48149 Münster
- 25 Klinik für Neurologie, EvK Hattingen, Bredenscheider Straße 54, 45525

* geteilte Autorenschaft

AUTORIN

Dr. med. Katharina Kneer

Klinik für Neurologie
Universitätsklinikum
Tübingen
Hoppe-Seyler-Straße 3
72076 Tübingen

katharina.kneer@med.
uni-tuebingen.de



Rund um den Beruf

Save the date!

Neurologie am Wendepunkt: ein „Weiter so“ gefährdet die Versorgung

Die neurologische Versorgung steht vor einem tiefgreifenden Umbruch, doch die gesundheitspolitischen Neuerungen stoßen vielfach auf veralteten Strukturen und Steuerlogiken. Die Reformen drohen deshalb ihre Ziele zu verfehlen und bestehende Probleme weiter zu verschärfen – mit gravierenden Folgen für die Versorgung. Es reicht nicht, das bestehende System zu reparieren. Die grundsätzliche Frage lautet: Wie kann Versorgung in Zukunft funktionieren? Das BDN-Forum 2026 sucht nach Antworten.

Medizinischer Fortschritt eröffnet der Neurologie Möglichkeiten, die noch vor wenigen Jahren undenkbar erschienen: Künstliche Intelligenz (KI), Digitalisierung, perso-

nalisierte Therapien und neue Versorgungsformen verändern Diagnostik und Behandlung grundlegend. Gleichzeitig steht das deutsche Gesundheitssystem vor einem tiefgreifenden Umbruch. Aus-

gaben und Einnahmen bewegen sich in entgegengesetzte Richtungen, die wirtschaftlichen Prognosen für Deutschland sind verhalten. Die Babyboomer gehen in Rente und werden mehr Gesundheits-



Im Gespräch beim BDN-Forum 2025 (v.li.): Dr. Uwe Meier, Prof. Sven Meuth, Dr. PH Silke Neusser, Dr. (I) Klaus Reinhardt, Prof. Martin Südmeyer

leistungen in Anspruch nehmen, während die sogenannte Sandwichgeneration diese Entwicklungen finanzieren muss. Parallel verschärfen Fachkräftemangel und wachsende Bürokratie den Druck auf Praxen und Kliniken.

Gesundheitspolitikerinnen und -politiker haben in dieser Situation nur begrenzte Optionen – und viele Entscheidungen werden unter dem Primat der kurzfristigen Finanzierbarkeit getroffen. Für ärztliche Organisationen bleibt deshalb keine Zeit, an alten Zuständen festzuhalten. Sie müssen nach vorne schauen, ihre eigene Rolle neu definieren und aktiv an tragfähigen Lösungen mitarbeiten. Wer in dieser Lage nur reagiert oder sich in Empörung erschöpft, wird nicht gehört.

Genau hier knüpft das BDN-Forum 2026 auf dem DGN-Kongress an: Die Verbände wollen sich einbringen, Zukunft mitgestalten und gemeinsam mit Expertinnen und Experten darüber diskutieren, wie unter Bedingungen knapper Ressourcen gute Medizin möglich bleibt – und welche Rolle Neurologinnen und Neurologen dabei übernehmen können. Dazu wird am Donnerstag, den 5. November 2026, von 8:30 Uhr bis 10:00 Uhr im CityCube Berlin herzlich eingeladen.

Wie gelingt künftig gute Medizin?

Wie können technische und organisatorische Neuerungen dazu beitragen, knappe Ressourcen intelligenter einzusetzen? Welche Aufgaben werden Ärztinnen und Ärzte künftig selbst übernehmen – und welche sinnvoll delegieren? Wie verändert KI medizinische Entscheidungen? Welche neuen Versorgungsstrukturen braucht das Gesundheitswesen? Und welche gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen sind notwendig, damit Innovation nicht Selbstzweck bleibt, sondern den Patientinnen und Patienten zugutekommt und Ärztinnen und Ärzten wieder mehr Freiräume für ihre eigentliche Aufgabe eröffnet? – Mit diesen Fragen greift das

BDN-Forum die aktuellen gesundheitspolitischen Reformen auf, geht aber einen Schritt weiter. Es ist nicht als Forum der Empörung oder der Problembeschreibung gedacht, sondern als Ideenwerkstatt für die Versorgung der Zukunft.

Im Mittelpunkt werden Experten stehen, die über die Grenzen ihres eigenen Fachgebiets hinausdenken und neue Perspektiven auf Medizin, Gesellschaft, Technologie und Gesundheitspolitik eröffnen. Impulse ausgewählter Gäste werden den Ausgangspunkt für eine moderierte Diskussion mit dem Publikum bilden. Ziel ist nicht die Präsentation fertiger Lösungen, sondern der offene Austausch über Ideen, die das Potenzial haben, die Versorgung von morgen zu prägen.

Die Zukunft der Medizin entsteht nicht allein durch neue Gesetze oder neue Technologien. Sie wird auch nicht einfach geschehen. Sie ist eine gemeinsame Gestaltungsaufgabe – für Politik, Medizin, Wissenschaft und Gesellschaft. Hierüber wird mit Experten diskutiert werden.

