

# NEUROTRANSMITTER

Neurologie und Psychiatrie – Berufspolitik und Fortbildung



BVND



BDN



BVDP

Offizielles Organ des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte, des Berufsverbandes Deutscher Neurologen und des Berufsverbandes Deutscher Psychiater



Was zeigt dieses Bild? Seite 54

EBM-Modifikationen  
ab 1. April  
NEUROTRANSMITTER  
TELEGRAMM  
Für Mitglieder

## Ethik und Genetik 8

NuP-Tage 26. bis 28. März in Köln

## Fremdanamnese 21

Fallstricke bei der Abrechnung vermeiden

## S3-Leitlinie Schizophrenie 30

Das Wichtigste der revidierten Fassung

## Risiken bei Immuntherapien 38

Potenzielle Komplikationen beachten



Hier steht eine Anzeige.





»Die Reform des EBM bringt eine geringe Kompensation unserer strukturell bedingten Schlechterstellung beim Honorar.«

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

## EBM-Reform bleibt ein Danaer-Geschenk

Zum 1. April 2020 wird die „kleine EBM-Reform“ in Kraft treten. Zur Erinnerung: Bereits seit 2012 wurde daran gewerkelt. Kurz zuvor war der Hausarzt-EBM überarbeitet worden, direkt danach sollte der Facharzt-EBM dran sein. Warum hat das so ewig gedauert? Es galt die ganze Zeit als komplexe und schwierige Aufgabe, da allen Beteiligten klar war, dass eine ausgabenneutrale Reform zwangsläufig zu Umverteilungen im Honorar führen würde. Honorarumverteilungen führen immer zu Verwerfungen und Streit zwischen den Arztgruppen, welche die KVen und ihre Vorstände fürchten wie der Teufel das Weihwasser, gilt so etwas doch als sichere Verhinderung der Wiederwahl. Nun ja, in der Mitte der aktuellen Amtsperiode ist es nun soweit gekommen.

### Hinterlegte Arztzeit überprüft

Die Honorarabteilung der KBV hat hierbei eine respektable, riesengroße Fleißarbeit geleistet. Nahezu sämtliche EBM-Leistungen über alle Fachgruppen wurden einer Plausibilisierung unterzogen. Dabei galt es zu überprüfen, ob die für die betriebswirtschaftliche Kalkulation der Leistung hinterlegte Arztzeit noch als plausibel zu bewerten ist oder gegebenenfalls reduziert werden muss, was dann zur geringeren Vergütung dieser Leistung führt. Diese Logik führt wiederum dazu, dass bei zeitgebundenen Leistungen die Arztzeit nicht abgesenkt werden kann. Die zeitgebundenen Leistungen können ja auch nicht beliebig vermehrt und auch nicht delegiert werden. Soweit zumindest im Ansatz eine Idee von Gerechtigkeit.

### Gesprächsleistungen etwas aufgewertet

Gleichzeitig wurden sämtliche Gesprächsleistungen aller Facharztgruppen, also die psychosomatische Grundversorgung, die 10-Minuten-Ziffern der Neurologen und Nervenärzte, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, einheitlich auf 154 Punkte angehoben. Diese – schon lange überfällige – „Stärkung der sprechenden Medizin“ ist ein Gesetzesauftrag aus dem TSVG, den die KBV hiermit umgesetzt hat.

Was bedeutet dies für unsere Fachgruppen? Die Simulationsberechnungen unserer Verbände für verschiedenste Praxismodelle zeigen für so gut wie alle Kollegen ein Plus bei der Punktzahl. An dieser Stelle sei allen Kollegen nochmals herzlich gedankt, die uns ihre Berechnungen zur Verfügung gestellt haben. Dieses Punktzahlplus bewegt sich im unteren bis mittleren einstelligen Prozentbereich. Der Höherbewertung der Gesprächsleistung steht jedoch die Abwertung der Grundpauschalen gegenüber, sodass dieses Plus teilweise wieder verloren geht.

### Nahrung für den innerärztlichen Spaltpilz?

Es zeichnet sich schon jetzt ab, dass in jeder einzelnen der 17 Landes-KVen das Hauen und Stechen beginnt, wie man die Umverteilungen durch die EBM-Reform mittels regionaler Honorarverteilungsmassstäbe wieder abschwächen kann. Diejenigen Fachgruppen, deren Leistungen abgewertet wurden, laufen wie zu erwarten Sturm gegen die Reform. Gleichzeitig mit der Reduktion der Arztzeit einer technischen Leistung geht jedoch eine Reduktion der Kalkulationszeit einher, was wiederum bedeutet, dass diese Fachgruppen diese Leistung künftig häufiger als vorher erbringen und abrechnen können, ohne Schwierigkeiten mit Plausibilitätszeiten zu bekommen. Hier sind Ausweitungen zur Honorarkompensation absehbar.

Die berufspolitische Bewertung unserer Verbände lautet deshalb: Die Reform bringt eine geringe Kompensation unserer strukturell bedingten Schlechterstellung beim Honorar, unter der wir leiden, weil wir durch die überwiegende Zeitgebundenheit unserer Leistungen im Honorar kaum wachsen können, wie das in techniklastigen und innovationsgetriebenen Fächern (z. B. Humangenetik oder Radiologie) möglich ist. Trotzdem gelten wir für andere Arztgruppen als Gewinner, für die sie Honorar abgeben müssen. Der innerärztliche Spaltpilz bekommt weitere Nahrung und spaltet ausschließlich das fachärztliche Lager noch mehr. Letztlich zwar für uns ein geringes Plus, es bleibt aber das Gefühl eines Danaer-Geschenks.

Ihre



# Inhalt 3

März 2020

## 8 Neurologen- und Psychiatertage 2020

Auch in diesem Jahr finden die Neurologen- und Psychiatertage in Köln statt. Vom 26. bis 28. März 2020 haben Sie die Möglichkeit, gemeinsam mit vielen Kollegen spannende Themen rund um Neurologie und Psychiatrie zu diskutieren. Der Schwerpunkt lautet in diesem Jahr „Ethik und Genetik“. Das Fortbildungsformat bietet neben aktuellen Informationen zu wissenschaftlichen Neuerungen einen intensiven berufspolitischen Austausch für Nervenärzte, Neurologen und Psychiater – aus Praxen wie auch aus Kliniken.

### Wie Sie uns erreichen

#### Verlagsredaktion:

Dr. rer. nat. Gunter Freese  
Telefon: 089 203043-1435, Fax: 089 203043-31435  
E-Mail: [gunter.freese@springer.com](mailto:gunter.freese@springer.com)

#### Schriftleitung:

Dr. med. Gunther Carl  
Telefon: 09321 5355, Fax: 09321 8930  
E-Mail: [carlg@t-online.de](mailto:carlg@t-online.de)

#### Aboservice:

Bei Fragen rund um Abonnement und Postbezug  
Telefon: 06221 345-4304; Fax: 06221 345-4229  
E-Mail: [leserservice@springer.com](mailto:leserservice@springer.com)

## 3 Editorial

EBM-Reform bleibt ein Danaer-Geschenk

*Christa Roth-Sackenheim*

## Die Verbände informieren

## 6 Gesundheitspolitische Nachrichten

— Digitalisierung I: Alle sind dafür – nur die Ärzte nicht?

— Digitalisierung II: Anspruch und Wirklichkeit klaffen auseinander

— EBM-Reform: Zu kurz gesprungen!

*Gunther Carl, Kitzingen*

## 8 Ethik und Genetik im Fokus

Neurologen- und Psychiatertage 2020 in Köln

*Sabine Köhler*

## 11 Notfallversorgung: Senat droht mit der Übernahme des Sicherstellungsauftrags

BVDN-Landesverband Berlin

*Gerd Benesch*

## 15 Einschränkung der Verordnung von Alemtuzumab Rote-Hand-Brief

*Jörg Hohmann*

## 16 Lisdexamfetamin ohne „belegten Zusatznutzen“

Neues aus dem G-BA

*Markus Weih*

## Rund um den Beruf

## 18 „La boule au ventre“ – wenn der Magen morgens schon flau wird

Depression und Suizidalität am Arbeitsplatz

*Guntram Hinz*

## 20 Umgang mit Religion und Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie

Fortbildungskurs

*Herbert Scheiblich*

## 21 Immer wieder Probleme mit der Fremdanamnese Fallstricke bei der Abrechnung

*Ayhan Altunbas, Markus Weih*

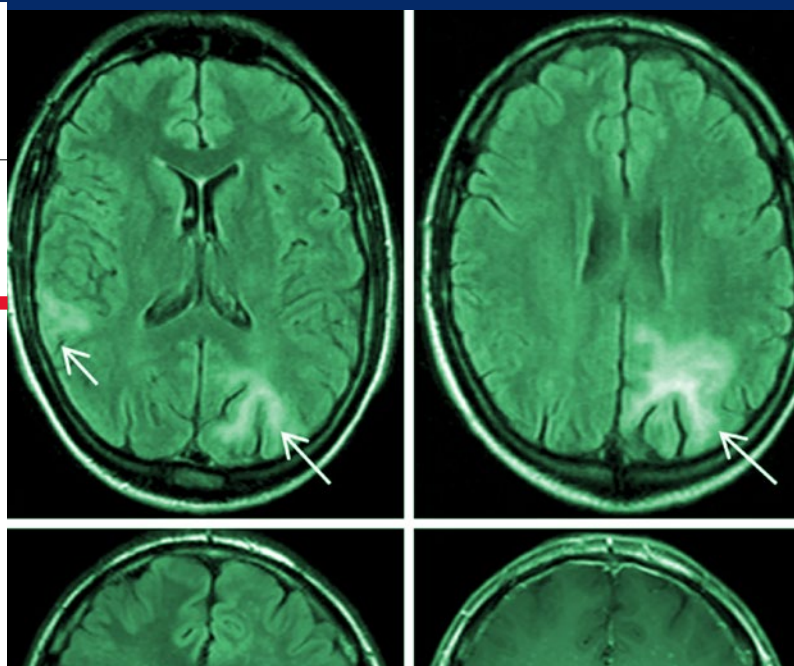
= Dieser Beitrag ist ein Titelthema.

## Fortbildung

- 25 **Alles eine Frage der Qualität**  
Internetbasierte Interventionen bei psychischen Störungen  
*Margrit Löbner et al.*
- 30 **Update zu Diagnostik und Therapie**  
Revidierte S3-Leitlinie Schizophrenie  
*Markus Weh*
- 33 **Augenbewegungsstörung bei Kopfschmerzpatientin**  
Neurologische Kasuistik  
*Wolfgang Freund*
- 38 **CME Risiken bei Immuntherapien in der Neurologie**  
Multiple Sklerose, Neuromyelitis optica, Myasthenia gravis  
*Marc Pawlitzki, Sven G. Meuth*
- 44 **CME Fragebogen**

## Journal

- 50 **PSYCHOPATHOLOGIE IN KUNST & LITERATUR**  
Die Ambivalenz der Moral  
Hjalmar Söderbergs Roman „Doktor Glas“  
*Gerhard Köpf*
- 54 **NEUROTRANSMITTER-GALERIE**  
Franziska Klein – Logopädin und Illustratorin  
Die Kraft der Ordnung und Schönheit der Listen  
*Angelika Otto*
- 10 **Regress-Quiz**
- 32 **Kleinanzeigen**
- 46 **Pharmaforum**
- 56 **Termine**
- 57 **Verbandsservice**
- 59 **Impressum/Vorschau**



## 38 Immuntherapien in der Neurologie

Immuntherapien wecken die Hoffnung, progrediente Krankheitsverläufe zu verzögern oder gar zu verhindern. Die breite Anwendung und die zunehmenden Therapiejahre liefern weitere Erkenntnisse über die Wirksamkeit und Sicherheit, verlangen aber eine langfristige Aufmerksamkeit von Patient und Arzt, da Behandlungserfolge auf diesem Feld von potenziellen Komplikationen begleitet werden. Daher sind regelmäßige klinische und paraklinische Kontrollen obligat, ebenso wie eine lückenlose Dokumentation.

### Hinweis

In dieser Ausgabe finden Sie nach Seite 47 den Medizin Report aktuell „Umfassende Therapie der Schizophrenie – Cariprazin: Wirksam in der Akut- und Langzeittherapie“.



Titelbild (Ausschnitt): „Fountain Pen, Monochrom, Café“  
Lesen Sie mehr in der „Galerie“ auf Seite 54.

# Die Verbände informieren

## DIGITALISIERUNG I

### Alle sind dafür – nur die Ärzte nicht?

➔ Gesetzlich Krankenversicherte haben ab demnächst einen Erstattungsanspruch auf digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA). Dies regelt das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG). Welche DiGA zugelassen werden, entscheidet das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Das Verfahren hierzu hat kürzlich das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vorgestellt. Die Verordnung nennt sich Digitale-Gesundheitsanwendungen-Verordnung (DiGAV). Hier werden Sicherheit, Funktionstauglichkeit, Interoperabilität und Datenschutz geregelt, außerdem wie ein positiver Versorgungseffekt nachgewiesen werden muss. IT-Firmen müssen im Rahmen der Bewerbung beim BfArM ausführliche Berichte liefern. Für die Registrierung müssen die IT-Firmen bezahlen. Spätestens ab Juli 2021 sollen die entstehenden Gesundheitsdaten der gesetzlich Krankenversicherten in einem interoperablen Format in die bis dahin etablierte elektronische Patientenakte (ePA) eingepflegt werden. Hierbei ist an Therapiepläne, Therapieverläufe und Therapieergebnisse gedacht. Den Nachweis eines positiven Versorgungseffektes sollen die

DiGA-Hersteller mittels vergleichender Studien unter Einhaltung der maßgeblichen international anerkannten Standards liefern. Es soll bewiesen werden, dass die Anwendung der Gesundheits-App im Vergleich zur Nichtanwendung zu besseren Ergebnissen führt.

Gleichzeitig muss die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) für die ePA elektronische, semantische und syntaktische Standards festlegen, damit die Inhalte von verschiedenen Systemen verschiedener IT-Hersteller importiert, verarbeitet und interoperabel wieder ausgelesen werden können. Dazu merkt die KBV an, dass es im Gesundheitswesen einen sektorenübergreifenden Datenaustausch dieses Ausmaßes bisher nicht gab. Durch die entstehenden medizinischen Informationsobjekte (MIO), beispielsweise Impfpassdaten, zahnärztliche Bonushefte, Mutterpass, Labordaten oder Kindervorsorgeuntersuchungen ergebe sich für Patienten und Ärzte ein erheblicher Mehrwert. Mithilfe medizinischer Daten-Standardssysteme könne man etwa Impflücken aufdecken und mittels elektronischer Erinnerungsfunktionen die Patienten benachrichtigen.

**Kommentar:** Welche wissenschaftlichen Ansprüche an den evidenzbasierten Wirksamkeitsnachweis von Gesundheits-Apps geknüpft sind – etwa in Anlehnung an die zu Recht sehr strenge Arzneimittelgesetzgebung – bleibt offen. Es ist konkret zu befürchten, dass zunächst nur „Augenscheinbeweise“ genügen sollen oder die Schilderung „auf der Hand liegender“ Wirkmechanismen. Aus Gründen der Patientensicherheit sollten sich verordnende Vertragsärzte nicht mit einem derartigen Beweislevel abfinden.

Ob besagte MIO in absehbarer Zukunft ihre heilbringende Wirkung entfalten, wage ich zu bezweifeln. Voraussetzung wäre, dass alle Institutionen und IT-Hersteller rasch zu einem gemeinsamen Standard finden und sich daran halten. Alle Patienten und Ärzte müssten alle angesprochenen Daten lückenlos und kontinuierlich fehlerfrei in die vorgesehenen Datenbanken einspeisen. Die müssen dann auch zuverlässig funktionieren. Die Erfahrung zeigt allerdings, dass unsere derzeitigen Praxiscomputersysteme (je nach Hersteller) nicht einmal in der Lage sind, Labordaten eines Patienten in tabellarischer Form verlässlich und übersichtlich über einen längeren Zeitraum darzustellen.

## DIGITALISIERUNG II

### Anspruch und Wirklichkeit klaffen auseinander

➔ Der Chaos Computer Club (CCC) hat inzwischen mehrfach bestätigte Sicherheitschwachstellen im deutschen Gesundheitsnetzwerk aufgedeckt. Allein bei der Ausgabe der Telematikinfrastruktur(TI)-Praxisausweise (SMC-B) und beim elektronischen Heilberufsausweis (HBA) war es möglich, gefälschte Dokumente in Umlauf zu bringen und die Identifikation des Antragstellers war mangelhaft. Inzwischen wurden die Defizite angeblich behoben. Der CCC schafft es auch, in einem Webshop einen GKV-TI-

Konnektor ohne Identitätsnachweis zu erwerben. An einem Freitag Anfang Februar 2020 fiel in Teilen Süddeutschlands die TI für mehrere Stunden komplett aus. Gründe wurden nicht genannt.

E-Arztbriefe (von 60% der Ärzte gewünscht) sollen besser vergütet werden als Faxe. Für telemedizinische Leistungen, beispielsweise Videosprechstunden, darf der Arzt in Zukunft auf seiner Homepage werben. Aus einer Praxisbefragung der KBV von Anfang 2020 ergibt sich, dass immer mehr Ärzte

(76%) Patientendokumentation, Praxis- und Qualitätsmanagement nahezu vollständig innerhalb der Praxis digitalisiert haben. Die Kommunikation zwischen Ärzten, Praxen und Krankenhäusern erfolgt allerdings weiterhin überwiegend (zirka 90%) in Papierform. Etwa 90% der Kollegen haben medizinische Geräte digital mit ihrem Praxisverwaltungssystem verbunden. Ungefähr die Hälfte der Praxen verspricht sich einen Nutzen vom elektronischen Medikationsplan, einem Notfalldatensatz, digitalen

Verordnungen oder Patientenpässen, einer arztverwalteten Patientenakte und elektronischer Kommunikation mit Krankenhäusern sowie anderen Ärzten. Bei der Digitalisierung sehen jeweils ungefähr 80% der Praxen große Schwierigkeiten in Sicherheitslücken in der IT, im hohen bürokratischen und finanziellen Umstellungsaufwand sowie in einem ungünstigen Kosten-Nutzen-Verhältnis.

**Kommentar:** Ich kenne keinen Arzt, der bereits einen sicheren elektronischen Arztbrief erfolg-

reich versandt oder empfangen hat. Dies liegt an umständlicher und fehleranfälliger Technik, hohem Authentifizierungsaufwand und mangelndem Kenntnisstand der Hersteller von Praxisverwaltungssystemen. Die Umfrage der KBV zeigt, was wir schon wussten: Das, was digital nützlich ist und vor allem in der Praxisbürokratie Zeit spart, wird von den Kollegen gerne genutzt. Viele weitere digitale medizinische und Büroanwendungen sind wünschenswert. Sie scheitern aber bisher an technischen Mängeln, erhöhtem Zeitaufwand und hohen Kosten.



Gesundheitspolitische Nachrichten kommentiert von

**Dr. med. Gunther Carl, Kitzingen**  
Stellvertretender Vorsitzender des BVDN

EBM-REFORM

Zu kurz gesprungen!