Die Diskussionsgäste beim BDN-Forum 2026

Dr. theol. Carsten Lotz

Ökonom, Philosoph, Theologe und Autor des Buches „Wirtschaft als 1. Philosophie – Kritik der ökonomischen Vernunft“. Er war über 17 Jahre Unternehmensberater bei McKinsey und beschäftigt sich mit den Grenzen ökonomischen Denkens und der Frage, wie gesellschaftliche Entscheidungen zwischen Effizienz, Verantwortung und Menschenbild gelingen können. Bezogen auf das Gesundheitswesen bringt er neben der ökonomischen Analyse auch die philosophische und ethische Perspektive ein.

Dr. med. Markus Müschenich

Arzt, Unternehmer, Partner bei Heal Capital und Mitgründer von Nuuron. Seit vielen Jahren zählt er zu den Vordenkern

der digitalen Transformation im Gesundheitswesen. Er entwickelt gemeinsam mit Kliniken, Unternehmen und Start-Ups neue Versorgungsmodelle und zeigt, wie digitale Innovationen den medizinischen Alltag und die Patientenversorgung nachhaltig verändern können.

Dr. med. Nils Schweingruber

Neurologe und Geschäftsführer der IDM gGmbH. Aus der medizinischen Praxis heraus konzipiert er mit seinem Team KI-Anwendungen für den klinischen Alltag. Von medizinischer Spracherkennung bis zu Sprachmodellen für die ärztliche Dokumentation. Als gemeinnützige Ausgründung des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf steht IDM für höchste Ansprüche an Datensouveränität in Entwicklung und Betrieb.

Prof. Dr. med. Christian Gerloff

ist Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, Neurologe und Wissenschaftler, langjähriger Klinikleiter und ehemaliger DGN-Präsident. Er verbindet langjährige Erfahrung in Spitzenmedizin und Gesundheitsmanagement mit seinem Interesse an Digitalisierung, KI und der strategischen Weiterentwicklung universitärer Medizin.

Moderiert wird die Veranstaltung von Dr. Uwe Meier und Prof. Martin Südmeyer, Vorstandsvorsitzende des BDN.

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich

ZNS-Tage 2027

Neues zu Abrechnungen, Hot-Topics und Suchterkrankungen

Auch im Jahr 2027 finden die ZNS-Tage statt, die sich aktuellen neurologischen und psychiatrischen Fragen und Fortbildungsthemen widmen werden. Die Verbände laden dazu vom 18. bis 20. Februar nach Köln ein. Dabei wird der Fokus auch auf der Suchtmedizin und der Psychopharmakotherapie liegen.

Mit den ZNS-Tagen haben die Berufsverbände einen Kongress und eine beliebte Fortbildungsveranstaltung etabliert. Sie bietet Neurologinnen und Neurologen, Psychiaterinnen und Psychiatern, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie ihren Praxisteams ein umfassendes und praxisnahes Programm mit therapeutischen und berufspolitischen Themen.

Neben bewährten Fortbildungsformaten für Fachärztinnen und Fachärzte erwartet die Teilnehmenden auch 2027 ein vielseitiges Angebot für die unterschiedlichen Berufsgruppen im ambulanten Versorgungsalltag. Speziell auf Weiterbildungsassistentinnen und Weiterbildungsassistenten zugeschnittene Crashkurse werden prüfungs- und praxisrelevantes Wissen kompakt und interaktiv vermitteln. Darüber hinaus wurde das Fortbildungsangebot für Medizinische Fachangestellte weiter ausgebaut.

Noch stärker als bisher werden die ZNS-Tage 2027 auf einen Hands-on-Ansatz bauen. Praxisnahe Workshops, interaktive Seminare und konkrete Fallbesprechungen sollen die Umsetzbarkeit im klinischen und ambulanten Alltag in den Mittelpunkt rücken. Ergänzt wird das Programm durch Abrechnungsseminare, die aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen in der vertragsärztlichen Versorgung aufgreifen, sowie durch Hot-Topic-Sessions zu besonders relevanten Entwicklungen in Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie.

Auch berufspolitisch beziehen die ZNS-Tage Position: Wie müssen Rahmenbedingungen gestaltet werden, damit Versorgung flächendeckend gesichert bleibt? Im Fokus stehen das GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz und der Kampf gegen Einsparungen zulasten der ambulanten Versorgung. Die Verbände geben konkrete Bausteine an die Hand,

die helfen, die Versorgung zukunftsfest zu machen. Hierzu gehören unter anderem die Weiterentwicklung von ASV und KSVPsych, Selektivverträge und effiziente Preisgestaltung. Dazu diskutieren Expertinnen und Experten aus Praxis, Selbstverwaltung und Politik.

Auch medizinisch stehen aktuelle Themen auf der Agenda. Die ZNS-Tage 2027 werden sich unter anderem der Suchtmedizin und Psychopharmakotherapie widmen, deren Bedeutung angesichts neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse und veränderter Versorgungsanforderungen kontinuierlich wächst.

Die ZNS-Tage 2027 werden wissenschaftliche Aktualität, Fortbildung und berufspolitische Diskussionen verbinden. Die Berufsverbände Deutscher Neurologen, Nervenärzte und Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie veranstalten diesen Kongress und laden zum Austausch, kollegialer Vernetzung und neuen Impulsen für die Arbeit in Praxis und Klinik ein.

Weitere Informationen gibt es unter www.zns-tage.de und unter dem QR-Code zum Kongressprogramm.



Bei den ZNS-Tagen 2027 stehen neben Berufspolitik die Themen Prävention und Versorgungsmodelle in Neurologie und Psychiatrie im Fokus.