➔ Zum 1. April 2020 wird der neue EBM in Kraft treten. Das, was uns von der KBV als Förderung der sprechenden Medizin angepriesen wurde, ist bei weitem nicht erreicht. Die in der Tat wünschenswerte Honorarangleichung zwischen zeitgebundenen neurologischen/psychiatrischen Gesprächen und der Richtlinienpsychotherapie wurde durch die Abwertung der Grundpauschalen weitgehend zunichte gemacht. Zudem nahm die Kalkulation der 10-Minuten-Gespräche in den Kapiteln 16 und 21 keine Rücksicht auf den Versorgungsalltag in nervenärztlichen, psychiatrischen und

neurologischen Praxen. Denn dort finden mehrfach pro Stunde Patientenwechsel statt, deren Rüstzeiten finanziell nicht berücksichtigt wurden. In der Richtlinienpsychotherapie fällt pro Stunde nur ein solcher Wechsel mit erforderlicher Rüst- und Dokumentationszeit an. Nervenärzte, Psychiater und Neurologen müssen für ihre schwer ZNS-kranken Patienten wesentlich aufwändigere Praxisstrukturen mit Personal, Räumlichkeiten und Apparaten vorhalten, als dies für rein psychotherapeutische Patienten erforderlich ist. Die umfassende differenzialdiagnostische und -therapeutische

Weiterbildung, Kompetenz, Budget- und Regressverantwortung im Vergleich zur Richtlinienpsychotherapie ist in der Honorarkalkulation der Kapitel 16 und 21 ebenfalls nicht berücksichtigt. Einige wenige positive Aspekte der EBM-Reform zum 2. Quartal 2020 sind dennoch erwähnenswert: So können nun Doppelfachärzte für Neurologie und Psychiatrie auch bundesweit die Grundpauschale der Nervenärzte (21213 bis 21215) abrechnen. Zudem wurden die Plausibilitätszeiten (sowohl Tages- als auch Quartalsplausibilität) etwas abgesenkt, was vor allem fallzahlstarken Landpraxen zugutekommt.

**Kommentar:** Mitglieder im BVDN, BDN und BVDP erhalten mit dieser Ausgabe das NeuroTransmitter-Telegramm 1/2020, das den vollständigen Originaltext der EBM-Änderungen enthält. Hier finden Sie auch eine Tabelle, in der Alt- und Neubewertungen samt alten und neuen Plausibilitätszeiten gegenübergestellt sind. Entscheidend wird sein, wie der EBM in den Länder-KVen umgesetzt werden wird. Dort ist es für unsere Kollegen essenziell, dass die Fachgruppentöpfe der Nervenärzte, Neurologen und Psychiater mit Euro bestückt werden, wenn die KBV schon lediglich einen durchschnittlichen Honoraranstieg von 5–7% für unsere Praxen prognostiziert.

© BVDN

NuP-Tage 2020 in Köln

# Ethik und Genetik im Fokus

Vom 26. bis 28. März bekommen Sie in Köln wieder die Gelegenheit, sich aus erster Hand über aktuelle wissenschaftliche Neuigkeiten in unseren Fächern zu informieren. Das Fortbildungsformat der Neurologen- und Psychiatertage (NuP-Tage) versteht sich als Forum, den vertieften fachlichen als auch berufspolitischen Austausch zu fördern – seien Sie mit dabei!

**E**rfolgreich haben wir im vergangenen Jahr den etablierten „NuP-Tag“ im Frühjahr in Köln durch ein attraktives Fortbildungsprogramm erweitert und damit ein einzigartiges Veranstaltungsformat für Nervenärzte, Neurologen und Psychiater aus Praxen und Kliniken entwickelt. Auch in diesem Jahr reihen sich von Donnerstag bis Samstag Fortbildungsseminare, wissenschaftliche Vorträge, berufspolitische Austauschforen und eine fröhliche Abendveranstaltung aneinander. Die Reise nach Köln lohnt sich somit aus der gesamten Republik!

Eine Kongressagentur wurde in diesem Jahr beauftragt, die gesamte Veranstaltung zu organisieren. Die inhaltliche Gestaltung bleibt aber weiterhin bei den Berufsverbänden. Sie werden Einladungen erhalten, die von uns konzipiert und von der Agentur Diaplan verbreitet werden. Wir erhoffen uns eine Erweiterung unseres Kreises, denn besonders junge Kollegen aus den Kliniken und Kollegen, die uns als Berufsverbände noch nicht kennen, möchten wir erreichen.

## Chancen und Risiken genetischer Diagnostik

Der Freitagvormittag wird wieder dem wissenschaftlichen Programm gehören. In diesem Jahr haben wir Experten aus Neurologie und Psychiatrie eingeladen, die sich sowohl mit Genetikforschung als auch ethischen Aspekten unserer Fachgebiete beschäftigen. Welche Untersuchungsmöglichkeiten und Diagnostiktools bietet uns die Zukunft? Wo liegen die Grenzen des Machbaren und was dürfen wir verantworten? Diesen Fragen wollen wir uns intensiv widmen. Freuen Sie sich auf einen Vortrag der DGN-Präsidentin Prof. Dr. Christine Klein zum Thema Neurogenetik. Zu den Zukunftsperspektiven computergestützter Früherkennungsuntersuchungen bei psychischen Erkrankungen wird Prof. Dr. Eva Meisenzahl berichten und anschließend Prof. Dr. Dr. Andreas Heinz, Präsident der DGPPN, zum Thema „Ethik in Neurologie und Psychiatrie“ referieren.

Nach einer Diskussionsrunde zu diesen Themen werden wir Neuigkeiten zur

Tagesschläfrigkeit sowie zu schlafmedizinischen Untersuchungen und aus der Schizophreniebehandlung hören.

## Umfangreiches und vielseitiges Fortbildungsprogramm

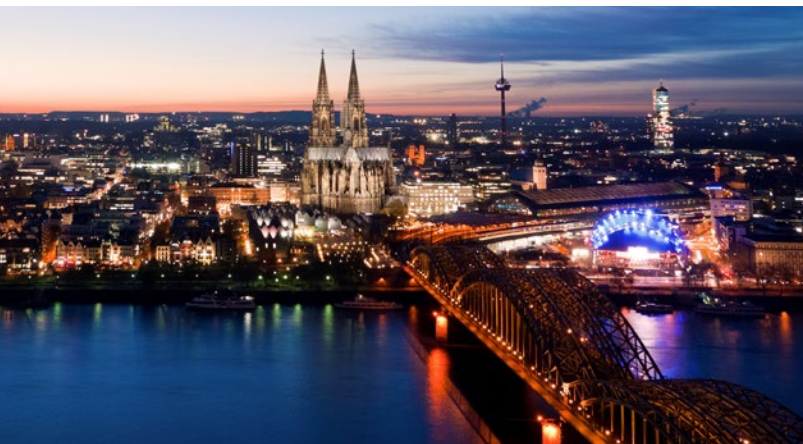
Das Dinnerseminar am Donnerstagabend gestaltet in diesem Jahr der Vorsitzende der Fortbildungsakademie Prof. Dr. Markus Weih. Er wird zu kognitiv-psychologischen Fallstricken in der neurologischen und psychiatrischen Routinediagnostik sprechen. Beginnen Sie die Fortbildungstage mit uns gemeinsam mit einem Abendessen und dem Erfahrungsschatz unseres Kollegen.

Am Freitagnachmittag starten dann parallel vier Fortbildungsseminare zu den Themen „Migräne“, „ADHS“, „Depression“ und „Epilepsie“.

Neu wird in diesem Jahr ein Arbeitsfrühstück am Samstagmorgen sein, zu dem wir besonders die jungen Kollegen einladen möchten. Hier werden wir vor allem das Thema „Niederlassung“ beleuchten und diskutieren. Der Samstag wird dann wiederum halb- und ganztags stattfindende Seminare zu den Themen „Begutachtung“, „Praxisstart“, „Psychose“, „Multiple Sklerose“, und „Neuropsychologische Diagnostik“ bieten.

## Anregender Gesellschaftsabend

Beim Gesellschaftsabend am Freitag möchten wir mit Ihnen im Hotel Hyatt, in Sichtweite des Kölner Doms, gemeinsam ernste und unernste Themen bewegen. Wir freuen uns auf anregende Gespräche, begleitet von Musik unserer Kollegen sowie eines leckeren Abendessens – die ideale Gelegenheit, in entspannter Atmosphäre bekannte, aber auch neue Kollegen zu treffen.



Das Fortbildungsformat der NuP-Tage lockt auch dieses Jahr nach Köln.

© deleted / Fotolia



Hier steht eine Anzeige.



## Programm der NuP-Tage 2020 in Köln

### Donnerstag, 26. März 2019

17:00–20:00 Uhr: **Dinnerseminar (Seminar 1)**  
Prof. Dr. med. Markus Weih, Nürnberg

### Freitag, 27. März 2019

8:30–9:00 Uhr: **Get together**

9:00–9:40 Uhr: **Neurogenetik**  
Prof. Dr. med. Christine Klein, Lübeck

9:40–10:20 Uhr: **Zukunftsperspektiven der computergestützten Früherkennung bei psychiatrischen Erkrankungen**  
Prof. Dr. med. Eva Meisenzahl, Düsseldorf

10:20–11:00 Uhr: **Ethik in der Neurologie und Psychiatrie**  
Prof. Dr. med. Dr. phil. Andreas Heinz, Berlin

11:30–12:30 Uhr: **Diskussionsrunde**  
Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich  
Dr. med. Sabine Köhler, Jena

12:30–13:00 Uhr: **Tagesschläfrigkeit – Differenzialdiagnose im neurologischen Schlaflabor**  
Prof. Dr. med. Sylvia Kotterba, Leer

13:00–13:30 Uhr: **Aktuelles in der Schizophrenietherapie mit Cariprazin**  
Dr. med. Thomas Aubel, Essen

14:30–16:00 Uhr: **Mitgliederversammlung**

16:30–19:00 Uhr

**Seminar 2: Migräne**

PD Dr. med. Charly Gaul, Königstein im Taunus

**Seminar 3: ADHS**

Dr. med. Günther Endrass, Grünstadt

**Seminar 4: Depression**

PD Dr. med. Mazda Adli, Berlin

**Seminar 5: EEG /Epilepsie-Seminar**

PD Dr. med. Lothar Burghaus, Köln

19:30 Uhr: **Abendveranstaltung**

### Samstag, 28. März 2019

7:30–9:00 Uhr: **Arbeitsfrühstück mit Sabine Köhler und Gereon Nelles: „Lass Dich nieder ohne Hürden!“**

9:30–17:00 Uhr: **Seminar 6: Gutachten/Beurteilung**

Prof. Dr. Dr. med. Bernhard Widder, Günzburg  
Dr. Willi Johannes Kainz, RiLSG, München

14:00–17:00 Uhr: **Seminar 7: Praxisstart in Neurologie und Psychiatrie**

Dr. med. Gunther Carl, Kitzingen  
Dr. med. Peter-Christian Vogel, München

9:30–13:00 Uhr: **Seminar 8: Psychose**  
Prof. Dr. med. Sybille Roll, Eltville

9:30–13:00 Uhr: **Seminar 9: MS**  
Prof. Dr. med. Stephan Schmidt, Bonn

9:30–12:30 Uhr: **Seminar 10: Diagnostik**  
Prof. Dr. med. Katja Werheid, Berlin

#### Tagungsort:

Park Inn Hotel, Innere Kanalstraße 15, 50823 Köln, Tel.: 0221 57010, E-Mail: info@colognecitywest@parkinn.com

Die Hotelanmeldung nehmen Sie bitte selbst vor. Unter dem Stichwort „NuP-Tage 2020“ können Sie ein Zimmer aus dem reservierten Kontingent buchen.

#### Organisation und Anmeldung:

Veranstaltungsservice BVDN, BDN, BVDP  
c/o diaplant GmbH, Daniela Schumann  
Alte Ziegelei 2–4, 51494 Overath  
Tel.: 02204 973101, Fax. 02204 9731-111  
E-Mail: d.schumann@diaplant.de

#### Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. med. Markus Weih, Nürnberg

#### Veranstalter:

Berufsverbände BVDN, BDN, BVDP  
Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld  
E-Mail: bvdn.bund@t-online.de

### Mitgliederversammlung des BVDN

Im Anschluss an das wissenschaftliche Programm am Freitag steht die Mitgliederversammlung des BVDN auf dem Programm. Die beiden BVDN-Vorsitzenden werden detailliert über ihre Aktivitäten im vergangenen Jahr berichten. Sie werden dabei die Möglichkeit haben, einen Einblick in die vielschichtigen Tätigkeiten der Vorstandsmitglieder des BVDN zu erhalten und können dem Vorstand Anregungen zu weiteren Themen mit auf den Weg geben.

Während der NuP-Tage steht Ihnen zudem der Geschäftsführer der Berufsverbände Bernhard Michatz als Jurist für Fragen und Beratungen zur Verfügung.

Wie Sie sehen, sind die NuP-Tage 2020 randvoll gefüllt mit wissenschaftlichen und berufspolitischen Informationen. Sie bieten die Chance, sich auf einem Teilgebiet der Neurologie oder Psychiatrie vertieft fortzubilden und die Gelegenheit zum Austausch untereinander. Kommen Sie nach Köln und bringen Sie alle interessierten Kollegen mit – wir wollen Appetit machen auf die selbstständige Arbeit in einer neurologischen oder psychiatrischen Praxis und stehen hierfür gerne als Coach zur Verfügung.

Wir freuen uns auf Sie vom 26. bis zum 28. März 2020 in Köln!

**Dr. med. Sabine Köhler, Jena**  
Vorsitzende BVDN

**Dr. med. Klaus Gehring, Itzehoe**  
Vorsitzender BVDN

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

**Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich**  
Vorsitzender BDN



### Quiz

## Altbewährt, aber unwirtschaftlich?

### Geschehen

Im August 2017 erhielt eine 27-jährige, übergewichtige Patientin mit idiopathischer intrakranieller Hypertension (IIH, früherer: Pseudotumor cerebri) über den niedergelassenen Neurologen ein Rezept für Diamox®-Tabletten (Wirkstoff: Acetazolamid, 100 Stück, Nettopreis: 32,38 €). Im Juni 2019 erhielt die neurologische Praxis über die Krankenkasse von der Prüfungsstelle eine Regressmitteilung.

### Frage

Ist die Regressforderung fachlich begründet? (Lösung auf Seite 23 dieser Ausgabe)

**Dr. med. Markus Weih (MW), Nürnberg**

Aus dem Landesverband Berlin

# Notfallversorgung: Senat droht mit der Übernahme des Sicherstellungsauftrags

In Berlin droht in der Notfallversorgung die Staatsmedizin und in den nächsten Jahren ist in Sachen Wirtschaftlichkeit mit Prüforgien zu rechnen. Zudem stellen wir uns die Frage, ob die EBM-Reform wirklich eine Stärkung der „sprechenden Medizin“ bringen wird.

Im Jahr 2019 wurden in Berlin vermehrt Plausibilitätsprüfungen durchgeführt. Hier hat sich der BVDN-Landesverband sehr für die Mitglieder eingesetzt und konnte sowohl Fehler bei den Berechnungen der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) offenlegen als auch durch das Entgegenkommen der KV in den Kalkulationen deutliche Entlastungen einzelner Praxen erreichen.

Im Rahmen der Neuordnung der Notfallversorgung wurde in der KV Berlin eine Leitstelle eingerichtet, die nun die eingehenden Anrufe über 116 117 koordinieren wird. Zusammen mit der Terminservicestelle werden auch unsere Praxen mit „Akut-Patienten“ beziehungsweise dringend abklärungsbedürftigen Patienten angesteuert. Zusätzlich wurden an sechs Krankenhäusern Not-

dienstpraxen (ursprünglich als Portalpraxis geplant) angesiedelt und durch KV-Ärzte besetzt. Bisher kamen keine Fachärzte unserer Fachgruppen zum Zug, sondern vor allem Allgemeinmediziner und Internisten. Ob dies zur gewünschten Entlastung der Rettungsstellen und Notfallaufnahmen der Krankenhäuser beitragen wird, muss die Zukunft zeigen.

## Selbstverwaltung versus Staatsmedizin

Zunehmend versucht die Berliner Landesregierung (Senat Berlin) sich in die medizinische Versorgung einzumischen. Zusammen mit den Krankenhausgesellschaften droht der Senat unserer Selbstverwaltung unverblümt mit der Übernahme des Sicherstellungsauftrags in

der Notfallversorgung und berücksichtigt dabei gar nicht die unzureichende Personaldecke im stationären Sektor. Chefärztliche Kollegen wissen um diese Lücken und verfolgen halbherzig die neuen lukrativen Vorstöße in die ambulante Versorgung wie Home Treatment, stationsäquivalente Behandlung (STÄB) oder ambulante spezialärztliche Versorgung (ASV).

Ganz konkret soll ab 18:00 Uhr der Sicherstellungsauftrag der Selbstverwaltung von uns Ärzten, also der KV, in die Verantwortung der Landesregierung übergehen. Das Unwort 2020 könnte deshalb „Staatsmedizin“ werden. Ebenfalls beunruhigend wirkte in diesem Zusammenhang auf mich ein „erstes parlamentarisches Frühstück“, zu dem die KV Berlin auch den CDU-Abgeord-

Gemeinsame Notfallsysteme sollen in Zukunft die zentrale Anlaufstelle für Hilfesuchende in medizinischen Notsituationen sein.



neten Alexander Krauß, Mitglied im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages, eingeladen hatte. Dieser sprach sich für die Einführung der Integrierten Notfallzentren (INZ) aus und brachte dabei für uns Ärzte nicht nachvollziehbare Beispiele (z. B. Zeckenbefall seines Kindes), bei denen deutlich wurde, dass er nicht wirklich verstanden hat, was ein echter Notfall ist, oder was wir in unseren Praxen leisten. Mein insistierender Kommentar und die Darlegung der hierzu substantiell ausgearbeiteten Organisation in unserer KV prallte ganz offensichtlich an einer vorgefällten und beratungsresistenten Meinung dieses Parlamentarier der Regierungspartei ab. Immerhin spricht jetzt der aktuelle Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) zur Reform der Notfallversorgung von einer „fachlichen Leitung“ durch die KVen.

### Ambulante Versorgung psychisch kranker Menschen in Berlin

Auch eine Erhebung der Zahlen in der ambulanten Versorgung von psychisch kranken Menschen in Berlin durch einen Beauftragten des Senates endete in einem organisatorischen Debakel. Durch Heranziehung von KV-Daten konnte der BVDN-Landesvorstand jedoch aktuelle Zahlen liefern und nachweisen, dass wir alleine in unseren psychiatrischen und nervenärztlichen Praxen (326 Leistungserbringer, ohne psychologische Psychotherapeuten) eine Million Behandlungsfälle im Jahr versorgen. Hoffentlich wird den Verantwortlichen hierdurch deutlich, welchen wichtigen Beitrag wir zur Versorgung leisten. Aus diesen Zahlen, ist außerdem erkennbar, dass in den immer wieder unnötig tot geredeten niedergelassenen Praxen mehr Fälle (psychisch kranke Menschen) behandelt werden, als in den Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA).

Sehr ärgerlich wirkten sich auch in Berlin Lieferengpässe für Arzneimittel wie Venlafaxin aus. Hier haben wir vom Berufsverband an alle verantwortlichen Entscheidungsträger unsere Empörung herangetragen und hoffen auf Besserung.

### Abrechnung in einem neuen Format

Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) als Bürokratiemonster zu entschärfen war unser aller Ziel, als wir im Herbst 2019 ein Abrechnungsseminar in einem neuen Format durchführten. Unterstützt vom stellvertretenden BVDN-Vorsitzenden Dr. Gunther Carl konnten sich neu niedergelassene junge Kollegen mit Erfahrenen austauschen. Selbst letztere waren über einige Detailkenntnisse überrascht, die ihnen im Praxisalltag weiterhelfen können. Die Veranstaltung ist so gut angekommen, dass wir für den 18. November 2020 eine Fortsetzung planen.