AUTORIN

Elisa Pruckner

Referentin für Kommunikation
BDN, BVDN, BVDP
Wulffstraße 8
12165 Berlin

e.pruckner@spitzenverband-zns.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.

Das Beste zum Schluss – bekennende Statements

Von dem Glück, Neurologinnen und Neurologen sein zu dürfen

Was macht die Neurologie zu einer sinnstiftenden, befriedigenden und erstrebenswerten Fachrichtung? Warum stehen wir trotz all der Probleme, die zu unserer Arbeitswelt gehören und die wir in dieser Ausgabe thematisiert haben, jeden Morgen gerne als Neurologinnen und Neurologen auf? Das haben wir Kolleginnen und Kollegen aus Vorständen und Gremien von DGN, BDN und BVDN gefragt.

Manchmal lohnt es sich, in alten Heften zu blättern: Im *NeuroTransmitter* vom Mai 2009 findet sich ein Essay von Marco Mumenthaler, dem großen Schweizer Neurologen, der die Neurologie des 20. Jahrhunderts maßgeblich mitgeprägt und wunderbare Bücher geschrieben hat. Vor 16 Jahren hat der damals 84-jährige Mumenthaler in dem Essay die Frage gestellt: Warum ist es eigentlich so schön, Neurologe zu sein? Sein Aufsatz endete mit einem leidenschaftlichen Bekenntnis zu unserem Fach und einem „Trotz allem.“ Wir wollten wissen, wie die Ant-

wort heute lauten würde und haben Kolleginnen und Kollegen aus dem Vorstand von DGN und BDN, BVDN und Landesverbänden gefragt, was sie an der Neurologie begeistert und warum sie jeden Morgen gerne aufstehen. Nicht als Analyse. Nicht als Positionspapier. Sondern als persönlicher Satz.

Bemerkenswert ist: keiner spricht hier – wen wundert's – über Geld, Karriere oder Status. Fast alle sprechen von der intellektuellen Herausforderung, den rasanten Fortschritten, der Begegnung mit Menschen, der Langzeitbegleitung, Verantwortung und der Kollegialität im

Fach und vor allem von Würde. Ist das nicht wunderbar? Ausgerechnet nach einer Ausgabe mit dem Schwerpunktthema Ökonomie antworten nahezu alle Kolleginnen und Kollegen mit Gründen, die sich wirtschaftlich kaum messen lassen.

Falls Sie selbst mal darüber nachgedacht haben oder durch diesen Artikel angeregt werden, über den Sinn und den Wert unserer Arbeit zu reflektieren, schreiben Sie uns bitte unter info@berufsverband-neurologen.de

Dr. med. Uwe Meier Grevenbroich

„Neurologie ist auch nach 27 Jahren für mich großartig: Spannende Patienten, innovative Diagnostik und Therapien, tolle Forschung und vor allem super Kolleginnen und Kollegen!“

– Lars Timmermann

„Der Arztberuf ist und bleibt für mich eine der sinnstiftendsten Tätigkeiten überhaupt. Die enormen Fortschritte in Diagnostik und Therapie machen die Neurologie für mich zum faszinierendsten Fach.“

– Wilhelm Nacimienta

„Früher konnten wir nur durch zuhören und untersuchen sehr genau sagen, wo das Problem ist. Heute können wir mit Bildgebung, Labor und Genetik unseren Patientinnen und Patienten eine individualisierte effektive Behandlung anbieten – das Fach Neurologie ist einfach großartig.“

– Peter Berlit

„Ärztliche Tätigkeit kann Brücken schlagen zwischen Kulturen, zwischen Erdteilen und insbesondere die Neurologie ist ein Fach voller Innovation, neuer Behandlungsstrategien und präventiver Maßnahmen. Weltweit ist hier ein großer Bedarf und Mangel.“

– Uta Meyding-Lamadé

„Präzision statt Larifari.“

– Wolfgang Freund

„Neurologie ist für mich ein Fach, in dem es um das Wesentliche geht: um den einzelnen Menschen, seine Selbstständigkeit, seine Würde und seine Zukunft.“

Dass wir mit Wissen, Erfahrung und Haltung oft einen entscheidenden Unterschied machen können, ist für mich bis heute der Grund, warum sich dieser Beruf lohnt.“

– Sven Meuth

„Diese Mischung aus komplexer Detektivarbeit, wissenschaftlichem Fortschritt und unmittelbarer Verantwortung für den einzelnen Menschen ist es, wofür ich jeden Tag gerne aufstehe.“

– Marc Pawlitzki

„Neurologe sein lehrt mich täglich Demut. Und Respekt vor diesen oft so tapferen Menschen und vor dem, was sie in ihrer Krankheit ertragen. Abends gehe ich vielleicht geschafft, aber glücklich mit dem Gefühl nach Hause, die Welt für einige wieder ein Stück besser gemacht zu haben – und komme jeden Tag wieder mit Spaß zur Arbeit.“

– Christoph Kosinski

„Von Volkskrankheiten bis zu seltensten Erkrankungen, von der Akutmedizin bis zur langfristigen Betreuung, dazu die enge Verzahnung von Klinik, Forschung und Lehre: Diese enorme Bandbreite begeistert mich an der Neurologie. Sie verändert sich rasant. Genau das macht sie für mich zu einem der spannendsten und zukunftsweisendsten Fächer der Medizin – und zu einem Fach, für das ich mich jeden Tag aufs Neue entscheide.“