2020 wird in Berlin eine Änderung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen mit sich bringen. Die Richtgrößen gehören ab sofort der Vergangenheit an. Stattdessen werden Durchschnittsprüfungen mit Zielquoten für Arzneimittel eingeführt. Als Höchstwert wurden für die Basistherapie der MS mit Beta-1a-Interferonen 56 % festgelegt; als Mindestwert für das GABA-Analogon Gabapentin wurden 56 % und als Generikaquote von oralen Antiparkinsonmitteln 91 % angegeben. Wer mit den Arzneimittelverordnungen über 140 % des Fachgruppendurchschnitts liegt, kommt in die Prüfung. Hat der jeweilige Praxisarzt die geforderten Zielquoten erreicht, werden diese Medikamente herausgerechnet. Bei den MS-Therapeutika werden die Kosten der Basis-Immuntherapeutika sowie der Medikamente für die Begleitsymptome der MS oberhalb des Fachgruppendurchschnittes herausgerechnet. Sonstige regionale Praxisbesonderheiten sind von den Krankenkassen „wegverhandelt“ worden. Im heftigen Streit der Krankenkassen mit der KV und uns Berufsverbänden hat schließlich das Schiedsamt befunden. Dies bedeutet, dass einige spezialisierte (insbesondere neurologische) Praxen sich in etwa zwei Jahren auf vermehrte „Prüforgien“ einstellen müssen. Weiterhin gilt „Beratung vor Regress“ und man sollte mit den Beratungsstellen der KV kooperieren.

### PIBB-Praxisnetz gefördert

Erfreulicherweise konnte durch akribische Vorbereitung und hartnäckige Verhandlungen mit der KV Berlin eine För-

derung des Praxisnetzes der Psychiatrie-Initiative Berlin-Brandenburg (PIBB) erzielt werden. Dieses Netz ist bisher das einzige Berliner Praxisnetz über alle Fachgruppen hinweg, das die strengen KBV-Vorgaben erfüllt und bereits seit fünf Jahren eine Zertifizierung durch die KV Berlin erhalten hat. Für eine Förderung bedurfte es noch eines VV-Entscheids und die Ausarbeitung einer Förderrichtlinie. Die aufwendige, aber sinnvolle, multiprofessionelle und sektorenübergreifende Zusammenarbeit von über 50 psychiatrischen und nervenärztlichen Praxen mit psychosozialen Trägern ambulanter psychiatrischer Pflege, Soziotherapeuten, Psychologen und Ergotherapeuten sowie Chefärzten in Krankenhäusern (vereinzelt auch Hausärzten) wird nun nicht nur ideell, sondern endlich auch wirtschaftlich über einen Strukturfond unterstützt.

### Wird die „sprechende Medizin“ zukünftig besser honoriert?

Auch die auf Bundesebene erkämpfte kleine Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) ab dem 1. April 2020, die die „sprechende Medizin“ und damit einen Schwerpunkt unserer Arbeit besser honorieren soll, hat Hoffnung geweckt, denn im Bundesvergleich sind die Berliner Fallwerte weiterhin auf bescheidenem Niveau: Im ersten Quartal 2020 liegt der Fallwert im Regelleistungsvolumen (RLV) in der Arztgruppe 28 (AG 28) der Nervenärzte und Neurologen bei 46,22 € (Fallzahldurchschnitt: 863) und bei der AG 29 der Psychiater bei 43,19 € (Fallzahldurchschnitt: 568). Die Simulationsberechnungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) stellten auf Bundesebene in Aussicht, dass wir Psychiater, Neurologen und Nervenärzte 6 % beziehungsweise 4 % Honorarzuwächse erwarten können. Nach der Simulationsberechnung auf Landesebene ist in Berlin jedoch mit deutlich weniger zu rechnen. Da außerdem die Krankenkassen kein zusätzliches Geld zuschießen, wird es zu einer Umverteilung zwischen den Fachgruppen kommen. In Berlin ist quasi als Besänftigung der Verliererpraxen (Radiologen, Kardiologen, Angiologen, Gastroenterologen usw.) eine Konvergenzphase geplant. Ob damit wieder mal eine „Ver-

Hier steht eine Anzeige.



wässerung“ der überfälligen Aufwertung unserer Gesprächsleistungen droht, ist noch nicht klar, da die Simulationsberechnungen zu viele unzuverlässige Variablen bergen. Diese sind die TSVG-Bereinigung und die zusätzlichen Honorare ab 2021, die Neuklassifizierung der Leistungsfälle der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina (L-QZV) und die RLV-Neuberechnung auf der Basis eines neuen Bemessungszeitraumes (statt bisher 2008 jetzt stufenweise angepasst – komplett ab dem vierten Quartal 2020 – das jeweilige Vorjahresquartal). Auch sind hier eine Fallzahlzuwachsbeschränkung auf 2 % für Praxen oberhalb des Fachgruppenschmittes und eine geplante Begrenzung der Leistungsanforderung bezüglich der L-QZV pro Arztgruppe zu nennen. Letztlich spielt auch das nicht kalkulierbare, möglicherweise veränderte Abrechnungsverhalten der Kollegen eine entscheidende Rolle. Einige der veröffentlichten Zahlen trennen auch nicht morbiditätsorientierte Gesamtvergütung (MGV) und extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV). Wie diese nur theoretisch errechneten Zahlen sich individuell auf der einzelnen arztbezogenen Praxisebene auswirken werden, ist trotz aller Excel-Tabellen nicht vorhersagbar.

### Das Digitale-Versorgung-Gesetz

Beim Neujahrsempfang der Deutschen Ärzteschaft am 16. Januar 2020 in Berlin kündigte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn an, dass neben der Notfallversorgung vor allem die Umsetzung des Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) in den kommenden Jahren 2020 und 2021 auf der Agenda stehen wird. Wir müssen uns unbedingt an dieser Entwicklung beteiligen, ansonsten wird über uns und nicht mit uns entschieden.

Die Einführung der Telematikinfrastruktur (TI) und die Umstellung auf Windows 10 haben auch in Berlin häufig zu Unregelmäßigkeiten geführt. Nicht selten kam von Kollegen der Vorwurf, wir würden für die Software-Firmen arbeiten und nicht umgekehrt. Hier bedarf es energischer Korrekturen und einen ärztlichen Input, die nicht die sinnvollen digitalen Lösungen (elektronische Patientenakte, Medikationsplan, besserer Informationsfluss durch Vernetzung,

Nutzung sinnvoller Apps, Telemedizin usw.) generell infrage, aber die praktische Umsetzungsfähigkeit in den Mittelpunkt stellen. Bezüglich der Kostenvoranschläge in den digitalen Investitionen hat sich – so die Empfehlung erfahrener Kollegen – eine Zweitmeinung durch einen unabhängigen Software-Berater bewährt. Hier kann man eine Menge Geld sparen.

### Menschen im Mittelpunkt

Trotz aller Zahlenspiele stehen für uns die Menschen im Mittelpunkt, auch die ärztlichen Kollegen: 2019 endete nach über einem Jahrzehnt die Amtszeit des Vorstandsvorsitzenden der Charité Prof. Dr. Karl Einhüpl, der als Ordinarius, Direktor und Chefarzt der Neurologie in der Berliner Charité medizinisch und menschlich ohne Zweifel vieles Gutes bewirkt hat. Auch als niedergelassener Nervenarzt in Berlin muss man sich davor verneigen.

Unfassbar traurig hat uns alle die Ermordung von Prof. Dr. Fritz von Weizsäcker in der Berliner Schlossparkklinik gemacht. Es heißt, der Täter, der ihn bei einem Vortrag erstach, sei psychisch krank und wir alle dachten reflexartig: Wasser auf die Mühlen des Stigmas. Fast erleichtert waren einige Kollegen, als bekannt wurde, dass der Täter nicht Patient der in der Schlossparkklinik befindlichen psychiatrischen Abteilung war. Für viele von uns war es schwierig, zum normalen Praxisalltag überzugehen. Die Last unserer Verantwortung wurde wieder mal schlagartig deutlich. Den ärztlichen Kollegen werden wir in ehrender Erinnerung behalten. Unsere Arbeit sollten wir umso mehr aber nicht infrage stellen.

#### AUTOR

##### Dr. med. Gerd Benesch

Facharzt für Nervenheilkunde  
Vorsitzender des BVDN Berlin  
Bundesallee 95, 12161 Berlin

E-Mail: Dr.G.Benesch@t-online.de

#### Zertifiziertes Curriculum in Lörrach

### Ausbildung in interpersoneller Psychotherapie

Depressive Störungen sind in der Praxis und in der Klinik die häufigsten psychischen Erkrankungen. Die effizientesten Psychotherapieverfahren akuter Depressionen sind die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) und die Interpersonelle Psychotherapie (IPT) nach Klerman/Weissman.

Die IPT ist ein störungsspezifisches Verfahren, das von den Krankenkassen aber (noch) nicht zugelassen ist. Es wird in Deutschland bisher kaum angewandt, obschon es in allen Leitlinien als bevorzugtes Therapieverfahren gilt.

In Lörrach wird in diesem Jahr ein zertifiziertes Curriculum angeboten. Die Ausbildung umfasst drei Seminare, danach die Anwendung unter Supervision, die durch das Team von Prof. Dr. Elisabeth Schramm am Universitätsklinikum Freiburg erfolgt.

#### Ziel:

Schulung von interessierten Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern und Sozialpädagogen (12 bis 25 Teilnehmer je Kurs)

#### Termine:

Samstag, 16. Mai 2020 (9:00–16:30 Uhr)  
Leitung: Dr. Ute Nowotny-Behrens, Freiburg

Samstag, 20. Juni 2020 (9:00–16:30 Uhr)  
Leitung: Dr. Susan Mehraein, Freiburg

Samstag, 26. September 2020  
(9:00–16:30 Uhr)

Leitung: Prof. Dr. Elisabeth Schramm, Freiburg

#### Veranstaltungsort:

BWLV-Suchtberatungsstelle, Seminarraum  
Tumringer Straße 229  
79539 Lörrach

#### Kosten:

320 € (Curriculum aus 3 Seminaren)

Eine Zertifizierung mit 10 CME-Punkten (Kategorie C) ist beantragt.

#### Anmeldung und Organisation:

Dr. Eckhard Dannegger,  
BVDN Baden-Württemberg  
via E-Mail: dannegger@bvdn-bawue.de  
Tel.: 07621 48021;  
Fax: 07621 140120

## Rote-Hand-Brief

# Einschränkung der Verordnung von Alemtuzumab

Durch einen zweiten Rote-Hand-Brief ist im Januar 2020 die Indikation von Alemtuzumab erneut eingeschränkt worden. Die Anwendung wird damit überwiegend in den stationären Bereich verlagert. Nur Praxen mit entsprechender Expertise und den Voraussetzungen für das Monitoring könnten davon abweichen.

Bereits im April 2019 hatte die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) über eine Einschränkung der Anwendung von Alemtuzumab (Lemtrada®) informiert. Basis waren Erkenntnisse über ernsthafte Sicherheitsbedenken wie kardiovaskuläre Nebenwirkungen, die in enger zeitlicher Verbindung mit Alemtuzumab-Infusionen standen, sowie immunvermittelte Krankheiten, zum Teil auch mit tödlichem Ausgang.

## Ambulante Anwendung kaum noch möglich

Im Januar 2020 folgte nun ein weiterer Rote-Hand-Brief und damit verbunden eine weitere Einschränkung der Indikationsgebiete sowie neue Gegenanzeigen und risikominimierende Maßnahmen. Die Einschränkung der Anwendung sowie die zusätzlichen Gegenanzeigen sind dem Rote-Hand-Brief zu entnehmen.

Grund für den weiteren Rote-Hand-Brief waren Berichte über schwerwiegende Nebenwirkungen, wonach die bestehenden Maßnahmen aus dem ersten Rote-Hand-Brief nicht ausgereicht haben. Erhebliche und für den Patienten riskante Nebenwirkungen können in engem zeitlichen Zusammenhang mit einer Alemtuzumab-Infusion auftreten. Zur Minderung der Risiken für den Patienten soll die Anwendung deshalb ausschließlich in einem Krankenhaus mit der Möglichkeit intensivmedizinischer Behandlung erfolgen. Auch in der Folgezeit bei abklingendem Risiko soll eine sorgfältige Überwachung des Patienten für die Dauer von mindestens 48 Monaten erfolgen.

In der Vergangenheit hat die stationäre Infusion nicht selten Probleme bei der Kostenerstattung nach sich gezogen, und zwar wegen der geringen Verweildauer. In der Folge wurde die stationäre Behandlung als nicht notwendig bewertet und diese Leistungen wurden deshalb enthospitalisiert. Eine solche Beurteilung ist nach dem aktuellen Rote-Hand-Brief und der Abänderung des Zulassungsumfangs nun nicht mehr möglich.

Zum neuen Zulassungstext wird teilweise die Auffassung vertreten, es handle sich lediglich um eine „Soll“-Bestimmung. Entsprechend der allgemeinen regulatorischen und rechtlichen Nomenklatur ist bekanntlich zwischen „Kann-“, „Soll-“ und „Muss-Vorgaben“ zu unterscheiden. Eine „Soll-Vorgabe“ besagt lediglich, dass die Regelung grundsätzlich zu beachten ist (als sogenannter Regelfall), aber bei sachlichem Grund hiervon abgewichen werden kann. Diese „Soll-Vorschrift“ bezieht sich nach dem Rote-Hand-Brief auf solche ambulanten Einrichtungen, die die Möglichkeit zur sofortigen intensivmedizinischen Behandlung haben und zudem über Spezialisten und Ausrüstung verfügen, die geeignet sind, Nebenwirkungen – insbesondere Myokardischämie und -infarkt, zerebrovaskuläre Nebenwirkungen, Autoimmunerkrankungen und Infektionen – rechtzeitig zu erkennen und zu beherrschen. Diese Voraussetzungen sind indes in der üblichen ambulanten Praxis nicht gegeben, sodass hier keine Möglichkeit der Abweichung besteht.

## Rote-Hand-Brief besser nicht ignorieren

Die Nichtbeachtung des Rote-Hand-Briefs wäre rechtlich problematisch, ist er doch eine Risikoinformation über Arzneimittel, die direkt vom pharmazeutischen Unternehmer verbreitet wird. Dieser ist nach § 11a Absatz 2 AMG zur Information an Ärzte und Apotheken in geeigneter Form verpflichtet. Durch die Rote-Hand-Briefe sollen die Fachkreise vor allem über neu erkannte, bedeutende Arzneimittelrisiken und Maßnahmen zu deren Vermeidung in Kenntnis gesetzt werden. Die Rote-Hand-Briefe werden in Absprache mit den jeweils zuständigen Bundesbehörden (Bundesinstitut für Arzneimittel- und Medizinprodukte, BfArM, oder Paul-Ehrlich-Institut, PEI) herausgegeben. Seit 1969 sind jedes Schreiben und der entsprechende Briefumschlag mit dem Symbol einer roten Hand versehen. Die Aufmachung ist im Codex des Bundesverbandes der pharmazeutischen Industrie (BPI) verankert, damit soll eine einheitliche und aufmerksamkeitsstarke Gestaltung geschaffen werden.

Während der Behandlung, aber auch nach Behandlungsabschluss können den Arzt Schutzpflichten treffen, die ihre Ursache in den Therapiemaßnahmen haben. Der verordnende Arzt hat Beobachtungs- und Reaktionspflichten sowohl hinsichtlich des von ihm behandelten Patienten als auch hinsichtlich des von ihm verordneten Arzneimittels (Jorzig, Handbuch des Arztrechts, Rdnr. 29). Während der Behandlung ist der Arzt verpflichtet, auf beim Patienten auftre-

tende Nebenwirkungen zu achten und gegebenenfalls zu reagieren. Außerdem müssen in der Fachinformation aufgeführte Kontrolluntersuchungen und Laborkontrollen fristgerecht vorgenommen werden. Hinsichtlich des Arzneimittels selbst muss der Arzt neue wissenschaftliche Erkenntnisse zur Wirksamkeit und Sicherheit zumindest in der einschlägigen inländischen Fachliteratur sowie aufgrund von Warnungen wie Roter-Hand-Brief beachten und im Hinblick auf die Therapie seiner Patienten darauf reagieren (Jorzig wie zuvor, Rdnr. 31).

Wegen der geschilderten Beobachtungs- und Reaktionspflichten geht eine Pflichtverletzung mit möglichen Haftungsansprüchen einher. Die Kausalität einer Schadenverursachung kann plausibel sein, wenn speziell auf die verwirk-

lichte Gefahr in einem Rote-Hand-Brief hingewiesen wurde (Urteil LG Zwickau vom 7. Oktober 20115 – 1 O 822/14).

#### Fazit für die Praxis

Abschließend gilt deshalb die Empfehlung, dass die Alemtuzumab-Infusionen künftig in ein Krankenhaus verlegt werden. Teilweise ist in Praxen eine hohe Expertise vorhanden, die möglicherweise sogar nicht in allen Kliniken gleichwertig gegeben ist. Soweit in diesen Expertenpraxen die beschriebenen unerwünschten Arzneimittelwirkungen hinreichend beachtet werden können und diese Praxen gute Anbindungsmöglichkeiten zu einer Klinik haben oder sich sogar auf dem Klinikgelände befinden, könnte eine ambulante Infusion ausnahmsweise noch erfolgen. In solchen Fällen ist das ambulante Setting nicht zwingend ausgeschlossen,

dies dürfte jedoch nur auf wenige Praxen zutreffen. Auf jeden Fall sind zuvor die Patienten über die Risiken aufzuklären und es ist deren Einwilligung zur ambulanten Versorgung einzuholen. Ansonsten sind die Patienten über die Änderungen zu informieren und die Behandlung in den stationären Bereich zu verlagern.

#### AUTOR

##### RA Jörg Hohmann

Kanzlei für Medizinrecht Prof. Schlegel Hohmann und Partner Paul-Neumann-Platz 5, 22765 Hamburg

[www.gesundheitsrecht.com](http://www.gesundheitsrecht.com)



## Neues aus dem G-BA

# Lisdexamfetamin ohne „belegten Zusatznutzen“



Nach Abschluss des Nutzenbewertungsverfahrens hat der Unterausschuss Arzneimittel des G-BA am 17. Oktober 2019 bekanntgegeben, dass für Lisdexamfetamin in der Behandlung des ADHS bei Erwachsenen ein Zusatznutzen nicht belegt werden kann.

**L**isdexamfetamin (Elvanse Adult®) ist bei Kindern seit 2013 und bei Erwachsenen seit dem zweiten Quartal 2019 zugelassen. Das Präparat kann im Rahmen der Gesamtstrategie angewendet werden, wenn das ADHS seit der Kindheit besteht, mindestens moderat schwer ausgeprägt ist und der Patient bereits eine Arzneimitteltherapie erhalten hat. Laut Nutzenbewertungsverfahren kann aber kein belegter Zusatznutzen nachgewiesen werden. Bei einer angenommenen Prävalenzrate der ADHS bei Erwachsenen von 0,4% (= 243.364 GKV-Patienten) und einem 30%igen Anteil von Patienten, die für eine medikamentöse Behandlung offenstehen, käme das Präparat für etwa 73.000 Patienten infrage. Die Jahrestherapiekosten liegen bei 1.300 bis

1.400 € und damit über der zweckmäßigen Vergleichstherapie mit Methylphenidat (285 bis 1.067 €) oder Atomoxetin (834 bis 1.006 €). Als Begründung gibt die Behörde an, dass die Zulassungsstudien nicht geeignet waren, einen Zusatznutzen zu belegen, da die Vortherapien nicht ausreichend dokumentiert waren, das therapeutische Gesamtkonzept nicht belegt oder nicht angeboten worden war und die Studiendauer von vier bis zehn Wochen für eine chronische Erkrankung zu kurz gewesen sei.

Natürlich ist die Bewertung des G-BA zu bedauern, da Lisdexamfetamin in den Leitlinien ausdrücklich als Behandlungsoption erwähnt wird, und es prinzipiell wünschenswert ist, wenn eine breitere Palette von Substanzen zur Verfügung steht.

Eine ähnliche Negativbewertung des G-BA (und der Arzneimittelkommission der Ärzteschaft) erfolgte übrigens bereits 2013 für die Behandlung bei Kindern.

Praktisch wäre – unter Beachtung des Missbrauchspotenzials – Lisdexamfetamin bei Patienten, die Methylphenidat und Atomoxetin nicht vertragen, leicht anzuwenden: Die Vortherapien sind in der Praxis in der Regel gut dokumentiert und es kann auch, wenn man sich Zeit lässt, eine begleitende Psychotherapie eingeleitet und begonnen werden, die man sich über einen Bericht des Therapeuten auch leicht nachweisen lassen kann. Es bleibt abzuwarten, wie sich der Umgang mit diesem Wirkstoff im praktischen Alltag weiterentwickeln wird.

Prof. Dr. med. Markus Weih, Nürnberg



Hier steht eine Anzeige.



# Rund um den Beruf

Depression und Suizidalität am Arbeitsplatz

## „La boule au ventre“ – wenn der Magen morgens schon flau wird

Der Verlust von beruflicher Sicherheit zusammen mit persönlicher Entwertung im Job birgt hohe Risiken für die psychische Gesundheit. Woran erkennt man Signale für ein systematisches institutionelles Mobbing am Arbeitsplatz? Was können wir aus der tragischen Suizidserie bei der France Télécom vor mehr als zehn Jahren lernen?

„La boule au ventre“ oder frei übersetzt: Wenn der Magen morgens auf dem Weg zur Arbeit schon flau wird. So schilderte Jean Perrain die Arbeitsatmosphäre im Unternehmen France Télécom in den Jahren 2007 bis 2008 vor

dem Pariser Strafgericht. Sein Bruder, der ebenfalls sein ganzes Berufsleben lang bei der Firma, die sich heute Orange nennt, gearbeitet hat, suizidierte sich in dieser Zeit, ebenso wie 18 weitere Mitarbeiter. Er hat sich erschossen, andere

sind aus dem Fenster ihres Bürogebäudes gesprungen. Ein Kollege hat sich sogar selbst verbrannt. Vorausgegangen war die Entscheidung der Unternehmensführung, jeden fünften Mitarbeiter loszuwerden, und zwar um jeden Preis.



Wenn Patienten von Mobbing am Arbeitsplatz berichten, sollte man diese Signale ernst nehmen und mögliche Risiken für Betroffene kommunizieren.

Reguläre Entlassungen waren kaum möglich, weil viele der 100.000 Beschäftigten Beamte waren. Die überflüssigen Angestellten sollten „entweder durchs Fenster oder durch die Tür“ verschwinden, soll der damalige Generaldirektor Didier Lombard gesagt haben. Dafür wurde er kürzlich vom Pariser Strafgericht zusammen mit seinem Stellvertreter und dem Personalvorstand zu je einem Jahr Gefängnis, davon acht Monate auf Bewährung, und einer Geldstrafe von 15.000 € verurteilt. Das Gericht erkannte auf „harcèlement moral institutionnel systématique“, zu Deutsch: systematisches institutionelles Mobbing!

### Das mediale Echo

Das Unternehmen selbst wurde zur höchsten Geldstrafe verurteilt, die vom französischen Gesetz dafür vorgesehen ist: ein Strafrahmen von 75.000 €. Im Gegensatz zu den verurteilten ehemaligen Vorständen wird die Firma keine Berufung einlegen.

Lebhaft erinnere ich mich an das Echo auch in den deutschen Medien, als die Serie von Mitarbeitersuiziden bei der France Télécom bekannt wurde. Prof. Dr. Wolfgang Gaebel wurde, als damaliger DGPPN-Präsident, in einer Ausgabe der Tagesthemen hierzu interviewt. Zur Überraschung des Moderators und auch meiner Ansicht nach hat er sich sehr zurückhaltend zur Frage nach möglichen betrieblichen Ursachen geäußert. Rein statistisch betrachtet waren die Suizide (19) und Suizidversuche (12) bei einer „Kohorte“ von 100.000 Mitarbeitern innerhalb eines Zwei- bis Dreijahreszeitraums nicht übermäßig häufig.

Die damaligen Vorgänge in Frankreich und deren aktuelle juristische Aufarbeitung besitzen Signalwirkung und sind auch für uns wichtig. Vor allem als Vertragsärzte, die einen beträchtlichen Teil ihrer Arbeitszeit dafür aufwenden, Menschen mit längerer bis langfristiger Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen zu beraten und zu behandeln sowie eine soziale und berufliche Pers-

pektive mit ihnen und für sie zu finden. Hinzu kommt, dass wir unsere Ergebnisse nicht selten in allgemeinverständlicher Weise dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen, teils aber auch den Krankenkassen selbst sowie den Renten- oder Unfallversicherungen und den Gerichten gegenüber darstellen müssen.

### Eine bittere Realität macht Schule

Zunächst unterstreichen die Ereignisse um den France-Télécom-Musterprozess, dass es systematisches Mobbing in Firmen wirklich gibt. Es ist Realität. Ein Betroffener schrieb vor seinem Suizid vom „management par la terreur“. Das erinnert nicht von ungefähr an den Terrorapparat Stalins. Ist das vielleicht übertrieben dargestellt? Ist eine solche Wortwahl bereits Ausdruck von depressiver Verzweiflung im Vorfeld eines späteren Suizids? Das französische Gericht hat jetzt im Einzelnen die Wege und Mittel untersucht, mit denen solcher „Terror“ ausgeübt wurde:

- willkürliche Veränderungen der Aufgaben und Einsatzorte der Mitarbeiter im steten Wechsel mit dem Ziel, zu verunsichern und müde zu machen,
- Gehaltssenkungen,
- wiederholte Zusendung von E-Mails, in denen zur Kündigung aufgefordert wurde.

Von solchen angeblich von Unternehmensleitungen genutzten Mitteln höre ich bedauerlicherweise nicht selten in meinen Therapiegesprächen. Etwa in der Zeit der Suizide bei der France Télécom wurden zum Beispiel viele Mitarbeiter einer großen deutschen Kundenbank mit erheblichem Druck zu einem Wechsel in eine Auffangfirma „motiviert“. Von dort aus sollten sie sich dann um andere Arbeitsverhältnisse bewerben. Einige der „renitenten“, sich dem Druck von oben verwehrenden Mitarbeiter lehnten die Zumutungen der Geschäftsleitung ab. Sie wurden an Schreibtische ohne Bildschirm, ohne Telefon und ohne Aufgaben versetzt, wo sie oft monatelang ausharren mussten. Sie durften sich von

da an weder für die eigene Firma engagieren noch für sich persönlich etwas tun. Auch wurde ihnen gesagt, dass einzelne durchaus jüngere Angestellte verstorben seien, einfach so. Deutsche Medien haben darüber nicht berichtet und auch Gewerkschaften haben sich – anders als in Frankreich – ebenfalls nicht zu den tragischen Ereignissen zu Wort gemeldet.

### Hört Ihr die Signale?

Was ist also aus den Ereignissen in Frankreich zu lernen? Selbst wenn unsere psychiatrische Professorenschaft Mobbing als solches nicht als Krankheit anerkennt (dem stimme ich zwar grundsätzlich zu) sollten wir dennoch aufhören, wenn Patienten in unsere Sprechstunde kommen, die vom Gefühl des „boule au ventre“ auf dem Weg zur Arbeit berichten, und insbesondere, wenn sie von systematischem Mobbing im Betrieb erzählen. Wahrscheinlich leiden auch diese Menschen unter einer Diskrepanz zwischen dem Wunsch aller Menschen, also auch von uns als Ärzten, nach selbstwirksamer Tätigkeit einerseits und dem vollkommen normalen Wunsch nach Sicherheit und Anerkennung der eigenen Person und Leistung auch im Arbeitsleben. Wir sollten achtsam für solche Signale sein und diese nicht nur mit Patienten und Angehörigen deutlich besprechen, sondern auch in zulässiger Weise kommunizieren.

#### AUTOR

##### Dr. med. Guntram Hinz

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Vorsitzender des BVDN-Hamburg Harksheider Straße 3, 22399 Hamburg

E-Mail: [guntram.hinz@yahoo.de](mailto:guntram.hinz@yahoo.de)



## Fortbildungskurs

# Umgang mit Religion und Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie

Im Rahmen des DGPPN-Jahreskongresses 2019 in Berlin tagte zum 17. Mal das Referat Religion/Spiritualität. Der aktuelle Schwerpunkt des Referats liegt auf der Entwicklung eines Curriculums „Spiritualität“ für die Fort- und Weiterbildung von Ärzten und psychologischen Psychotherapeuten. Ein erster Kurs wird im Juli und Oktober 2020 in Ispringen stattfinden.

Die gesellschaftliche Entwicklung mit vermehrtem Auftreten von Multikulturalität, religiöser Diversität und den damit verbundenen spirituellen Bedürfnissen der Patienten haben Lücken und Defizite in der ärztlichen und psychotherapeutischen Kompetenz deutlich gemacht. Es ist ein gesetzlicher Auftrag (SGB V, § 2 Abs. 3), die religiösen Bedürfnisse der Versicherten zu beachten.

### Spiritualität als Ressource

Die psychotherapeutische Forschung hat in den letzten Jahrzehnten neben dem Erkennen von pathologischen Formen der Religiosität eine Fülle von positiven Belegen zur Relevanz von Religion und Spiritualität in der Medizin erbracht. Spiritualität ist zunehmend als Ressource anerkannt. Vor diesem Hintergrund haben sich erfahrene Fachleute auf den Gebieten Psychiatrie, Psychotherapie Psychosomatik und Religionspsychologie zusammengeschlossen und das Kurskonzept „Spirituelle Kompetenzen in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik“ – kurz SKiP3 – entwickelt.

### Interkulturell und interreligiös

Die Schwierigkeit bei diesem Unterfangen ist einerseits die große Bandbreite religiöser und spiritueller Äußerungen bei Patienten und andererseits die Gefahr der weltanschaulichen Beeinflussung der Patienten. Der Kurs ist daher interkulturell und interreligiös angelegt, um eine sachliche Neutralität gegenüber dieser Diversität zu leisten. Es werden die Vorgaben der DGPPN, festgelegt in

der Empfehlung für den Umgang mit Spiritualität in medizinischen Prozessen und die Konformität mit den ethischen Grundsätzen der WHO-Deklaration beachtet. Ziel des Kurses ist das Behandlungsmanagement von Ärzten und psychologischen Psychotherapeuten im Bereich der Spiritualität/Religion evidenzbasiert zu optimieren:

- Informationen über Religion und Spiritualität durch Fallvignetten,
- Schulung von Wahrnehmung religiöser Bedürfnisse und Äußerungen der Patienten mit Integration der gewonnenen Informationen in die Diagnose und den Behandlungsprozess durch Anwendung unterschiedlicher Test- und Diagnosetools,

- Optimierung der Kommunikations- und Behandlungskompetenz in der therapeutischen Beziehung durch praktische Übungen,
- Integration der eigenen Religiosität und spirituellen Erfahrungen in die therapeutische Haltung, mit dem Ziel eines sachlichen und neutralen Umgangs mit religiösen Phänomenen durch Selbsterfahrung,
- Anleitung des Patienten zur Resilienzstärkung und Empowerment.

Die Inhalte des Kurses basieren auf den aktuellen wissenschaftlichen Ergebnissen der Neurobiologie, Religionspsychologie/-soziologie und Psychotherapie.

PD Dr. med. Herbert Scheiblich,  
Altensteig

### Der Kurs „SKiP3“

**Termin:** 17./18. Juli 2020 und 2./3.10.2020

**Ort:** Haus Salem, Friedensstraße 62, 75228 Ispringen

#### Referenten:

- Dr. Sonja Friedrich-Killinger, psychologische Psychotherapeutin; forscht im Bereich der God-attachment-Theorie
- Prof. Dr. Michael Utsch, psychologischer Psychotherapeut und ein bundesweit führender Fachmann für Religionspsychologie, Vorsitzender des Referats Religion/Spiritualität der DGPPN
- Dipl.-Psych. Rainer Oberbillig, psychologischer Psychotherapeut, Mitgründer der deignis Klinik Egenhausen und ehemaliger psychotherapeutischer Leiter, Doktorand am Institut für empirische Religionsforschung Universität Bern
- PD Dr. med. Herbert Scheiblich, Psychiater und Lehranalytiker, Gründer der deignis Klinik Egenhausen, Dozent an der theologischen Fakultät Universität Bern
- Dr. med. Werner Polster, Nervenarzt, Leiter der Akademie für Psychotherapie Pforzheim

Der Kurs ist durch die Landesärztekammer Baden Württemberg mit 36 CME-Punkten zertifiziert und dauert zweimal zwei Tage.

Weitere Informationen und Anmeldung unter der E-Mail-Adresse: [info@afpp.de](mailto:info@afpp.de)



#### Sie fragen – wir antworten!

Haben Sie in Ihrer Praxis ein wenig zufriedenstellend gelöstes oder gar ungelöstes Problem, das auch in anderen Praxen relevant sein könnte? Wir versuchen, uns kundig zu machen, und publizieren einen entsprechenden – nicht rechtsverbindlichen – Lösungsvorschlag. Eine Haftung ist ausgeschlossen. Auf Wunsch sichern wir jedem Ratsuchenden auch Anonymität zu. Schreiben Sie mit dem Betreff „Praxisprobleme“ an: [bvdn.bund@t-online.de](mailto:bvdn.bund@t-online.de)

## Fallstricke bei der Abrechnung

# Immer wieder Probleme mit der Fremdanamnese

Die Abrechnung der psychiatrischen Gebührenordnungsposition (GOP) 21216 zum Zuschlag Fremdanamnese bereitet vielen Ärzten immer wieder Diskussionen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen. Lesen Sie hier die wichtigsten Fragen und Antworten zur GOP 21216.

**Z**ur psychiatrischen GOP 21216 gibt es häufig Probleme mit den Mitarbeitern und Juristen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), die kein medizinisches Wissen haben, die konkreten Abläufe nicht kennen und auch nicht im direkten Patientenkontakt sind. Konkret geht es um Abrechnung und Honorar, aber auch Rechtsunsicherheiten, Interpretationsbedarf und Rückfragen. Nicht wenige Kollegen empfinden die KV als restriktiv, fühlen sich bestraft und traktiert. Der Wunsch ist verständlich, dass die ungeliebte und meist mühevollere Arbeit geschätzt und ausreichend honoriert wird – zumindest jedoch nicht bestraft wird.

Manchmal drängt sich zudem der Verdacht auf, dass der Psychiater besonders häufig kontrolliert wird. Hier ist aber zu berücksichtigen, dass es sich bei der GOP 21216 eben um eine psychiatrische Ziffer handelt, deren Inhalt nur durch die Dokumentation erfüllt wird. Während die KV ein Ultraschallbild direkt anfordern kann, gibt es für die Abrechnung der GOP 21216 nur die Möglichkeit, den Gesprächsinhalt als Dokumentation heranzuziehen. Ein weiterer häufiger Streitpunkt sind sicher die Dokumentationen bei somatoformen Störungen, auf die hier nicht gesondert eingegangen werden kann.

Einige Hilfestellungen und Kommentare zur GOP 21216 wurden im NeuroTransmitter, bei Wezel und Liebold oder im Kölner Kommentar bereits erörtert [1, 2, 3]. Im Folgenden möchten wir aufgrund unserer persönlichen Erfahrungen die wichtigsten Punkte hier noch

einmal aktualisiert und ohne Gewähr zusammenfassen.

#### ? Was bedeutet der Passus „und/oder“ in der Leistungslegende?

Die Leistung ist auch dann gerechtfertigt, wenn nur die Punkte „Fremdanamnese“ oder „Anleitung/Betreuung“ ausgefüllt werden. Es müssen nicht unbedingt beide Aspekte benannt sein.

#### ? Was ist eine Bezugsperson?

Dieser Punkt wird unterschiedlich interpretiert: Es sind nicht nur Angehörige gemeint, sondern alle, die Rezepte abholen, etwa auch Heilerziehungspfleger, Sozialarbeiter, Soziotherapeuten, gesetzliche Betreuer, Pflegepersonal, bis hin zu Bekannten und Nachbarn (unter Wahrung des Datenschutzes und der Schwei-

gepflicht). Es zählt der regelmäßige Umgang desjenigen mit dem Patienten.

#### ? Können Bezugspersonen auch betreut werden?

Ist der Patient in stationärer Behandlung, stellen sich gelegentlich Bezugspersonen vor, überbringen Informationen und wünschen Ratschläge, Therapieempfehlungen, -planungen nach Entlassung et cetera. Dieser Fall ist nicht vorgesehen. Manchmal ergeben sich daraus wertvolle Hinweise, dennoch müssen Versorgungserwartungen von Bezugspersonen etwas gebremst werden. Ist die Bezugsperson dekompenziert überfordert, depressiv, erschöpft, hilflos, unbeholfen oder anderweitig objektiv erkrankt, kann sie im Einzelfall auch als Behandlungsfall angenommen werden.

ANZEIGE

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

**? Kann der Patient zur Abrechnung der GOP 21216 anwesend sein?**

Ja, das kann er.

**? Muss ich die GOP 21216 abrechnen?**

Nein. Wir möchten sogar davor warnen, diese GOP leichtfertig anzusetzen. Zu schnell geraten Sie sonst in eine Überschreitung der Tageszeiten und setzen sich dem Risiko einer umfangreichen Plausibilitätsprüfung aus. Klüger ist es, die Tageszeit im Auge zu behalten und bei Überschreitung die GOP 21216 nicht abzurechnen. Liegen Sie durch hohe Patientenbelastung regelmäßig über der Tagesplausibilität, empfehlen wir strukturverändernde Maßnahmen (Praxisbesonderheiten, notfalls Reduktion der Sprechstundenzeiten).

**? Gibt es Besonderheiten bei Patienten, die in Heimen wohnen?**

Hier kommt ein klares Ja! In diesen Fällen ist der Arzt auf die Zuarbeit des Personals angewiesen, die nicht selten kodiagnostische oder kotherapeutische Funktionen haben. Diese Gespräche sind normal und wiederholen sich regelmäßig, teils über viele Jahre. Ob dieser Vorgang nun im Rahmen der Grundpauschale oder durch die GOP 21231 abgegolten wird oder schon das Kriterium einer Fremdanamnese erfüllt, ist Interpretationsspielraum. Der Berufsverband und die KV sind sich dabei nicht immer einig. Bitte beachten Sie also die Einzelfallregel. Im Zweifelsfall zählt die korrekte Dokumentation.

**Fallbeispiel 1:** Das Pflegepersonal bereitete die Visitenliste, die Karteikarten und die Patienten vor. Es folgte eine Visite im Altenheim mit persönlichem Patientenkontakt bei einem schwer dementen und depressiven Einwohner, der aber schlief. Die GOP 21212 kann dennoch abgerechnet werden. Die Altenpflegerin sagte, er wäre nachaktiv und sei vor einer Woche gestürzt (GOP 21216), daher wurde die Medikation überprüft und angepasst.

**Fallbeispiel 2:** Ein 89-jähriger Patient ist nach einem kompletten Mediainfarkt links schon zwei Jahre aphasisch und rechts hemiplegisch. Die Pflegekraft berichtete, dass es seit dem letzten Besuch keine neuen Entwicklungen gegeben

hätte. Es gibt keine spezifische Therapie durch den Neurologen. Nach einem kurzen Besuch wurde nur die GOP 16212 angerechnet. Die Vorbereitung durch das Personal und kurzes Erkundigen durch den Arzt erfüllt nicht die Kriterien der GOP 21216.