– Tobias Ruck

„Was mich an der Neurologie begeistert: Neugier und Engagement zahlen sich unmittelbar aus. Ein ungewöhnlicher Fall, ein Blick in die aktuelle Studienlage – und plötzlich kann man Patienten und Kollegen neue Möglichkeiten aufzeigen. Das geht derzeit in kaum einem anderen Fach so gut.“

– Thomas Duning

„Die Spezialfälle zum Knobeln sind das Sahnehäubchen auf der Torte. Am schönsten ist aber, sie mit Kolleginnen und Kollegen zu lösen, die mit der gleichen Geduld und Begeisterung tüfteln und das Beste für ihre Patienten herausholen wollen.“

– Solveig Voran

„Das Gehirn ermöglicht uns den Zugang zur Welt in allen Aspekten. Das erfüllt mich mit Demut, Respekt und fast kindlicher Neugier. Jeden Tag. Immer wieder neu.“

– Uwe Meier

„Das aktive Zuhören, die Begleitung ganz unterschiedlicher Patientinnen und Patienten und der Einblick in ihre oft sehr persönlichen Lebensgeschichten machen dieses Fach für mich fordernd, aber auch erfüllend. Ich würde mich jederzeit wieder für die Neurologie entscheiden.“

– Caroline Schell

„Ich bin Neurologin, weil ich in diesem Fach bei jedem Behandlungskontakt Empathie mit Intellektualität verbinden kann und weil Engagement – in Form von Zuwendung und der Ausschöpfung diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten – Würdigung erfährt. Selbst wenn für Erkrankte oder Angehörige zuletzt nur noch im Hier und Jetzt Erleichterung möglich ist. Aber genau das sind große Momente in meinem Leben.“

– Katrin Kreiner

„Für die ärztliche Kunst bleibt immer auch entscheidend die Arzt-Patienten-Interaktion. „Die Neurologie ist die Krone der Inneren Medizin“, um unseren LÄK-Präsidenten zu zitieren. Oder anders formuliert: ohne Hirn ist alles nichts!“

– Klaus Gehring

„Die Begleitung und Verbesserung der Lebensqualität unserer oft „unheilbar“ kranken Patienten stellt die Menschenwürde in den Mittelpunkt. Die Verbindung von Hirn und Herz ist hier essenziell. Deshalb stehe ich morgens auf und freue mich auf den Tag in der Praxis mit meinem Team!“

– Sven Klimpe

„Ich liebe es, in der Neurologie die ganze Bandbreite der Gesellschaft zu sehen: Männer und Frauen, Alte und Junge, Arme und Reiche. Denn in unserem Fach begegnen wir nicht nur einer Erkrankung, sondern immer dem ganzen Menschen und seinem sozialen Umfeld.“

– Marina Sparmann

„Die über Jahre und Jahrzehnte andauernde Begleitung unserer chronisch erkrankten Patientinnen und Patienten und auch die sozialmedizinischen Aspekte ihrer Erkrankung: Dafür werde ich auch in Zukunft gerne Zeit investieren.“

– Elisabeth Rehkopf

„Analytisches Denken, die Freude an Veränderung und die Begeisterung für das, was ich tue, begleiten mich auch als Geschäftsführer jeden Tag. Den Grundstein dafür hat die Neurologie gelegt.“

– Martin Wolz

„Wir dürfen jeden Tag Menschen in ihrer wunderbaren Einzigartigkeit begegnen und erleben. Jedes Gehirn bleibt veränderbar: Es kann auch im Alter und bei Krankheit lernen. Darin liegt eine Chance für die Prävention: Wir können unsere Hirngesundheit stärken und den Verlauf neurologischer Erkrankungen günstig beeinflussen.“

– Daniela Berg

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.

Neue Therapieoption bei Parkinsonkrankheit

Die Europäische Kommission hat Levodopa/Carbidopa mit modifizierter Wirkstofffreisetzung (Hopledo®) zur Behandlung von Erwachsenen mit Parkinsonkrankheit und moderaten bis schweren motorischen Fluktuationen zugelassen, die mit oralen, auf Levodopa/Dopadecarboxylase-Hemmern basierenden Behandlungsschemata bislang nicht ausreichend stabilisiert werden konnten. Die Markteinführung in Europa wird ab Oktober 2026 erwartet. Grundlage der Zulassung sind Daten der Phase-III-Studie RISE-PD mit 506 Patientinnen und Patienten, die eine Zunahme der guten On-Zeit pro Tag und pro Dosis bei geringerer Einnahmehäufigkeit und vergleichbarem Sicherheitsprofil belegt [Hauser RA et al. JAMA Neurol. 2023;80(10):1062–9]. Die Hartkapsel kombiniert Komponenten mit sofortiger und verlängerter Wirkstofffreisetzung.

red

Nach Informationen von Zambon

SMA-Gentherapie auch zur intrathekalen Gabe

Die Europäische Kommission hat Onasemnogen-Apoparvovec (Ivismo®) zur intrathekalen Einmalgabe bei Kindern ab zwei Jahren, Jugendlichen und Erwachsenen mit 5q-assoziiierter spinaler Muskelatrophie (SMA) und biallelischer SMN1-Mutation zugelassen. Grundlage der Zulassung sind die Ergebnisse der Phase-III-Studie STEER [Proud CM et al. Nat Med. 2026;32(2):488–93] und STRONG [Finkel RS et al. J Neuromuscul Dis. 2023;10(3):389–404]. In STEER zeigte sich bei therapienaiven Erkrankten mit SMA Typ 2 nach 52 Wochen eine signifikant stärkere Verbesserung der motorischen Funktion gemäß Hammersmith Functional Motor Scale-Expanded als unter Scheinintervention (Δ 1,88 Punkte; $p = 0,0074$). Im Unterschied zur bereits zugelassenen intravenösen Anwendung (Zolgensma®) wird Ivismo® als gewichtsunabhängige feste Einmaldosis intrathekal verabreicht. Häufige Nebenwirkungen waren Infektionen der oberen Atemwege, Fieber und Erbrechen.

red

Nach Informationen von Novartis

Atogepant jetzt auch bei akuter Migräne einsetzbar

➔ Der orale (Calcitonin gene-related peptide(CGRP)-Rezeptorantagonist Atogepant (Aquipta®) ist zusätzlich zur Migräneprophylaxe nun auch zur Akutbehandlung von Migräneattacken bei Erwachsenen mit oder ohne Aura zugelassen. Atogepant wird in einer Dosierung von 60 mg eingesetzt, was der maximalen Tagesdosis entspricht. Bislang war der Wirkstoff nur zur Prophylaxe bei Erwachsenen mit mindestens vier Migränetagen pro Monat indiziert. Die Grundlage für die Zulassungserweiterung sind die Ergebnisse der Phase-III-Studie ECLIPSE, in der bei 1.328 Erwachsenen vier Migräneattacken doppelblind mit Atogepant 60 mg oder Placebo behandelt wurden [AbbVie, unveröffentlichte Daten]. Den primären Studienendpunkt Schmerzfreiheit nach zwei Stunden bei der ersten Attacke erreichten 24,3 % der Teilnehmenden unter Atogepant gegenüber 13,1 % unter Placebo (Odds Ratio 2,36; 95 %-Konfidenzintervall 1,76–3,15; $p < 0,0001$). Auch bei den weiteren Attacken zeigten sich Vorteile gegenüber Placebo. Nach zwei

Stunden waren zudem mehr Behandelte frei vom jeweils am stärksten belastenden Begleitsymptom. Neue Sicherheitssignale wurden nicht beobachtet.

PD Dr. Charly Gaul, Facharzt für Neurologie und spezielle Schmerztherapie am Kopfschmerzzentrum Frankfurt am Main, ordnete Atogepant als zusätzliche Option für Patientinnen und Patienten ein, bei denen etablierte Akuttherapien nicht ausreichend wirken, nicht vertragen werden oder kontraindiziert sind. Für Gepante gebe es nach bisheriger Datenlage keinen Hinweis auf einen Kopfschmerz durch Medikamentenübergebrauch. Eine Begrenzung der Einnahmetage allein wegen eines solchen Risikos sei daher nicht erforderlich, sagte Gaul. Darüber hinaus zeigte Atogepant eine anhaltende Schmerzfreiheit über 24 Stunden beziehungsweise bis zu 48 Stunden, so der Neurologe.

Romy König

Pressegespräch „Aquipta® bringt neue Dynamik in die Akuttherapie der Migräne“, Frankfurt am Main, 19.6.2026; Veranstalter: AbbVie

Malignisierung plexiformer Neurofibrome bei Neurofibromatose Typ 1 frühzeitig begegnen

➔ Bei Neurofibromatose Typ 1 (NF1) bergen plexiforme Neurofibrome (PN) die Gefahr von Funktionsverlusten und maligner Entartung. Bei inoperablen PN erweitert Mirdametinib (Ezmekly®) seit gut einem Jahr die Therapieoptionen. Mit einer Prävalenz von rund einer von 3.000 Lebendgeburten ist die NF1 eine vergleichsweise häufige seltene Erkrankung. 30–50 % der Patientinnen und Patienten entwickeln oberflächliche oder auch tiefer gelegene plexiforme Neurofibrome (PN) mit einem malignen Entartungspotenzial von 10–15 %, berichtete Dr. Pia Vaassen, Leitende Oberärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Sana Kliniken Duisburg. Während mehr als 60 % der PN bei Kindern den Kopf-Hals-Bereich betreffen und mit Symptomen wie Schmerzen und Funktionseinschränkungen behaftet sein können, sind solche im Thorax oder Abdomen häu-

fig asymptomatisch. Verhärtung im Tumorgebiet, Schmerzhaftigkeit oder ein rasches Größenwachstum weisen auf eine mögliche Malignisierung hin. Aufgrund des Entartungspotenzials sowie zur Prävention funktioneller Beschwerden sei die frühe Diagnosefindung wichtig, um mit den Patientinnen und Patienten oder den Eltern die Therapieoptionen zu besprechen, so Vaassen. Chirurgische Eingriffe seien oft nur bedingt oder gar nicht möglich, wenn aufgrund der Lokalisation des Tumors ein Funktionsverlust drohe.