**? Was ist der Unterschied zwischen den GOP 21216 und 21231?**

Die GOP 21231 ist bei jedem psychisch kranken Heimbewohner abrechenbar und bildet die wertvolle und kontinuierliche Mitbetreuung durch einen Facharzt ab. Die GOP 21216 ist begrenzt auf die Fälle, in denen durch die Erkrankung eine gestörte Kommunikation entsteht. Dies ist im Einzelfall nicht immer leicht entscheidbar. Was zählt, ist eine gute Organisation und Dokumentation des Falles, keine pauschalen Regeln.

**? Was ist eine schwere psychische Erkrankung mit dadurch gestörter Kommunikationsfähigkeit?**

Dies ist nicht klar definiert, aber Anpassungsstörungen und eine Dysthymie werden eher nicht als schwer anerkannt. Die Schwere der Diagnose sollte klar aus der Diagnose hervorgehen, und es sollte plausibel sein, dass die Kommunikationsfähigkeit dadurch gestört ist (etwa bei Demenz, Intelligenzminderung, Psychose, Bipolarität). Ein verlässliches Zeichen für eine gestörte Kommunikationsfähigkeit ist auch schon die Tatsache, wenn der Patient nicht alleine in die Praxis kommen kann.

**? Kann die GOP 21216 bei neurologischen Erkrankungen abgerechnet werden?**

Nein, das kann sie nicht. Es sei denn, es liegt zugleich eine schwere psychische Erkrankung vor, die auch neurologisch bedingt sein kann (beispielsweise ein organisches Psychosyndrom bei Multipler Sklerose oder Psychose bei Morbus Parkinson).

**? Ist ein Patient in seiner Kommunikation gestört, der nicht oder schlecht Deutsch spricht oder einen Sprachfehler hat, und der von einem gut Deutsch Sprechenden Angehörigen begleitet wird?**

Ja, das trifft sicher zu, leitet aber nicht automatisch einen Fall nach GOP 21216 ab. Es kommt auf die psychiatrische Diag-

nose an (Demenz, Psychose, Bipolarität et cetera).

**? Können konsiliarische Gespräche mit einem anderen behandelnden Arzt, etwa dem Hausarzt, abgerechnet werden?**

Nein, gemäß Anhang 1 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) sind solche Gespräche in der Grund- und in der Versichertenpauschale abgedeckt.

**? Ist auch eine telefonische Fremdanamnese abrechenbar?**

Hier gilt mehr Ja als Nein! Ein Telefonat kann in Einzelfällen organisatorisch sinnvoll sein und wird nicht explizit ausgeschlossen, sollte aber nicht die Regel sein. Was zählt ist der Inhalt. Manchmal kann man wertvolle Informationen zur Fremdanamnese oder über unerwünschter Arzneimittelwirkungen nur telefonisch bekommen oder Dosierungsanleitungen et cetera nur telefonisch überbringen.

**? Kann die GOP 21216 die einzige Leistung im Quartal sein?**

Ja, das ist in begründeten Fällen möglich. Es sollte aber eine Dokumentation in der Patientenakte erfolgen.

**? Wie lang muss gesprochen werden?**

Mindestens 10 Minuten muss das Gespräch dauern.

**? Muss ich 10 Minuten ohne Unterbrechung sprechen oder zuhören?**

Auch hier gibt es Spielraum, dieser Aspekt ist juristisch nicht sicher geklärt. Ein Gespräch kann grundsätzlich aus medizinischen oder organisatorischen Gründen nach weniger als 10 Minuten unterbrochen und später weitergeführt werden. Es ist aber nicht zulässig, das zur Regel zu machen und dann bei Wiederaufnahme des Gesprächs jeweils eine neue Sitzung mit neuer GOP zu beginnen. Generelle kurze Vorgespräche mit Pflegekräften eines Heimes sind keine „Teil-Fremdanamnese“ mit einer eigenen GOP. Praktisch empfiehlt sich etwa in Heimen – analog zur Visite im Krankenhaus – ein Vorgespräch mit den Pflegenden, dann der Patientenbesuch und danach gegebenenfalls ein Nachgespräch mit den Pflegenden, wenn sich im Zimmer neue Aspekte ergeben haben.

**? Was ist Minimalstandard in der Dokumentation?**

Es besteht eine besondere Dokumentationspflicht. Es sollte klar sein, mit wem gesprochen wurde (etwa Sohn, Tochter, Mutter, Bruder, Ehemann, Ehefrau, Pfleger). Die Namen der jeweiligen Personen sind dem Arzt aber nicht immer bekannt. Das Erwähnen der Beziehung zum Patienten (Tochter, Mutter et cetera) gegebenenfalls als Kürzel „Frau“, „Pfleger“ ist ausreichend. Das Einfügen von Standardsätzen (etwa „status idem“, „Fremdanamnese durchgeführt“) reicht aber nicht aus. Auch muss kurz der Inhalt dokumentiert werden, da die GOP auch einem potenziellen Mit- oder Nachbehandler beziehungsweise Dritten dient. Nach dem Bundesmantelvertrag für Ärzte (BMV-Ä) dient die Dokumentation auch zur Abrechnungsprüfung. Das heißt, wenn nicht richtig dokumentiert ist, kann Honorar zurückgefordert werden.

**Fallbeispiel 3:** „WV (Wiedervorstellung), Pat. (Patient) stabil. Ehefrau sagt, nachts manchmal unruhig. Rp. (Rezept) Donepezil. 21216.“

**? Wie wird die GOP auf die Plausibilitätszeit angerechnet?**

Die Ziffer wird mit 11 Minuten auf Tages- und Quartalsprofil angerechnet.

**? Wieviel bekomme ich für die GOP bezahlt?**

Die Erstattung beträgt zirka 16 €.

**? Wie oft kann ich die GOP maximal im Quartal abrechnen?**

Fünfmal lässt sich die GOP 21216 maximal im Quartal abrechnen.

**? Was ist ein Behandlungsfall?**

Hier ist ein Quartal gemeint.

**? Was mache ich, wenn ich mit der GOP 21216 die Zeitplausibilität überschreite?**

Die Tagesplausibilität von 720 Minuten sollte nicht öfter als zweimal im Quartal überschritten werden. Dies kann an besonders arbeitsreichen Tagen (Quartals- oder Wochenanfang, nach Urlaub) rasch erfolgen. Liegen sie regelmäßig oder deutlich darüber, laufen Sie Gefahr, in eine Honorarprüfung und -streichung

zu geraten. Diese kann nach dem neuen Gesetz zwar nur noch zwei Jahre rückwirkend erfolgen, aber dennoch zu erheblichen Honorareinbußen und Ärger führen. Liegen Sie regelmäßig über der Zeit, sollten Sie ihre Abläufe im Sinn des Wirtschaftlichkeitsgebotes überdenken. Die GOP 21216 muss im Einzelfall abgewogen werden. Das heißt, sie sollte nicht immer automatisch abgerechnet werden. Sollte die Überschreitung strukturelle Gründe haben (etwa Versorgung vieler Heime oder vieler Patienten), können Sie eine Praxisbesonderheit geltend machen. Schlimmstenfalls müssen Sie die Anzahl der zu versorgenden Patienten reduzieren, was zwar auch zu Honorareinbußen führt, dafür aber zumindest die Arbeitsbelastung reduziert.

Teilen Sie uns gerne Ihre eigenen Erfahrungen mit der GOP 21216 mit.

**Literatur**

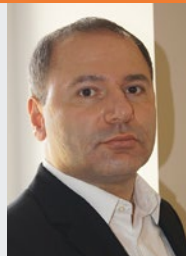
1. Bämayer A. Fremdanamnese. Ansatz der GOP 21216 in Altenheimen. NeuroTransmitter 2017;28:11–24
2. Wezel H, Liebold R. Der Kommentar zu EBM und GOÄ. 8. Auflage. Sankt Augustin: Asgard-Verlag; 2020
3. Ulrich Casser (Hrsg). Kölner Kommentar zum EBM. Kommentierung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes. Köln: Deutscher Ärzteverlag; Stand 1.1.2019

**AUTOREN**

**Dr. med. Ayhan Altunbas**

Neurologe und Psychiater  
Maxplatz 5  
83278 Traunstein

E-Mail: dr.altunbas@nervenarzt-traunstein.de



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

Vorsitzender der Fortbildungsakademie,  
Vorstand Förderverein Medic-Center  
Schweinauer Hauptstraße 43  
90441 Nürnberg

E-Mail: markus.weih@gmx.de



**Lösung zum Regress-Quiz auf Seite 10 in dieser Ausgabe**



Der Regress ist fachlich natürlich nicht begründet. Nach aktuellen Leitlinien gilt die Therapie einer idiopathischen intrakraniellen Hypertension (IIH) mit Diamox als bewährt, wird in der Ausbildung gelehrt und hat einen Evidenzgrad von Ib.

Immer wieder verärgern die Krankenkassen Fachärzte mit Regressen über Kleinbeträge bei Altsubstanzen, die dem Arzt a priori wirtschaftlich erscheinen. Allein die Bearbeitung der Post übersteigt die Rezeptkosten, von dem Ärger, Papier- und Verfahrenskosten ganz zu schweigen. Formal und verfahrensrechtlich ist der Regress allerdings korrekt, und aus Sicht der Krankenkassen ist die Verordnung „unwirtschaftlich“, aber mit anderer Begründung.

Acetazolamid ist diuretisch wirksam, entfernt Wassereinlagerungen und hemmt somit Augeninnendruck, Blut- und Hirndruck. Der Wirkstoff war unter dem Handelsnamen „Diamox“ seit 1955 zugelassen, wurde aber 2017 vom Markt genommen. Er ist in Deutschland zwar bis heute als Acemit oder Glaupax erhältlich, aber eben nur bei Glaukomen zugelassen.

In Deutschland galt Acetazolamid bis 2017 als fiktiv für die IIH zugelassen und war schon vor in Kraft treten des Arzneimittelgesetzes 1978 im Handel. Die Nachzulassung sollte 1990 abgeschlossen sein, zog sich aber länger hin. Letzten Endes legten die Hersteller keine neueren Daten vor, also gab es keine Nachzulassung in der Indikation IIH, und die fiktive Zulassung ist 2017 erloschen (wie bei Trental-Pentoxifyllin oder anderen Altsubstanzen).

Obwohl Acetazolamid in den noch gültigen DGN-Leitlinien zur IIH bis heute off label empfohlen wird und entsprechende Studien vorliegen, sind die Krankenkassen damit formal berechtigt, einen Regressantrag wegen Off-Label-Gebrauch zu stellen, also die Kosten nicht zu übernehmen.

Eine Klage kann nur durch einen einzelnen Betroffenen erfolgen und ist aufgrund der eher seltenen Indikation und dem geringen Betrag gründlich zu überlegen. Alternativ kann beim medizinischen Dienst der Krankenkasse wie bei jedem Off-Label-Use ein Antrag auf Kostengenehmigung gestellt werden. Aber auch hier müssen Nutzen und Aufwand berücksichtigt werden.

Angesichts des geringen Kostenrisikos hat der rezeptierende Arzt die Regressforderung hingenommen. **MW**

© Kononov Pavel / Fotolia

# Fortbildung

A woman with long brown hair, wearing a dark grey blazer, is shown in profile from the chest up, looking down at a smartphone held in her right hand. The background is a blurred outdoor setting with a building and some greenery.

**In Schweden und den Niederlanden etwa gehören internetbasierte Selbstmanagementinterventionen schon zur regulären klinischen Versorgung bei psychischen Störungen.**



## Internetbasierte Interventionen bei psychischen Störungen

# Alles eine Frage der Qualität

Die Wirksamkeit von internetbasierten Selbstmanagementinterventionen ist für ein breites Spektrum psychischer Erkrankungen bewiesen. Um sichere und wirksame Interventionen erkennen und zertifizieren zu können, haben die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und die Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs) Qualitätskriterien entwickelt.

MARGRIT LÖBNER ET AL.

Internetbasierte Interventionen bieten ein enormes Potenzial zur Verbesserung der psychischen Gesundheit in breiten Bevölkerungsschichten [1, 2]. Am besten erforscht sind vor allem computer- und internetbasierte Selbstmanagementinterventionen, die meistens auf Theorien und Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie basieren. Mithilfe eines Computerprogramms werden dabei psychotherapeutische Kenntnisse und Fertigkeiten vermittelt. Unterschieden wird zwischen unbegleiteten und begleiteten Selbstmanagementinterventionen, wobei vor allem das Ausmaß der Anleitung kennzeichnend ist: Bei der Nutzung von unbegleiteten Selbstmanagementinterventionen arbeiten die Nutzer in der Regel selbstständig, ohne professionelle Anleitung an den Inhalten der Intervention. Bei begleiteten Interventionen wird von professioneller Seite eine zusätzliche Form der Unterstützung angeboten, die allerdings, je nach Interventionen, erheblich variieren kann: unter anderem technische Hilfestellungen, Motivation zur Nutzung der Intervention, Rückmeldungen zu einzelnen Übungen.

Zahlreiche Studien belegen die Wirksamkeit internetbasierter Interventionen bei einem breiten Spektrum psychischer Erkrankungen, etwa von Angststörungen, Depression, posttraumatischer Belastungsstörung und Zwangsstörungen

[3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12]. Erfolgreich wurden Selbstmanagementinterventionen ebenfalls bei der Behandlung von psychischen Störungen untersucht, die im Rahmen von schweren körperlichen Erkrankungen auftreten, wie depressive Symptome bei Diabetes, Epilepsie und Multiple Sklerose [13, 14, 15]. Auch in der Prävention von psychischen Störungen, beispielsweise bei Depression oder Essstörungen, konnten in Studien Wirksamkeitsbelege erbracht werden [16, 17].

### Ungenutztes Potenzial

Aufgrund der in zahlreichen internationalen Studien nachgewiesenen Wirksamkeit dieser Interventionen gehören diese in einigen europäischen Ländern (z. B. Niederlande, Großbritannien, Schweden) bereits zur regulären klinischen Versorgung. In Großbritannien wurden internetbasierte Interventionen als Empfehlung für die Behandlung von Depressionen in die Versorgungsleitlinie aufgenommen [18]. In Deutschland finden internetbasierte Interventionen in der aktuellen S3-Leitlinie zur Behandlung depressiver Störungen [19] sowie der S3-Leitlinie psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Störungen [20] Erwähnung; eine Empfehlung für deren Einsatz wird jedoch nicht ausgesprochen.

Auch die gesetzlichen Krankenkassen berücksichtigen bisher noch keine inter-

netgestützten Selbstmanagementinterventionen in ihrem Leistungskatalog. Dies führt dazu, dass trotz der aus wissenschaftlicher Sicht unstrittigen Wirksamkeit der internetbasierten Interventionen, diese nur vereinzelt in der klinischen Routine eingesetzt werden und ihr Potenzial somit bisher weitgehend ungenutzt bleibt. Einen möglichen Grund sehen einige Autoren in dem unübersichtlichen Angebot an Interventionen, die kaum oder gar nicht wissenschaftlich evaluiert wurden, wodurch es Betroffenen und behandelnden Personen erschwert wird, wirksame und sichere Interventionen zu erkennen [1, 21, 22]. Daher wurden vor Kurzem Qualitätskriterien publiziert, anhand derer verfügbare internetbasierte Interventionen evaluiert werden können [21, 22]. Als wünschenswert formulieren die Autoren in diesem Zusammenhang die Etablierung eines Prüfprozesses, der vollkommen unabhängig von kommerziellen Interessen erfolgen soll (z. B. durch wissenschaftliche Fachgesellschaften, Organe der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen oder der Bundesbehörden) und wodurch die Qualität von internetbasierten Interventionen sichergestellt werden soll. Die Autoren sehen damit verbunden außerdem die Chance, dass diese Interventionen ebenfalls in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen

**Tab. 1: Kriterien für die Erteilung des Qualitätszertifikats**

<b>Sicherheit</b>	Patientensicherheit	Empfehlungen zum Umgang mit psychischen Krisen (unter anderem Hinweise auf professionelle Angebote im Kontakt)  systematische Erfassung von Anzeichen auf Notfälle (etwa Suizidalität) und sofortiger Hinweis auf Hilfsangebote (etwa Notaufnahmen) bei Vorliegen der Anzeichen
	Datenschutz und Datensicherheit	Vorliegen eines anerkannten Datenschutzzertifikates (Rechtsgrundlage für Datenschutz; Umfang, Dauer und Zweck der Datenerhebung; Information darüber, welche Personengruppen Zugriff auf welche Daten haben; Rechte bezüglich der Datenspeicherung; Kontaktinformationen zu zuständigen Datenschutzbeauftragten/Aufsichtsbehörde; Umsetzung des Privacy-by-design-Prinzips und Privacy-by-default-Prinzips
		Austausch der Daten über verschlüsselte Verbindung, die aktuellen Sicherheitsanforderungen genügt (Schlüssellänge, Verschlüsselungsalgorithmus)
<b>Therapeutische Anforderungen</b>	Indikation	Beschreibung der Indikation analog der gültigen Version der International Classification of Diseases (ICD) sowie der aktuellen Evidenzlage
	Beschreibung der Intervention	Darstellung der zugrunde liegenden Theorien und Techniken evidenzbasierter psychotherapeutischer Methoden
		Information über Ausmaß der Begleitung (begleitete versus unbegleitete Intervention); Vorliegen eines Manuals bei begleiteten Interventionen
		Beschreibung der Entwickler und der Anbieter
		Vorliegen eines Impressums gemäß Telemediengesetz
	Information über empfohlene Häufigkeit und Frequenz der Nutzung sowie der Anforderungen an den Anwendenden	
Qualifikation	Beteiligung approbierter psychologischer Psychotherapeuten oder Fachärzte sowie Betroffener bei der Entwicklung der Intervention	
	Hinweis, dass im Falle des Vorliegens einer voll ausgebildeten psychischen Störung die Verantwortung für die Behandlung bei einem approbierten Psychotherapeuten oder Facharzt liegt	
<b>Wirksamkeit</b>	Wirksamkeitsnachweis durch mindestens eine randomisiert kontrollierte Studie (RCT)	Wirksamkeitsbeleg versus unbehandelter Kontrollgruppe oder mindestens Gleichwertigkeit mit einer etablierten Behandlung
		Studie muss übliche Anforderungen an RCT erfüllen (etwa Anmeldung in Studienregister)
<b>Transparenz</b>	Zugänglichkeit der Informationen	zentrale Informationen müssen vor Anmeldung bei der Intervention kostenfrei zur Verfügung stehen
		weitere Informationen zu Kosten der Intervention oder Art der Finanzierung (etwa durch Krankenkasse, Pharmafirmen et cetera)

werden, womit diese eher Eingang in die klinische Versorgungsroutine finden können.

Nachfolgend soll eine Übersicht über die Entwicklung und Inhalte der Qualitätskriterien gegeben werden. Für eine detaillierte Beschreibung der Entwicklung der Kriterien sowie eines möglichen

Prüfablaufes wird auf die Arbeit von Klein et al. verwiesen [21].

Die Entwicklung der Qualitätskriterien für internetbasierte Selbstmanagementinterventionen basieren auf dem „Model for Assessment of Telemedicine Applications“ (MAST), das im Hinblick auf internetbasierte Interventionen zur

Prävention und Behandlung psychischer Störungen durch die gemeinsame Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DG-PPN) und der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGP) adaptiert wurde [23]. Im Verlauf des Konsensprozesses wurden Vertreter der Kostenträger (GKV-Spitzenverband), des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), der Patientenbeirat der DGPPN, Datenschutzexperten, kommerzielle sowie nicht kommerzielle Entwickler und Anbieter internetbasierter Interventionen beratend involviert.

### Qualitätskriterien

Es müssen folgende Kriterien erfüllt sein, damit eine Intervention als empfehlenswert angesehen werden kann:

1. die Gewährleistung der Sicherheit des Patienten sowie der Daten,
2. die Erfüllung bestimmter therapeutischer Anforderungen,
3. das Vorliegen eines Wirksamkeitsnachweises und
4. die transparente Darstellung zentraler Informationen.