Die medikamentösen Optionen bei PN werden seit der EU-Zulassung am 17. Juli 2025 durch den selektiven, nicht kompetitiven Inhibitor der mitogen-aktivierten Proteinkinasen 1 und 2 (MEK1/2) Mirdametinib erweitert. Er ist indiziert als Monotherapie zur Behandlung von symptomatischen, inoperablen PN bei pädiatrischen und er-

wachsenen Patientinnen und Patienten mit NF1 ab einem Alter von zwei Jahren. In der zulassungsrelevanten Phase-IIb-Studie Re-Neu zeigten 41 % der 58 Erwachsenen und 52 % der 56 Kinder ein objektives Ansprechen, definiert als Reduktion des Volumens des Ziel-PN um mindestens 20 % während der aus 24 Zyklen bestehenden Therapie [Moertel CL et al. J Clin Oncol. 2025;43:716–

29]. An den ersten 21 Tagen jedes 28-tägigen Zyklus erhielten die Teilnehmenden Mirdametininib 2 mg/m² Körperoberfläche zweimal täglich per os, gefolgt von einer siebentägigen Pause.

Dr. Matthias Herrmann

WebUp Experten-Forum Rare Disease – „Update Rare Disease“, 3.6.2026; Unterstützt von Merck

Flexiblere Familienplanung für Frauen mit aktiver MS ermöglicht

Die Europäische Arzneimittelagentur hat die Anwendungsdauer einer zuverlässigen Verhütungsmethode nach der letzten Gabe von Ofatumumab (Kesimpta®) für Frauen mit aktiver Multipler Sklerose (MS) von sechs auf zwei Monate verkürzt. Mit dieser Anpassung der Zulassung können Frauen mit schubförmiger MS ihre Familienplanung flexibler gestalten. So lautete die bisherige Empfehlung, bis sechs Monate nach der letzten Ofatumumab-Gabe zuverlässig zu verhüten. Dieser Zeitraum wurde nun auf zwei Monate verkürzt. Die geschätzte Ofatumumab-Halbwertszeit wurde in der Fachinformation von zuvor circa 16 Tagen auf nun etwa elf Tage angepasst,

was die verkürzte Anwendungsdauer einer zuverlässigen Verhütungsmethode unterstützt.

Gemäß der kürzlich aktualisierten MS-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) kann Ofatumumab bei Patientinnen mit hoher Krankheitsaktivität nach Risiko-Nutzen-Abwägung sogar bis zum Eintritt der Schwangerschaft oder auch während der Schwangerschaft fortgeführt werden. Nach frühzeitiger Unterbrechung der Behandlung im Fall einer ungeplanten oder erwarteten Schwangerschaft könne das fetale Expositionsrisiko als gering eingeschätzt werden, berichtete Prof. Simon Faissner, Neurologische Universitätsklinik am St. Josef-Hospital, Bochum. Daten aus dem deutschsprachigen Register für Multiple Sklerose und Kinderwunsch (DMSKW) ergaben bei Neugeborenen mit maternaler Ofatumumab-Exposition keine Hinweise auf ein erhöhtes Infektionsrisiko [Dost-Kovalsky K et al., AAN 2025, P10-1.008].

Nach der Entbindung sollte die Therapie mit Ofatumumab innerhalb von ein bis zwei Wochen wieder aufgenommen werden, so Faissner. In Bezug auf die Sicherheit von Ofatumumab während der Stillzeit legen begrenzte Daten nahe, dass die Ofatumumab-Konzentrationen in der Muttermilch sehr niedrig sind [Witt L et al., Mult Scler. 2025;31:338–51]. Zudem geht der Antikörper aus der Muttermilch vermutlich nicht in größeren Mengen in den kindlichen Kreislauf über. In den ersten Tagen nach der Geburt kann ein Risiko für das gestillte Kind allerdings nicht ausgeschlossen werden.

Dr. Matthias Herrmann

Virtuelles Pressegespräch „Aktuelle Entwicklungen in der MS-Therapie mit Ofatumumab“, 14.7.2026; Veranstalter: Novartis



Trotz hochwirksamer MS-Therapie schwanger werden wird nun einfacher.

Pharmaforum

Real-World-Daten zu Lecanemab

Bei einer Post-hoc-Subgruppenanalyse der LEADER-Studie entsprechend der EU-indizierten Population (n = 348) blieben 84,8 % der Patientinnen und Patienten mit früher Alzheimerkrankheit über eine mittlere Dauer von 16,9 Monaten stabil oder verbesserten sich unter einer Behandlung mit Lecanemab (Leqembi®). 79,2 % verblieben im selben Krankheitsstadium und 5,6 % verbesserten sich von leichter Alzheimerdemenz zu einer leichten kognitiven Störung. 15,2 % zeigten eine Krankheitsprogression. Die Daten aus der retrospektiven Real-World-Studie zu Lecanemab in der klinischen Praxis in den USA wurden Mitte Juli auf der Alzheimer's Association International Conference 2026 in London vorgestellt. In die Analyse gingen nur ApoE-ε4-negative und -heterozygote Personen ein. Die Sicherheitsdaten waren dem Autorenteam zufolge mit dem bekannten Sicherheitsprofil von Lecanemab konsistent.

red

Nach Informationen von Eisai

Langzeitdaten zu Risdiplam

Langzeitdaten aus klinischen Studien über bis zu fünf Jahre weisen auf eine anhaltende Wirksamkeit und ein konsistentes Sicherheitsprofil von Risdiplam (Evrysdi®) bei Patientinnen und Patienten mit 5q-assoziiierter spinaler Muskelatrophie (SMA) hin. Wie Roche mitteilte, zeigte die finale Analyse der JEWELFISH-Studie einen raschen und über den Studienzeitraum stabilen Anstieg des SMN-Proteins sowie eine Stabilisierung motorischer Funktionen bei schwer betroffenen Patientinnen und Patienten. Die Bedeutung eines frühen Therapiebeginns unterstreichen die 3-Jahres-Daten der RAINBOWFISH-Studie. Demnach hatten 91 % der präsymptomatisch behandelten Kinder nach drei Jahren die Fähigkeit zu sitzen, zu stehen und zu gehen erworben und diese motorischen Meilensteine beibehalten. Zudem wurde eine altersgerechte kognitive Entwicklung beobachtet. Auch die 5-Jahres-Daten der SUNFISH-Studie sprechen für einen langfristigen Nutzen von Risdiplam bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit SMA Typ 2 oder 3. Die motorischen Funktionen konnten über den Beobachtungszeitraum stabilisiert oder verbessert werden.

red

Nach Informationen von Roche

Veranstaltungen mit Beteiligung des BDN, BVDP und BVDN 2026/2027

Datum Ort Zeit	Landesverband Titel Themen	Anmeldung
14.10.2026 online 17:15–20:30 Uhr	BVDP PsyWorkshop Zusammen mit renommierten Expertinnen und Experten werden verschiedene Fragestellungen aufgegriffen. Ideal, um Updates zu mehreren Themen zu erhalten. Die am jeweiligen Termin thematisierten Krankheitsbilder können der Anmeldeseite entnommen werden.	https://www.diaplan.de/verbaende-zns/#psyws
15.–17.10.2026 in Köln, KV Nordrhein 30 CME-Punkte	DGNB Intensivseminar Medizinische Begutachtung, Block 2	Information und Buchung: Susanne Neeses info@dgnb-ev.de Telefon: 02424 2028535
31.10.2026–13.3.2027 online	MFA-Spezialisierungsqualifikation (80 UE) Die BÄK hat für den Bereich „Neurologie“ und „Psychiatrie und Psychotherapie“ Musterfortbildungscurricula für MFA entwickelt. Die Curricula sind in weiten Teilen inhaltlich identisch und vermitteln im fachspezifischen Teil jeweils Spezialwissen. Die identischen Anteile sind wechselseitig anrechnungsfähig. Der Erwerb beider Qualifikationen ist somit für MFA, die in beiden Bereichen tätig sind, mit vertretbarem Aufwand möglich.	Anmeldung und Flyer: Martin Wollschläger-Tigges martin.wollschlaeger-tigges@aekwl.de Telefon: 0251 9292242 Kurs-ID: 6696 www.akademie-wl.de/fortbildungskatalog 
5.11.2026 in Berlin 8:30–10:00 Uhr DGN-Kongress, City Cube, A4	BDN-Forum 2026 auf dem DGN-Kongress Versorgung der Zukunft – Gute Medizin zwischen Ressourcenknappheit und technologischer Innovation: Wie gelingt auch künftig gute Medizin? Diskutieren Sie mit uns.	
5.11.2026 in Berlin 12:45–13:45 Uhr DGN-Kongress, City Cube, Raum Helsinki 1	Junge Neurologie zur Karriereplanung Auf dem DGN-Kongress veranstaltet die Junge Neurologie ein Speed Dating zur Karriereplanung. Aus den Vorständen der Landesverbände des BDN werden Dr. Carolin Zimmermann und Dr. Sven Klimpe sich den Fragen von Nachwuchs-Neurologinnen und -Neurologen stellen.	
14.11.2026 online 9:15–12:15 Uhr 9.12.2026 online 17:15–20:30 Uhr	BDN 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
8.12.2026 online 18.00–19.30 Uhr	BDN-Mitgliederversammlung	Anmeldung: Einwahllink geht an alle Mitglieder
10.12.2026 online 18.00–19.30 Uhr	NeuroLive: Post-Kongress DGN 2026 Rückblick auf die spannendsten Themen des diesjährigen Hauptstadtkongresses	Anmeldung: https://streamed-up.com/live/post-kongress-dgn-2026
18.–20.2.2027 in Köln und online	ZNS-Tage 2027: Neurologie- und Psychiatriekongress Aktuelle Fragestellungen aus der Neurologie und Psychiatrie, Berufspolitik und kollegialer Austausch	Anmeldung: www.zns-tage.de
23.–24.4.2027 in Travemünde	DGN-Fortbildung „Neurologie kompakt“ – in Kooperation mit dem BDN	



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

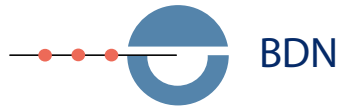
Sachsen: Ulrike Bennemann

Sachsen-Anhalt: Marc Pawlitzki

Schleswig-Holstein: Klaus Gehring

Thüringen: Ralf Köbele, Sabine Köhler

Westfalen: Zia Pufke-Yusafzai



Berufsverband Deutscher Neurologen

■ www.berufsverband-neurologen.de

Vorstand des BDN

1. Vorsitzender: Uwe Meier,
Grevenbroich

2. Vorsitzender: Martin Südmeyer,
Potsdam

Schriftführer: Wolfgang Freund,
Biberach

Kassenwart: Martin Delf, Hoppegarten

Beisitzer: Klaus Gehring, Itzehoe;

Christoph Kosinski, Würselen;

Thomas Duning, Bremen;