Einen Überblick, welche Kriterien erfüllt sein müssen, damit das Qualitätszertifikat empfohlen werden kann (K.O.-Kriterien) gibt **Tab. 1**.

### Sicherheit

Der Punkt Sicherheit umfasst zum einen die Patientensicherheit, zum anderen die Datensicherheit. Zur Gewährleistung der Sicherheit der Patienten beinhalten Interventionen Hinweise und Empfehlungen zum Umgang mit psychischen Krisen oder die systematische Erfassung von Anzeichen für das Auftreten von Notfällen (z. B. Beispiel Suizidalität). Letzteres ist vor allem bei Interventionen unerlässlich, die sich an Betroffene richten, die an einer voll ausgeprägten psychischen Störung leiden. In diesem Fall muss sofort ein Hinweis auf professionelle Hilfsangebote im persönlichen Kontakt (etwa Notaufnahmen) erfolgen. Eine Prüfung der Intervention hinsichtlich des Medizinproduktegesetzes (MPG) obliegt dem Anbieter, gegebenenfalls ebenso die CE-Zertifizierung und damit einhergehend die eindeutige Beschreibung der Zweckbestimmung.

Ein weiterer wesentlicher Punkt betrifft den Datenschutz und die Datensicherheit. Ein Nachweis über ein anerkanntes Datenschutzzertifikat (vgl. Art. 42 und 43 der Datenschutzgrundverordnung) entsprechend der gültigen Gesetzgebung muss vorliegen. Besonders der Zugang zur Intervention sowie der Datenaustausch müssen über eine verschlüsselte Verbindung erfolgen, die aktuellen Sicherheitsbestimmungen entspricht.

**Therapeutische Anforderungen**

Die Inhalte der Intervention sowie die Indikation für deren Nutzung (abgeleitet von der gültigen Version der International Classification of Diseases [ICD] und der gegenwärtigen Evidenzlage) müssen eindeutig, verständlich und für alle Personen gleichermaßen zugänglich zur Verfügung gestellt werden. Außerdem müssen die Inhalte der Intervention zwingend den Theorien und Techniken evidenzbasierter psychotherapeutischer Methoden entsprechen. Eine Beschreibung über die Art der Intervention muss vorliegen. Insbesondere muss ersichtlich sein, ob es sich um eine begleitete oder unbegleitete Intervention handelt. Begleitete Interventionen benötigen eine Reihe weiterer Angaben sowie ein vorliegendes Manual für die Begleitung [21].

Ein weiterer zentraler Punkt betrifft den Einbezug von Experten (etwa approbierte psychologische Psychotherapeuten oder Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie) und Betroffenen in die Entwicklung der Intervention. Bei einem voll ausgeprägten psychischen Störungsbild muss ferner darauf hingewiesen werden, dass die Verantwortung für die gesamte Behandlung bei einem approbierten Psychotherapeuten oder Facharzt liegen sollte.

**Wirksamkeit**

Um den Qualitätskriterien zu genügen, muss mindestens eine publizierte, randomisiert kontrollierte Studie (RCT) vorliegen, die die Wirksamkeit der Intervention bezüglich der in der Zweckbestimmung angegebenen Indikation belegt. Die Bewertung der Wirksamkeit der Intervention im Rahmen der Studie muss im Vergleich zu einer unbehandel-

ten Kontrollgruppe oder einer gleichwertigen etablierten Behandlung (z. B. „treatment as usual“) erfolgen. Weitere Anforderungen hinsichtlich der Studie bestehen in

- A. dem Vorliegen einer Intention-to-treat- sowie Completer-Analyse,
- B. einem im Voraus festgelegten Hauptergebnismaß und
- C. der Anmeldung der Studie in einem Studienregister.

**Transparenz**

Transparenz bedeutet, dass die Informationen im Zusammenhang mit einer Intervention allgemein zugänglich sind, sich interessierte Personen also schon vor der Anmeldung kostenfrei über die Intervention informieren können. Neben den oben genannten Kriterien wie Datenschutz, Wirksamkeit und therapeutische Anforderungen müssen auch die genauen Kosten der Intervention und

die Finanzierung der Kosten (etwa durch Krankenkassen) dargelegt werden.

**Weitere Kriterien**

Daneben gibt es weitere Kriterien, die im Rahmen des Prüfprozesses erfasst und transparent beschrieben werden sollen (Tab. 2). Diese betreffen unter anderem die systematische Erfassung von Nebenwirkungen sowie Angaben über bestehende Befunde zu Nutzungsverhalten oder Nutzerzufriedenheit.

**Anwendungsbereich der Qualitätskriterien**

Die vorgelegten Qualitätskriterien wurden vor allem für die Überprüfung von begleiteten und unbegleiteten Selbstmanagementinterventionen entwickelt – unabhängig davon, wo diese genutzt werden: auf einem Desktop-Computer oder einem mobilen Endgerät, über einen Browser oder als App [21, 22]. Die

**Tab. 2: Auswahl weiterer Kriterien (lediglich deskriptive Erfassung)**

<b>Datenschutz</b>	Anonymität bei Anmeldung
	Anforderungen für Löschung der Nutzerdaten (Löschfristen, Löschvorgänge)
	Darlegung des Ortes der Datenaufbewahrung (etwa Endgerät, Server etc.)
	regelmäßige Durchführung von Sicherheitsupdates
	Anforderungen des IT-Systems des Anwenders bei Kommunikation mit einer behandelnden Person
	transparente Darlegung im Falle der Verwendung von Sensoren und Erfassungsgeräten
<b>Wirksamkeit</b>	Erfassung und Bericht negativer Wirkungen der Intervention in Wirksamkeitsstudien
	Vorliegen und Bericht über gesundheitsökonomische Analysen
<b>Transparenz</b>	Vorliegen separater Beschreibungen für Anwender und behandelnde Personen
	Information über Versionsnummer und -datum
	Möglichkeit eines Testzugangs
<b>Nutzerfreundlichkeit</b>	Informationen über Abbruchraten und -gründe
	einfache Zugänglichkeit, einfach installierbar
	intuitive Benutzerführung
	Stabilität der Anwendung
	barrierearmer Zugang
	Verfügbarkeit weiterer Sprachen
	Messung der Nutzerzufriedenheit
<b>Integration in die Versorgung</b>	Nutzungsverhalten des Betroffenen ist beobachtbar für behandelnde Person (etwa Häufigkeit, Dauer der Nutzung, Symptomverlauf), Behandlungserfolg kontrollierbar
	Möglichkeit der Kommunikation zwischen behandelnden Person und Betroffenen über verschlüsseltes System

Autoren planen darüber hinaus, die Kriterien weiterzuentwickeln für Angebote, die überwiegend von der behandelnden Person gestaltet werden (etwa Schreib- oder Videotherapien). Nicht geeignet sind diese Qualitätskriterien für Lifestyle-Interventionen, die ausschließlich auf eine Verbesserung der Lebensqualität abzielen, ohne eine Reduktion der Belastung durch psychische Symptome anzustreben.

### Diskussion

Die Qualitätskriterien stellen eine wichtige Orientierungshilfe dar, sowohl für Betroffene als auch für Behandler. Zudem können sie Ausgangspunkt für einen Prüfprozess sein, der unabhängig von kommerziellen Interessen beispielsweise durch wissenschaftliche Fachgesellschaften oder durch Organe der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen durchgeführt werden könnte. Wesentliche Kriterien dieses Prüfprozesses sollten die oben erwähnten Aspekte des Datenschutzes und der Datensicherheit, eine nachgewiesene Wirksamkeit der Intervention, die Sicherstellung der therapeutischen Qualität sowie eine transparente Darstellung wesentlicher Informationen (etwa zur Indikation, Art der Intervention, Kosten) umfassen.

Während des Konsensprozesses schien immer wieder die Vereinbarkeit von zwei scheinbar entgegengesetzten Standpunkten Thema der Diskussionen zu sein: einerseits die rasche Ermöglichung von Innovationen, andererseits die Gewährleistung von Sicherheit und Wirksamkeit. Zum Beispiel wurde debattiert, inwieweit eine CE-Zertifizierung nach dem Medizinproduktegesetz (MPG) eine Voraussetzung für die Zertifizierung der Selbstmanagementinterventionen sein sollte, oder ob dieses aufwendige Verfahren sich nicht eher hemmend auf weitere Innovationen auswirken würde. Auch die Anforderungen an den Wirksamkeitsnachweis und damit einhergehend die Anzahl der notwendigen randomisiert kontrollierten Studien wurden kritisch erörtert. Entwickler und Anbieter von Selbstmanagementinterventionen verwiesen auf den bereits erbrachten Nachweis, dass die Inhalte internetbasierter Interventionen evidenzbasiert sind und auch nicht jeder

Psychotherapeut im Rahmen von randomisiert kontrollierten Studien bewertet werden würde.

Auf der anderen Seite ist die Forderung einer randomisiert kontrollierten Studie eher gering im Vergleich zu den Anforderungen der American Psychological Association, nach deren Kriterien der Evidenzbeleg für Psychotherapie erst vorliegt, wenn ein Wirksamkeitsnachweis in mindestens zwei Studien aus voneinander unabhängigen wissenschaftlichen Arbeitsgruppen erbracht wurde [24]. Demnach stellt die Forderung nach einer randomisiert kontrollierten Studie den Autoren zufolge einen Kompromiss dar.

Ein weiterer strittiger Punkt ist die Qualifizierung der Therapeuten, die begleitende Interventionen anleiten. Diese hängt wesentlich von den Inhalten, Zielen und der Zielgruppe der Intervention ab. Insbesondere im Rahmen von Präventionsangeboten ist der begleitende Einsatz von approbierten Psychotherapeuten oder Fachärzten, mit dem alleinigen Ziel der Motivation zur intensiveren Nutzung der Intervention, möglicherweise nicht unbedingt notwendig.

### Fazit für die Praxis

Die Wirksamkeit von internetbasierten Interventionen, die das Selbstmanagement von Patienten mit psychischen Störungen stärken, ist in einer Vielzahl von randomisiert kontrollierten Studien nachgewiesen worden. Dessen ungeachtet finden diese Interventionen bisher in der klinischen Routineversorgung wenig Einsatz, was daran liegen kann, dass aktuell auf dem Markt neben evidenzbasierten Interventionen auch eine Reihe nicht wissenschaftlich entwickelter und überprüfter Angebote vorliegen. Zur Identifikation sicherer und wirksamer Interventionen haben die Vertreter der beiden Fachgesellschaften DGPPN und DGPs daher Qualitätskriterien entwickelt, die Ausgangspunkt für einen Zertifizierungsprozess darstellen können. Wesentliche Kriterien, die erfüllt sein müssen, umfassen Aspekte des Datenschutzes und der Datensicherheit, eine nachgewiesene Wirksamkeit der Intervention, die Sicherstellung der therapeutischen Qualität sowie eine transparente Darstellung der ausschlaggebenden Informationen (etwa zur Indikation, Art der Intervention, Kosten).

Die vorgelegten Qualitätskriterien sollen Betroffene und Behandler dabei unterstützen, aus einer Vielzahl auf dem Markt verfügbaren Produkten, sichere und wirksame Interventionen auswählen zu können. Die Kriterien sollen ferner dazu beitragen, dass angemessene Qualitätsstandards bei der Entwicklung internetbasierter Selbstmanagementinterventionen etabliert werden, und dass qualitativ hochwertige Interventionen zur Behandlung und Prävention von psychischen Störungen auch in der klinischen Routineversorgung größere Verbreitung finden.

**Literatur als Zusatzmaterial unter:**  
[www.springermedizin.de/nt](http://www.springermedizin.de/nt)

### AUTOREN

**Dr. rer. med. Margrit Löbner**

Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health  
 Universität Leipzig  
 Philipp-Rosenthal-Straße 55, 04103 Leipzig

E-Mail: Margrit.Loebner@medizin.uni-leipzig.de

**PD Dr. med. Jan Philipp Klein**, Lübeck

**Prof. Dr. phil. Christine Knaevelsrud**, Berlin

**Prof. Dr. med. Martin Bohus**, Heidelberg, Antwerpen/Belgien

**Prof. Dr. phil. David Daniel Ebert**, Amsterdam/Niederlande, Hamburg, Berlin

**Gabriel Gerlinger**, Berlin

**Kristina Günther**, Berlin

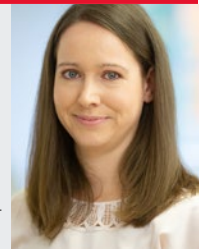
**Prof. Dr. rer. biol. hum. Corinna Jacobi**, Dresden

**Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller**, MPH, Leipzig

**Julia Sander**, Berlin

**Prof. Dr. Dr. med. Ulrich Sprick**, Düsseldorf, Neuss

**Dr. med. Iris Hauth**, Berlin



Hier steht eine Anzeige.





## Revidierte S3-Leitlinie Schizophrenie

# Update zu Diagnostik und Therapie

Die im März 2019 publizierte Revision der S3-Leitlinie Schizophrenie vermittelt den neuesten Stand zur Diagnostik sowie zur pharmakologischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Therapien und zum Nebenwirkungsmanagement. Lesen Sie hier eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten Änderungen.

MARKUS WEIH

Im März 2019 hat die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) die revidierte S3-Leitlinie Schizophrenie veröffentlicht, die unter der Projektleitung von Prof. Dr. Wolfgang Gaebel, LVR-Klinikum Düsseldorf, Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Prof. Dr. Alkomiet Hasan und Prof. Dr. Peter Falkai, beide von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum der Universität München, erstellt wurde [1]. An der Überarbeitung waren über 30 Verbände

und Organisationen beteiligt. Besondere Schwerpunkte waren die immer noch erhöhte Mortalität, die Suizidalität, die um 20 Jahre verkürzte Lebenserwartung sowie die Komorbidität bei Menschen mit einer Schizophrenie. Die überarbeitete Leitlinie beinhaltet ein Update zur Diagnostik, zur pharmakologischen, therapeutischen und psychosozialen Therapien sowie zum Nebenwirkungsmanagement. Insgesamt gibt die Leitlinie 162 Schlüsselempfehlungen. Im Folgenden möchte ich ohne Gewähr die wichtigsten Punkte und Empfehlungen schildern.

### Diagnostik/Differenzialdiagnostik

Die Leitlinie stellt den diagnostischen und differenzialdiagnostischen Algorithmus bei Erstdiagnose und Rezidiv genau dar (**Abb. 1**). Im zukünftigen ICD-11 ist absehbar, dass analog zum DSM-5, die Subtypen der Schizophrenie (Paranoia, Hebephrenie etc.) weitgehend aufgehoben und Verlaufs- beziehungsweise Symptomklassifizierungen definiert werden.

Eine vertiefte organische somatische Diagnostik, inklusive Lumbalpunktion, kommt unter anderem bei folgenden „red flags“ für eine sekundäre Störung fakultativ infrage (Konsensus, Empfehlung 4):

- früher und akuter Beginn,
- Fieber, Exsikkose, neue Fokalneurologie und/oder epileptische Anfälle,
- Bewusstseinsintrübung und fluktuierende Psychopathologie/Verlauf,
- ausgeprägte kognitive Defizite (innerhalb von drei Monaten, mit Merkfähigkeitsstörungen als führendes Symptom, die nicht mit den für die Schizophrenie bekannten Symptomen vereinbar sind),
- Verwirrtheit, optische Halluzinationen, psychomotorische Symptome (inklusive Katatonie),
- frühe Therapieresistenz und
- komorbide Entwicklungsverzögerung/-störung.

Damit spielt die Lumbalpunktion eine wesentlich größere Rolle. Neben der Routinediagnostik geht es um den Ausschluss von Autoimmunenzephalitiden, wobei es hier harte und weiche klinische Warnzeichen für eine mögliche Autoimmunenzephalitis mit psychotischer



**Für eine bessere Versorgung von Patienten mit Schizophrenie steht seit letztem Jahr eine überarbeitete Fassung der S3-Leitlinie zur Verfügung.**

© cranach / Getty Images / iStock

Symptomatik gibt. Ein auf Serumproben basierendes allgemeines Screening wird nicht empfohlen. An Medikamente, die ein sekundäres psychotisches Syndrom induzieren können (etwa L-Dopa, Steroide, Opioide) sollte gedacht werden.

Neu ist in der überarbeiteten Fassung, dass bei jeder Erstdiagnose neben den üblichen Untersuchungen (Labor, Drogenscreening etc.) eine kraniale MRT-Untersuchung angeboten werden soll (Konsensus, Empfehlung 9).

### Medikamentöse Therapie

Es wird nicht mehr streng zwischen Antipsychotika der ersten und zweiten Generation unterschieden. Das Nebenwirkungsmanagement hat Vorrang vor der Wirksamkeit. Antipsychotika sollen möglichst rasch eingesetzt, aber möglichst niedrig dosiert und so hoch wie nötig (Empfehlung 22, Grad A) in Monotherapie (Empfehlung 32, Grad A) verwendet werden.

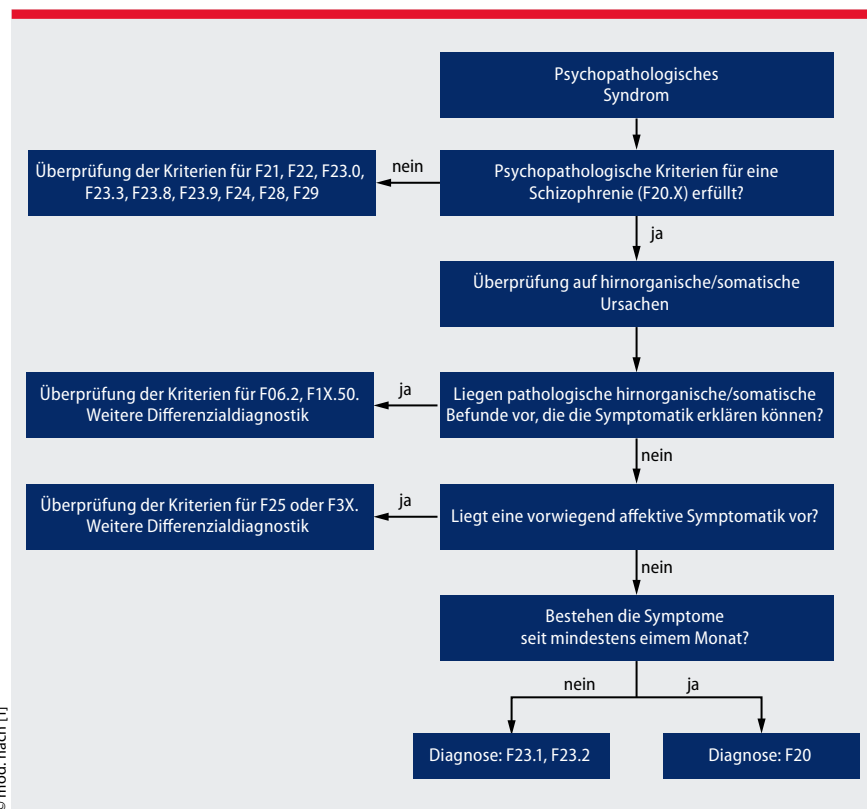
Bei Non-Response soll früh, also schon nach zwei bis vier Wochen, auf einen anderen Wirkstoff umgestellt werden. Bei komorbiden Depressionen sollte gemäß der nationalen Versorgungsleitlinie therapiert werden [2]. Die Dauer Antipsychotikatherapie ist individuell zu vereinbaren und abhängig von

- Verlauf,
- Schwere der Erkrankung,
- der sozialen Unterstützung,
- sowie weiterer Faktoren wie Doppeldiagnose, Suizidalität und Familienanamnese.

Damit sind mehrjährige Behandlungen genauso möglich wie kurze über wenige Monate. Des Weiteren werden Empfehlungen zur Rezidivprophylaxe (Empfehlung 23, Grad B) und zum Absetzen der Pharmakotherapie gegeben (Konsensusempfehlungen 24–27).

Vor Beginn einer Monotherapie mit Clozapin sollten zwei verschiedene Antipsychotika aus unterschiedlichen Klassen eingesetzt und eine Pseudotherapieresistenz ausgeschlossen werden (Konsensus, Empfehlung 42). Zur Abgrenzung einer Pseudotherapieresistenz werden folgende Fragen empfohlen:

- Ist die Diagnose korrekt?
- Gibt es Nebenwirkungen?
- Wie hoch ist der Substanzkonsum?
- Wie hoch ist der Serumspiegel?



© mod. nach [1]

**Abb. 1:** Algorithmus zur Differenzialdiagnostik der Schizophrenie nach ICD-10 (F23.1 = akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie; F23.2 = akute schizopreniforme psychotische Störung; F20 = Schizophrenie)

— Ist die Therapiedauer ausreichend? Clozapin hat die höchste Evidenz bei gesicherter Therapieresistenz (Empfehlung 43, Evidenzgrad A). Die Wirksamkeit von Clozapin soll nach sechs bis zwölf Wochen beurteilt werden.

Eine Kombinationstherapie mit zwei Antipsychotika kann symptomorientiert bei Unruhe, Schlafstörungen oder Prolaktinanstieg unter strenger Risiko-Nutzen-Evaluation erwogen werden. Eine Augmentation mit Stimmungsstabilisierern wie Carbamazepin, Lithium, Lamotrigin oder Valproat wird nicht als Regelbehandlung empfohlen (Empfehlung 47, Evidenzgrad A).

Bei persistierender psychotischer Symptomatik soll wegen der Nebenwirkungen und der Patientensicherheit ein zweites Antipsychotikum erst dann angeboten werden kann, wenn Clozapin versucht worden ist.

Negativempfehlungen gibt es für die antipsychotische Hochdosisbehandlung (Empfehlung 45, Grad B).

Sedierende Antidepressiva können nach Nutzen-Risiko-Evaluation als Kombinationstherapie angeboten werden (Empfehlung 93, Konsens). Für sedierende Antipsychotika als Kombination gibt es nur eine Grad-0-Empfehlung (Empfehlung 92). Bei Katatonie zeitlich begrenzt Lorazepam in Kombination einzusetzen, wird ebenfalls nur mit Grad 0 empfohlen (Empfehlung 94).

### Nicht invasive Stimulationsverfahren

Die Elektrokonvulsionstherapie (EKT) hat eine bessere Evidenz als die Kombinationstherapie (Empfehlung 48, Grad B).

### Psychotherapie und weitere Unterstützungen

Psychotherapie und psychosoziale Interventionen wurden deutlich gestärkt. Allen Patienten soll eine Psychoedukation und kognitive Verhaltenstherapie (KVT) angeboten werden, selbst bei Ablehnung von Antipsychotika. Große Bedeutung

wird auch der trialogischen Zusammenarbeit, Angehörigen-/Familienarbeit, dem Training sozialer Fertigkeiten, (meta-)kognitivem Training, der Kunst-, Gestaltungs- und Ergotherapie und systemischen Ansätzen beigemessen. Wichtigste Merkmale der KVT und begleitender psychosozialer Interventionen sind:

- nicht konfrontatives, unterstützendes Beziehungsangebot,
- „Normalisierung“ von Beschwerden,
- Kontinuitätsannahme und
- Orientierung an Lebenszielen.

Empfohlen wird des Weiteren Sport (vor allem bei antipsychotikainduzierter Gewichtszunahme) und Yoga.

Zusätzliche Schwerpunkte sind die medizinische, soziale und berufliche Rehabilitation, vor allem unterstützte Beschäftigung („supported employment“, „place and train“). Unterstützende schulische, akademische und betriebliche Ausbildungsangebote sollten genutzt werden, sofern vorhanden („supported education“).

Die Themen „Wohnungslosigkeit“ und „Wohnen in der Gemeinde“ wurden aufgenommen und gehören sowohl zur Rehabilitation als auch zur Versorgungskoordination.

### Besondere Therapiebedingungen

Zur Vermeidung von Zwangseinweisungen sollten Krisenpläne und Therapievereinbarungen vorhanden sein, besonders wenn folgende Komorbiditäten beziehungsweise Situationen vorliegen:

- erhöhtes Psychoserisiko,
- Ersterkrankung,

- Substanzmissbrauch/-abhängigkeit (vor allem Tabak, Alkohol, Cannabis),
- Depressionen und Suizidalität,
- Zwangsstörungen,
- posttraumatische Belastungsstörung,
- Angststörungen,
- Unruhe und Erregungszustände, Schlafstörungen,
- Notfall- und Zwangsbehandlung,
- Katatonie,
- Schwangerschaft und Stillzeit sowie
- Kindes- und Jugendalter, höheres Lebensalter.

### Drei neue Bereiche im Fokus

Die Versorgungskoordination, die Kosteneffektivität und das Qualitätsmanagement bilden einen weiteren gewichtigen Themenkomplex in der Leitlinie und stellen weitestgehend Neuerungen dar. Neben einer umfassenden Beschreibung der verschiedenen Akteure und Schnittstellen werden Themen wie Dialog, Peer-to-Peer-Support, Früherkennungszentren, facharztzentrierte Behandlung und Qualitätsindikatoren besprochen. Eine weitere Besonderheit ist, dass Vorschläge zur Personalbemessung und Zeit für eine optimale leitliniengerechte Behandlung der Schizophrenie erarbeitet und konsentiert wurden.

Die Behandlung erfolgt multiprofessionell mit pharmakologischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Therapien.

### Fazit für die Praxis

Die neuen Empfehlungen und Hintergrundtexte der revidierten S3-Leitlinie Schizo-

phrenie können auf der Homepage der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) nachgelesen werden. Die mit enormen Engagement und Aufwand erstellte Leitlinie ist auf dem höchsten Niveau und gibt den gegenwärtigen Stand der Wissenschaft und der Evidenz zur Behandlung von Menschen mit Schizophrenie in Klinik und Praxis wieder.

### Literatur

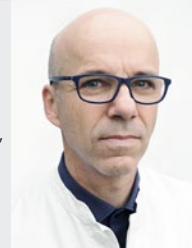
1. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) (Hrsg). S3-Leitlinie Schizophrenie. Kurzfassung. 2019. Version 1. AWMF-Register-Nr.: 038-009. [www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-009.html](http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-009.html) (Zugriff am 6.2.2020)
2. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. Kurzfassung. 2. Auflage, 2017. Version 1. AWMF-Register-Nr.: nvl-005. [www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/nvl-005k\\_Unipolare\\_Depression-2018-02.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-005k_Unipolare_Depression-2018-02.pdf) (Zugriff am 6.2.2020)

### AUTOR

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

Vorsitzender der Fortbildungsakademie, Vorstand Förderverein Medic-Center Schweinauer Hauptstraße 43, 90441 Nürnberg

E-Mail: [markus.weih@gmx.de](mailto:markus.weih@gmx.de)



## Kleinanzeigen aus der Praxis

### Praxisbörse

**Große Nervenarztpraxis im Raum Bodensee** mit neurologischem Schwerpunkt **sucht FA** für Neurologie oder Psychiatrie in Teilzeit ab dem 1.7.2020. Flexible Arbeitszeiten, gute Bezahlung.  
**Kontakt:** [docrauber@t-online.de](mailto:docrauber@t-online.de) | 0170 4466905 | [www.docrauber.de](http://www.docrauber.de)

### Kaufen – Verkaufen – Verschenken

Verkaufe **neuwertigen Untersuchungsstuhl**, Typ SITA (blauer Bezug, Preis VB) und analoges EEG-

Gerät von Nikon Kohden, inklusive EEG-Stativ und Zubehör. **Kontakt:** [praxis.dr.bartsch@t-online.de](mailto:praxis.dr.bartsch@t-online.de)

**Neurophysiologischer Meßplatz** Medelec Synergy T2 EP, 2-Kanal EMG/EP 8 (12/2004) mit Gerätwagen nach erfolgter Prüfung nach MedGV gegen Gebot günstig abzugeben. **Kontakt:** [ehret-martin@t-online.de](mailto:ehret-martin@t-online.de) | per Fax 0211-704052.

*Geschäftsstelle und Redaktion übernehmen keine Haftung für die Richtigkeit der in den Anzeigen gemachten Angaben.*

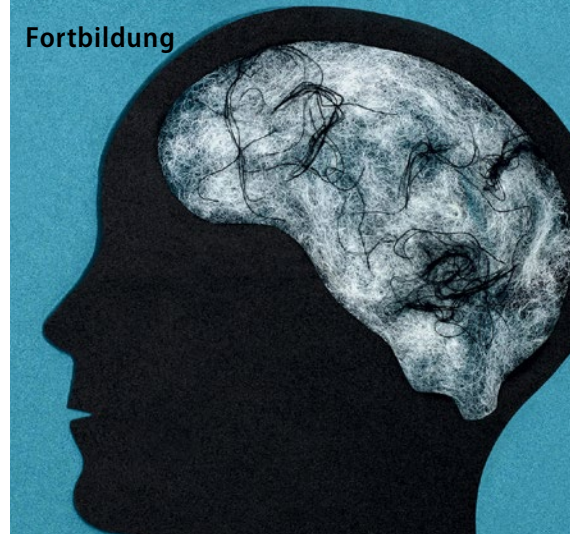
### Exklusiv für Mitglieder: kostenlos inserieren!

Mitglieder von BVDN, BDN und BVDP können ihre Such-, An- oder Verkaufsanzeige kostenlos im NeuroTransmitter inserieren.

**Und so geht's:** Senden Sie Ihre Anzeige (maximal 300 Zeichen mit Leerzeichen) bitte ausschließlich per E-Mail (Fax/telefonische Anzeigenaufgabe und Chiffre nicht möglich) an die Geschäftsstelle in Krefeld: [bvnd.bund@t-online.de](mailto:bvnd.bund@t-online.de)

**Einsendeschluss: 30. März 2020**





## Neurologische Kasuistik

# Augenbewegungsstörung bei Kopfschmerzpatientin

Die Erstvorstellung der damals 23-jährigen Patientin erfolgte im Dezember 2017. Sie beklagte schon länger bestehende Kopfschmerzen, eher holozephal drückend. In der letzten Zeit hatten die Kopfschmerzen mit einer häufigeren Frequenz deutlich zugenommen, zuletzt fast täglich. Oft traten sie im Laufe des Tages auf, teilweise auch schon morgens. Die Patientin gab an, manchmal das Gefühl zu haben, unscharf zu sehen, wenn der Schmerz stärker war. Ein Augenbewegungsschmerz lag nicht vor. Außer oraler Kontrazeption nahm die Patientin keine Medikamente ein und hatte keine Vorerkrankungen.

Aufgrund der Symptomatik machte die Patientin sich Sorgen, dass sich etwas Schlimmes dahinter verbergen könne. Daher hatte sie den Wunsch nach Klarheit und drang auf weiterführende Untersuchungen.

### Neurologischer Befund

Der neurologische Befund war unauffällig: eine gesund wirkende Frau mit regelrechter Koordination, sicheren Gangproben, seitengleichen Muskeleigenreflexen und normaler Hirnnervenfunktion. Es lag kein Meningismus, kein Druckschmerz über den Nervenaustrittspunkten, keine Schmerzverstärkung beim Bücken vor.

Die Zusatzuntersuchungen zeigten eine regelrechte Alpha-Elektrozephalografie (EEG) mit einer Grundtätigkeit um 10/Sekunden. Die Untersuchung visuell evozierter Potenziale (VEP) zeigte einen regelrechten Potenzialverlauf mit einer P2-Latenz von 110 Millisekunden beidseits.

### Frage 1

Was soll diagnostiziert werden? Aufgrund der Symptomatik und Untersuchungsbefunde entscheiden Sie:

- Es handelt sich um einen Spannungskopfschmerz, weitere Untersuchungen sind nicht nötig. Eine prophylaktische Medikation mit Amitriptylin wird begonnen.
- Es handelt sich aufgrund der Risikokonstellation unklarer Kopfschmerz mit chronischem Auftreten bei hormoneller Antikonzepktion um eine Sinusvenenthrombose. Eine Antikoagulation wird begonnen.
- Die beidseits verzögerten VEP sprechen für eine Multiple Sklerose (MS). Eine prophylaktische Gabe von Copaxone wird empfohlen.
- Ohne neurologische Symptomatik besteht keine Annahme einer ernstesten Erkrankung, daher wird eine Psychotherapie bei offensichtlicher Angststörung empfohlen.
- Eine Magnetresonanztomografie (MRT) des Kopfes wird veranlasst, anschließend den Ergebnissen entsprechend weiterverfahren.

**Zu Antwort a:** In der Tat sprechen die Anamnese und der unauffällige Befund der Untersuchungen für einen Spannungskopfschmerz. In der letzten Leitlinie zum Spannungskopfschmerz [1] werden neben der körperlichen Untersuchung der Ausschluss einer Riesenzellarteriitis oder bei Verdacht auf idiopathische intrakranielle Hypertension oder chronische Entzündung die Lumbalpunktion empfohlen. Bei Verdacht auf Schlafapnoe oder Bruxismus erfolgen weiterführende Untersuchungen. Zur Therapie wird antiphlogistische Schmerzmedikation nur bei Attacken (zur Vermeidung eines Übergebrauch-Kopfschmerzes maximal an zehn Tagen im Monat) empfohlen. Zur Prophylaxe bei chronischem Spannungskopfschmerz werden nach Aufklärung über das Krankheitsbild Sport, Entspannungsübungen, Pfefferminzöl äußerlich ange-

### Testen Sie Ihr Wissen!

In dieser Rubrik stellen wir Ihnen abwechselnd einen bemerkenswerten Fall aus dem psychiatrischen oder dem neurologischen Fachgebiet vor. Hätten Sie die gleiche Diagnose gestellt, dieselbe Therapie angesetzt und einen ähnlichen Verlauf erwartet? Oder hätten Sie ganz anders entschieden? Mithilfe der Fragen und Antworten am Ende jeder Kasuistik vertiefen Sie Ihr Wissen.

#### Die Kasuistiken der letzten Ausgaben

NT 1/2020

Schreien und Schlagen im Schlaf

NT 12/2019

Kopfschmerzen beim Rübenaufladen

NT 11/2019

Antidepressiva: Sexuelle Funktionsstörungen und Absetzsymptome

NT 10/2019

Rezidivierende lumboschialgiforme Symptomatik

NT 9/2019

Antipsychotika-induziertes Pisa-Syndrom

NT 7-8/2019

Progrediente Ophthalmoplegie

NT 5/2019

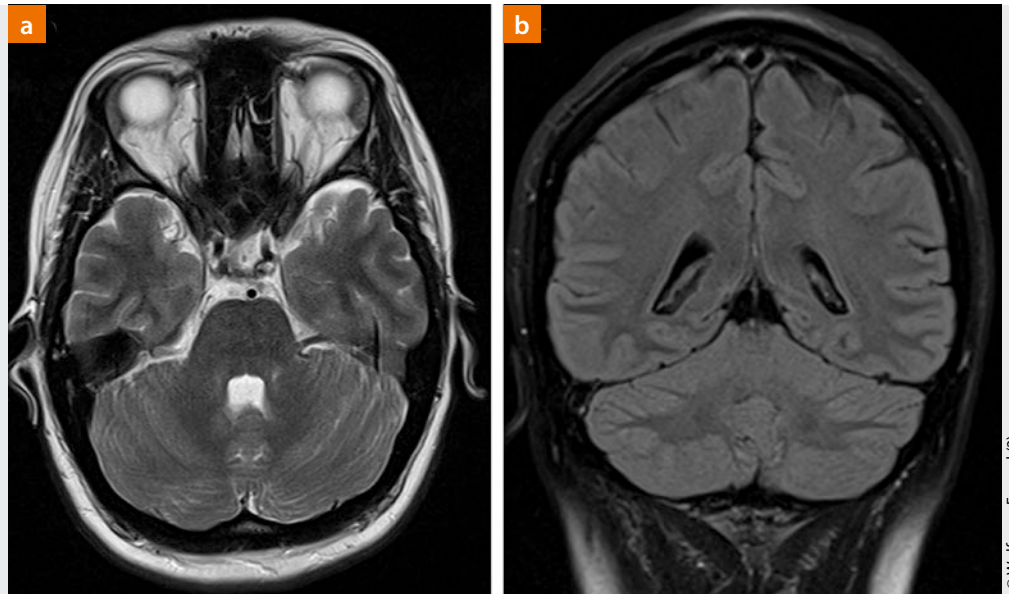
Ein Fall mit ulnar betonter Brachialgie

#### Das Online-Archiv unter

<https://www.springermedizin.de/link/16383722>



**Abb. 1:** Magnetresonanztomografie des Schädels der Patientin vom Dezember 2017; **a:** transversal T2-gewichtete Sequenz; **b:** koronar FLAIR(Fluid attenuated inversion recovery)-gewichtete Sequenz



© Wolfgang Freund (2)

raten. Nach Versagen dieser Basismaßnahmen kommt als erste Wahl Amitriptylin infrage, bei älteren Personen wegen der kognitiven negativen Auswirkungen mit Vorsicht. Die Stoffempfehlungen zweiter Wahl sind off label und deshalb im Einzelfall zu beantragen.

**Zu Antwort b:** An eine Sinusvenenthrombose muss gedacht werden bei Zeichen des erhöhten Hirndrucks, fokaler Neurologie oder Nackensteifigkeit. Spezifische Symptome gibt es leider keine, bei Verdacht muss eine bildgebende Untersuchung erfolgen, bei der jungen Patientin sinnvollerweise mittels MRT mit venöser Angiografie. In unserem Fall

gibt es bis auf den unklaren Kopfschmerz aber keine Hinweise.

**Zu Antwort c:** Die VEP zeigen unauffällige Werte und damit keinen Hinweis für eine Optikusneuritis. Ein Bulbusbewegungsschmerz wäre ein Hinweis auf eine Retrobulbärneuritis, liegt aber nicht vor. Daher deutet nichts auf eine MS.

**Zu Antwort d:** Es besteht tatsächlich kein Hinweis auf eine ernste Grunderkrankung. Eine gewisse Besorgnis ist aber häufig bei Patienten mit sich verstärkenden Kopfschmerzen, und es gibt keinen weiteren Anhalt für eine Angststörung, sodass derzeit in dieser Richtung nichts unternommen werden muss.

**Zu Antwort e:** In der Leitlinie zur Diagnostik bei Kopfschmerzen wird formuliert: „Während bei schon langjährig bestehenden, konstanten und nach den Kriterien der International Headache Society (IHS) gut einzuordnenden primären Kopfschmerzen eine kraniale Bildgebung in der Regel nicht erforderlich ist, sollte sie erfolgen bei:

- Erstmanifestation einer Kopfschmerz-erkrankung mit untypischem Charakter,
- atypischem klinischem Verlauf,
- zunehmender Schmerzintensität oder sich änderndem Schmerzcharakter bei bekanntem Kopfschmerzsyndrom,
- zusätzlichem Auftreten neurologischer Symptome/Ausfälle,
- Angst des Patienten vor schwerwiegenden zugrunde liegenden Erkrankungen wie Tumoren et cetera“ [2].

Diese Aufzählung ist hilfreich als Begründung für die Diagnostik, kann aber wenig zur Begrenzung der Diagnostik bei ängstlichen Patienten beitragen.