Tobias Ruck, Bochum

Kooptierte Mitglieder: Solveig Voran,

Caroline Schell, Marc Pawlitzki, Martin

Marziniak

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



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: Markus Weih

Berlin: Michael Krebs

Brandenburg: Konstant Miehe

Bremen: Ilka Brockmüller

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: Anne Hauswedell

Thüringen: Dorothee Piehler

Westfalen: Michael Meyer

Geschäftsstelle des BVDN/BDN/BVDP

Wulffstraße 8, 12165 Berlin

Tel.: 030 948783-10 | Fax: 0322 268091-22

info@bvdn.de

info@berufsverband-neurologen.de

info@berufsverband-psychiater.de

www.bvdn.de

www.berufsverband-neurologen.de

www.berufsverband-psychiater.de

www.zns-news.de

Cortex Management GmbH

s. oben Geschäftsstelle

Geschäftsführer: Bernhard Michatz

Ich will Mitglied werden!

An die Geschäftsstelle, Wulffstraße 8, 12165 Berlin
mitglied@bvdn.de | Fax: 0322 268091-22 | online ausfüllen:



Ja, hiermit erkläre ich meinen Beitritt als

- ☐ Ordentliches Mitglied (580€) ☐ Chefarzt in Klinik (580€) ☐ Gemeinschaftspraxis-Mitglied (440€)
☐ Arzt in Weiterbildung *(0€) – Bitte senden Sie einen gültigen Nachweis an mitglied@bvdn.de ☐ Angestellter Facharzt (300€)
☐ Senior/Arzt im Ruhestand mit Aufgabe der kassenärztlichen Tätigkeit (120€)

Mit einer Doppel- oder Dreifachmitgliedschaft genießen Sie weitere Vorteile, ohne mehr zu bezahlen. Bitte wählen Sie, ob Sie eine Einzel-, Doppel- oder Dreifachmitgliedschaft wünschen.

- ☐ Ich wünsche die EINZELMITGLIEDSCHAFT – Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V. (BVDN)
☐ Ich wünsche die EINZELMITGLIEDSCHAFT – Berufsverband Deutscher Neurologen e. V. (BDN)
☐ Ich wünsche die EINZELMITGLIEDSCHAFT – Berufsverband Deutscher Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie e. V. (BVDP)
☐ Ich wünsche die DOPPELMITGLIEDSCHAFT – BDN und BVDN
☐ Ich wünsche die DOPPELMITGLIEDSCHAFT – BVDP und BVDN
☐ Ich wünsche die DREIFACHMITGLIEDSCHAFT – BDN, BVDN und BVDP



Das erste Jahr der Mitgliedschaft ist beitragsfrei, sofern die Mitgliedschaft mindestens ein weiteres Jahr besteht.

Zusatztitel oder -qualifikation (z. B. Psychotherapie, Sonografie): _____

Name, Vorname: _____

Tel.-Nr.: _____ Fax: _____

E-Mail/Internet: _____

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

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

- ☐ Gratis Mailservice erwünscht

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

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

IBAN: _____

Bei der _____ BIC _____

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

Name: _____

Adresse: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Praxisstempel (inkl. KV-Zulassungs-Nr.)

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

Unterschrift: _____

NEUROTRANSMITTER

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

Herausgegeben von

Cortex Management GmbH, Wulffstraße 8, 12165 Berlin, Tel.: 030 948783-10, Fax: 0322 268091-22

Geschäftsstelle BVDN, BDN, BVDP

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

Schriftleitung

Dr. med. Uwe Meier (um) (v.i.S.d.P.),
Am Ziegelkamp 1f, 41515 Grevenbroich
umeier@t-online.de

Verlag

Springer Medizin Verlag GmbH, Berlin
Betriebsstätte München: Springer Medizin Verlag GmbH,
Aschauer Straße 30, 81549 München,
Tel.: 089 3803-0600, Fax: 089 3803-1533
redaktion-facharztmagazine@springer.com
www.SpringerMedizin.de

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

Leitung Redaktion Facharztmagazine: Markus Seidl (es)

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

Verlagsredaktion: Dr. rer. nat. Gunter Freese (Leitung),
Tel.: 089 3803-1741, Fax: -3803-1533, gunter.freese@springer.com, Monika Hartkopf (Chefin vom Dienst, -0681),
Anja Oberender (ao, -0993), Carolin Engel (eng, -0234),
Hannah Block (Assistenz, -1208-6804)

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 Mit-

glieder 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



LA-MED
geprüft Facharzt-Studie 2026

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



Vorschau

Ausgabe 6/2026

November

erscheint am 13. November 2026

Autismusdiagnostik

Die Diagnostik von Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) verändert sich grundlegend. Ältere Klassifikationen sind fachlich überholt und bilden aktuelle Forschungsergebnisse nur unzureichend ab. Statt starrer Unterformen wie frühkindlichem oder atypischem Autismus und Asperger-Syndrom rücken Spektrumsdenken, Entwicklungsverlauf und klinische Funktionseinschränkungen stärker in den Fokus.

Schlaf und Tagesschläfrigkeit

Guter Schlaf ist unerlässlich für körperliche und geistige Gesundheit. Treten Tagesschläfrigkeit und die damit einhergehende verminderte Leistungsfähigkeit auf, weist das auf eine schlechte Schlafqualität hin. Diese sollte leitliniengerecht dokumentiert, therapiert und gegebenenfalls medikamentös behandelt werden. Vorgaben dazu haben sich mit der ICD-11 verändert.

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.