### Unauffällige erste MRT-Untersuchung

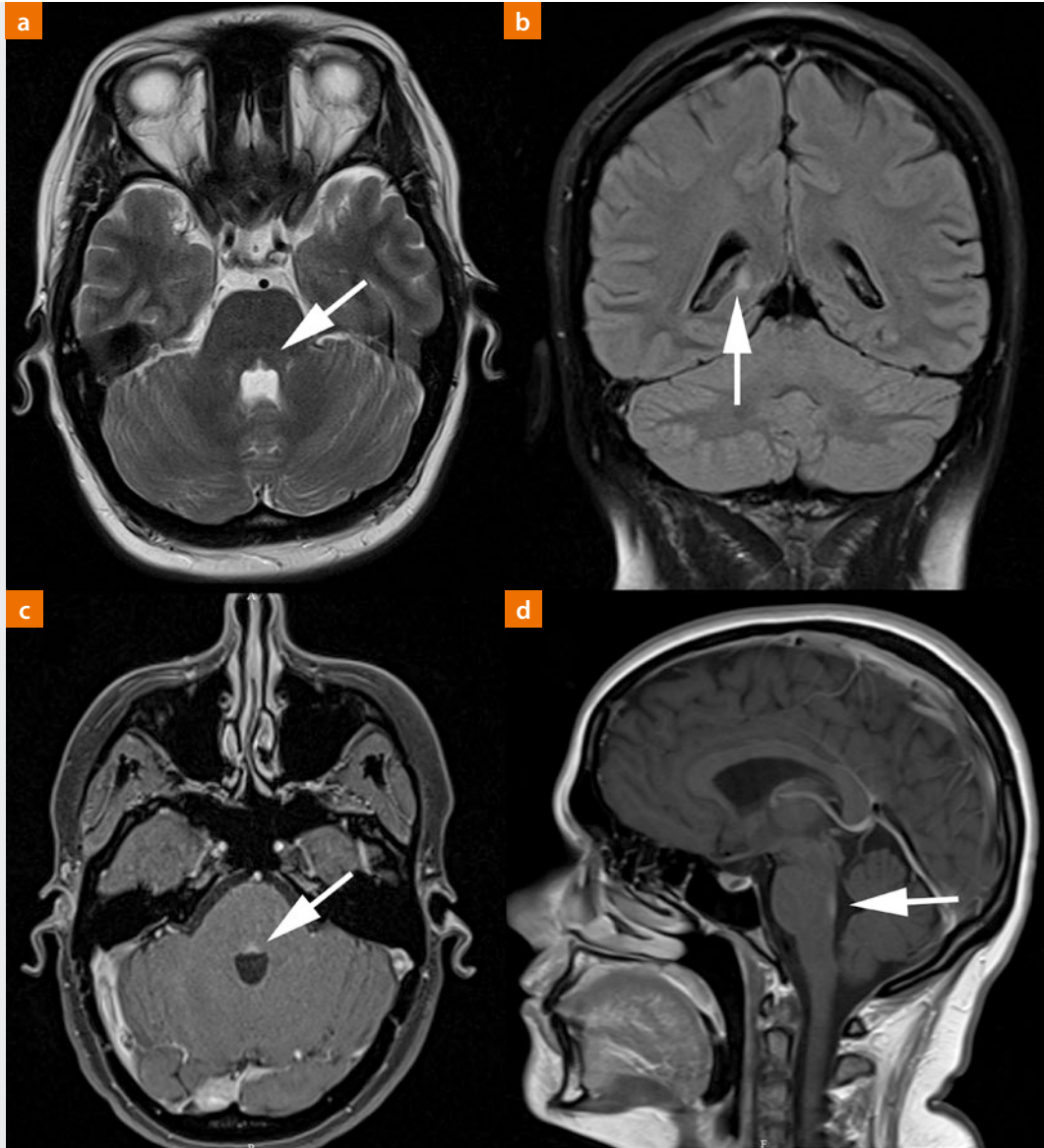
Aufgrund der obigen Punkte „zunehmende Intensität“ und „Angst des Patienten“ erfolgte eine MRT-Aufnahme des Schädels (**Abb. 1a–b**). Der Befund war unauffällig ohne Hinweise für Sinusvenenthrombose oder Sinusitis oder idiopathische intrakranielle Hypertension.



**Abb. 2a:** Vorherige Aufforderung an die Patientin, nach links zu blicken; **b:** vorherige Aufforderung, nach rechts zu blicken; das jeweils gegenüberliegende Auge blieb in der Mittellinie stehen.

© Wolfgang Freund (2)

**Abb. 3:** Magnetresonanztomografie des Schädels der Patientin mit Kontrastmittel (KM) im Januar 2019; **a:** T2-Gewichtung transversal, der Pfeil zeigt auf eine diskrete Signalanhebung in der Mittellinie, wo das hintere Längsbündel verläuft; klar pathologisch im Vergleich mit der Voraufnahme (Abb. 1a); **b:** FLAIR (Fluid attenuated inversion recovery) koronar, neue asymptotische periventriculäre Läsion im Vergleich zur Voraufnahme (Abb. 1b), die in der nicht dargestellten T1-Gewichtung eine leichte KM-Aufnahme zeigt; **c:** Dünnschichtung T1 fettgesättigt (VIBE) nach KM-Gabe und **d:** T1-gewichtet sagittal nach KM zeigen eine flauere KM-Aufnahme genau im Verlauf des hinteren Längsbündels, passend zu einer INO



© Wolfgang Freund (4)

Nach Aufklärung über die Benignität des Spannungskopfschmerzes und unter konservativer Therapie war die Patientin vorerst beruhigt und zufrieden.

### Ein Jahr später: Sehstörungen

Im Januar 2019 stellte sich die Patientin erneut vor und berichtet von neuen, relativ akut seit einer Woche auftretenden Sehstörungen. Sie bezeichnete die Störung als „Augenproblem“, bei dem das innere Auge stehen bleibe. Dadurch komme es zu Doppelbildern bei Seitblick. Kopfschmerz lag bei dieser neuen Symptomatik nicht vor, mögliche Auslöser waren nicht eruierbar. Die Sympto-

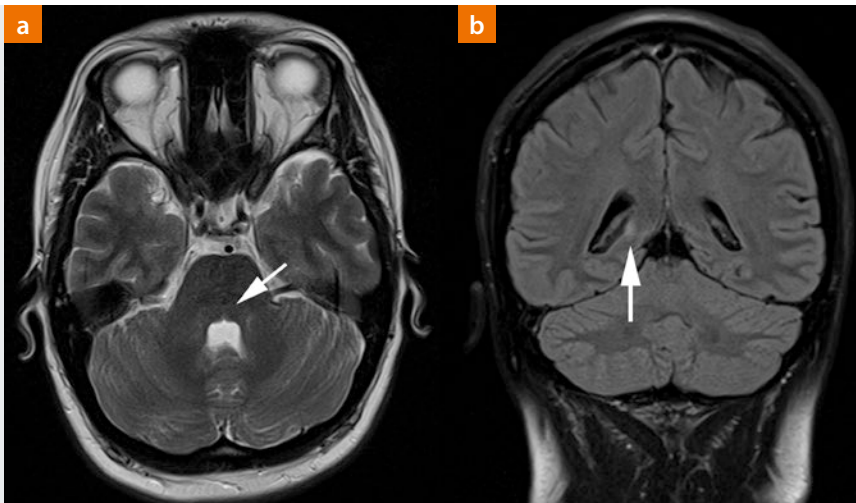
matik ändert sich nicht im Tagesverlauf oder durch Ausruhen.

Der neurologische Befund war nur in der beschriebenen Qualität eingeschränkt: Das jeweils der Blickrichtung entgegengesetzte Auge blieb in der Mittellinie stehen (Abb. 2). Der okulocephale Reflex war dementsprechend eingeschränkt, die Konvergenz jedoch unauffällig. Die übrigen Hirnnervenfunktionen waren regelrecht, ebenso der übrige neurologische Status.

### Frage 2

Wie ist die Symptomatik zu interpretieren, und was ist zu tun?

- Die Patientin lächelt bei der Untersuchung. Dies ist ein klassisches Zeichen einer „belle indifference“ bei Konversionsstörung, daher hilft Ablenkung.
- Eine Myasthenia gravis ist hochwahrscheinlich, daher erfolgt eine Antikörperbestimmung.
- Es handelt sich um eine internukleäre Ophthalmoplegie (INO). Aufgrund der zahlreichen Differenzialdiagnosen wird die Patientin klinisch eingewiesen.
- Aufgrund der Augenbewegungsstörung wird an eine pontine Läsion gedacht und eine MRT mit Kontrastmittel unter Hinweis auf die Symptomatik veranlasst.



**Abb. 4:** Magnetresonanztomografie des Schädels der Patientin vom August 2019; **a:** T2-Gewichtung transversal, der Pfeil zeigt auf die im Januar noch deutlich ödematöse Läsion im medialen longitudinalen Faszikel (MLF), die hier nicht mehr abgrenzbar ist; **b:** koronar FLAIR (Fluid attenuated inversion recovery)-gewichtete Sequenz, die Läsion am Hinterhorn des Seitenventrikels unverändert. Es zeigt sich keine sichere neue Läsion.

e. Bei dieser Form des Schielens hilft das wechselseitige Abkleben der Brillengläser.

**Zu Antwort a:** Tatsächlich kann eine „belle indifference“ mit scheinbar gleichgültiger Präsentation von Symptomen ein wertvoller Hinweis sein. In diesem Fall aber wird die Symptomatik klar als störend geschildert und eine psychogene Entstehung dieser deutlich neurologischen Hirnstammsymptomatik erscheint unmöglich.

**Zu Antwort b:** Eine Myasthenia gravis könnte vorliegen, aber die fehlende zirkadiane Änderung und der fehlende Effekt einer Pause sprechen dagegen. Außerdem würde man bei einer okulären Myasthenie auch keine so isolierte Symptomatik in nur einer Funktion erwarten. Zielführend wäre eine repetitive (3/ Sekunde) Stimulation des Nervus facialis mit Ableitung vom Muskel orbicularis oculi bei entsprechendem Verdacht. In den modernen Neurografiegeräten ist Reizung und Auswertung automatisiert, sodass der Aufwand der Messung nicht größer als die motorische Nervenleitgeschwindigkeit (NLG) ist, Abrechnung dann auch als motorische NLG. Die Antikörperbestimmung auf Acetylcholinrezeptor-Autoantikörper war in diesem Fall nicht mehr nötig, weil die Diagnose anders geklärt wurde.

**Zu Antwort c:** Die Symptomatik entspricht einer internukleären Ophthalmoplegie (INO). Hierbei kommt es zu einer Störung der konjugierten Augenbewegung durch eine Läsion in Faszikulus longitudinalis medialis, die jene Bewegungen koordiniert, die sowohl vom Nervus abduzens (Kerngebiet Brückenfuß) als auch über den Nervus oculomotorius (Kerngebiet deutlich höher mesenzephal gelegen) auf die Augenmuskeln übertragen werden. In einem guten Artikel zu Augenbewegungsstörungen schreibt A. Strupp: „Bezüglich der Ätiologie gilt die einfache Regel: INO bei einem Patienten unter 60 Jahre spricht für eine MS, darüber für eine vaskuläre Läsion“ [3].

**Zu Antwort d:** Wie in der Antwort c) bereits beschrieben, ist eine Läsion des mittleren Längsbündels zu vermuten. Aufgrund des Alters denkt man eher an eine entzündliche Ursache, sodass Kontrastmittelgabe vertretbar und nötig ist.

**Zu Antwort e:** Es handelt sich keineswegs um ein Schielen (fixierte Achsdif-

ferenz), sondern um ein dynamisches Problem, das durch die fehlende Kommunikation der für die Bewegung der Augenmuskeln zuständigen Hirnnerven entsteht.

### Ergebnisse der zweiten MRT-Untersuchung

Die MRT-Aufnahme des Schädels mit Kontrastmittel im Januar 2019 zeigte dort, wo das hintere Längsbündel verläuft, eine diskrete Signalanhebung in der Mittellinie (**Abb. 3a**), was vor allem im Vergleich mit der Voraufnahme (**Abb. 1a**) klar als pathologisch zu bewerten war. In der FLAIR koronar (**Abb. 3b**) zeigte sich beim Vergleich mit der Voruntersuchung eine neue, asymptomatische, periventriculäre Läsion, die in der T1-Gewichtung (nicht dargestellt) eine leichte Kontrastmittelaufnahme erkennen lies. Die Dünnschichtung T1-fettgesättigt (VIBE) und T1-gewichtet sagittal nach Kontrastmittelgabe zeigen eine flau Kontrastmittelaufnahme genau im Verlauf des hinteren Längsbündels, passend zu einer INO (**Abb. 3c-d**).

### Frage 3

Was ist nach Vorliegen des MRT-Befundes der nächste Schritt?

- Ruhe bewahren, ein Tumor ist nicht wahrscheinlich.
- Die Diagnose einer MS ist gesichert, daher wird die Prophylaxe mit Interferon begonnen.
- Eine Lumbalpunktion bringt differenzialdiagnostische Sicherheit.
- Eine Kortisonstoßtherapie wird die Symptome bessern.
- Aufgrund der liquornahen Läsionen erscheint die intrathekale Gabe von Rituximab vielversprechend.

**Zu Antwort a:** Tatsächlich ist ein Tumor zunächst nicht wahrscheinlich, kann aber aufgrund der Bildgebung auch nicht ausgeschlossen werden. Eine Lumbalpunktion oder eine Kontrollbildgebung im Intervall bringen hier mehr Sicherheit.

**Zu Antwort b:** Für die Diagnose einer MS gab es früher Leitlinienempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN). Derzeit ist ab 25. November 2019 die veraltete Leitlinie gelöscht

und die neue für 2020 versprochen. Einstweilig mag die europäische Leitlinie weiterhelfen, die jedoch nur für therapeutische Spezialfragen taugt [4]. Zur Diagnosesicherung wird daher auf die revidierten McDonald-Kriterien von 2017 zurückgegriffen [5]. Hier wird der Ausschluss von Differenzialdiagnosen und Nachweis der räumlichen und zeitlichen Dissemination verlangt. In unserem Fall liegen zwei Läsionen (periventrikulär und infratentoriell) vor, sodass das Kriterium der räumlichen Dissemination erfüllt ist. Die zeitliche Dissemination ist allerdings bei lediglich einem Schub und fehlendem Nachweis von aktiven neben alten Läsionen nicht dargestellt. Hier könnte nach den Kriterien von 2017 die Lumbalpunktion mit Nachweis typischer Veränderungen als Kriterium für zeitliche Dissemination gezählt werden. Nur bei Diagnose einer MS ist eine prophylaktische Therapie sinnvoll.

**Zu Antwort c:** Tatsächlich kann in einer diagnostisch unklaren Lage die Lumbalpunktion weiterhelfen. Sie wird im US-amerikanischen Raum weniger durchgeführt (möglicherweise aus Haftpflichtsorgen), aber von der deutschen Neurologie eher empfohlen und erfolgte in diesem Fall als nächster Schritt [6].

**Zu Antwort d:** Die Kortisonstoßtherapie kann tatsächlich bei entzündlichen ZNS-Erkrankungen die Symptome rasch bessern, jedoch würde sie im Fall einer bakteriellen Infektion diese verschlimmern und die Ergebnisse einer Lumbalpunktion verschleiern. Daher wurde in diesem Fall zuerst eine Lumbalpunktion durchgeführt.

**Zu Antwort e:** Tatsächlich gibt es Studien, die eine kombinierte intravenöse und intrathekale Gabe von Rituximab bei progredienter MS untersuchen, allerdings ist der hier geschilderte Fall sicher nicht dafür geeignet.

### Ergebnisse der Lumbalpunktion

Als Nächstes erfolgte die Liquoruntersuchung. Die Lumbalpunktion war problemlos mit klarem Liquor und 20/3 Zellen. Im Reiber-Diagramm gab es noch den normalen Liquorserumquotient für Albumin und IgG, keine Schrankenstö-

rung, keine oligoklonalen Banden, kein Hinweis auf Lupus Antikoagulanz. Beta-2-Glykoprotein und Aquaporin waren negativ. Auch die Borrelia-Serologie war unauffällig.

### Diagnose

Nach den Ergebnissen der Lumbalpunktion wurde mit der Patientin besprochen, dass zwar eine einmalige Symptomatik vorliege, die relativ typisch für chronisch-entzündliche ZNS-Erkrankungen sei, jedoch weder bildgebend noch in der Lumbalpunktion Hinweise für eine Chronifizierung des Problems zeige. Daher werde zunächst von einer einmaligen entzündlichen Affektion (klinisch isoliertes Syndrom, CIS) ausgegangen und keine weitergehende Diagnose wie etwa MS vergeben. Wir vereinbarten eine Wiedervorstellung bei Auftreten neuer Probleme mit der Patientin sowie eine Routinekontrolle mit MRT-Aufnahme des Schädels nach sechs Monaten.

Im Januar 2019 lautete die Diagnose auf abgeheilte INO. Im Hinblick auf eine eventuell vorliegende, entzündliche ZNS-Erkrankung sollte die Patientin weiter beobachtet werden.

Im August 2019 erfolgte dann die Kontrollvorstellung der Patientin: Es ging ihr gut, aber bei Kopfschmerzen oder ähnlichen Dingen hatte sie immer wieder Sorgen, es könnte erneut eine Sehstörung auftreten. Die neurologische Untersuchung zeigte einen komplett unauffälligen Hirnnervenstatus, auch subjektiv beim Lesen oder bei Seitblick bestanden keine Doppelbilder mehr. Die VEP war weiterhin unauffällig mit seitengleicher P2-Latenz von 95 Millisekunden, gut ausgeprägt.

### Dritte MRT-Aufnahme zur Kontrolle

Die Kontrollbildgebung mittels MRT (ohne Schubverdacht, daher ohne Kontrastmittel), die mit der gleichen Schichtführung der vorherigen zwei MRT-Aufnahmen durchgeführt wurde, erbrachte die repräsentativen Bilder (**Abb. 4**). Die im Januar noch deutlich ödematöse Läsion im medialen longitudinalen Faszikel (MLF) war nicht mehr abgrenzbar, die Läsion am Hinterhorn des Seitenventrikels unverändert. Sichere neue Läsionen waren nicht vorhanden.

Bei bisher weiterhin symptomfreiem Zustand bleibt es also bei der Diagnose eines CIS und bei abwartender Haltung. Eine Wiedervorstellung soll bei Symptomen sofort erfolgen, eine klinische Kontrolle in einem halben Jahr, die nächste MRT-Kontrolle in einem Jahr.

### Literatur

1. Straube A. Therapie des episodischen und chronischen Kopfschmerzes vom Spannungstyp und anderer chronischer täglicher Kopfschmerzen. S1-Leitlinien der DGN. 2015; AWMF-Registernummer: 030/077; www.dgn.org/leitlinien/3019-II-56-II-therapie-des-episodischen-und-chronischen-kopfschmerzes-vom-spannungstyp (Zugriff 6.2.2020)
2. May A. Diagnostik und apparative Zusatzuntersuchungen bei Kopfschmerzen. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. S1-Leitlinie der DGN. 2012; AWMF-Registernummer: 030/110; www.dgn.org/images/red\_leitlinien/030-110I\_S1\_Diagnostik\_Zusatzuntersuchungen\_bei\_Kopfschmerzen\_2012\_verlaengert.pdf (Zugriff 6.2.2020)
3. Strupp M et al. Central oculomotor disturbances and nystagmus: a window into the brainstem and cerebellum. Dtsch Arztebl Int 2011;108:197–204
4. Montalban X et al.ECTRIMS/EAN guideline on the pharmacological treatment of people with multiple sclerosis“ Eur J Neurol 2018;25:215–37
5. Thompson AJ et al. Diagnosis of multiple sclerosis: 2017 revisions of the McDonald criteria. Lancet Neurol 2018;17:162–73
6. Stangel M et al. The utility of cerebrospinal fluid analysis in patients with multiple sclerosis. Nat Rev Neurol 2013;9:267–76

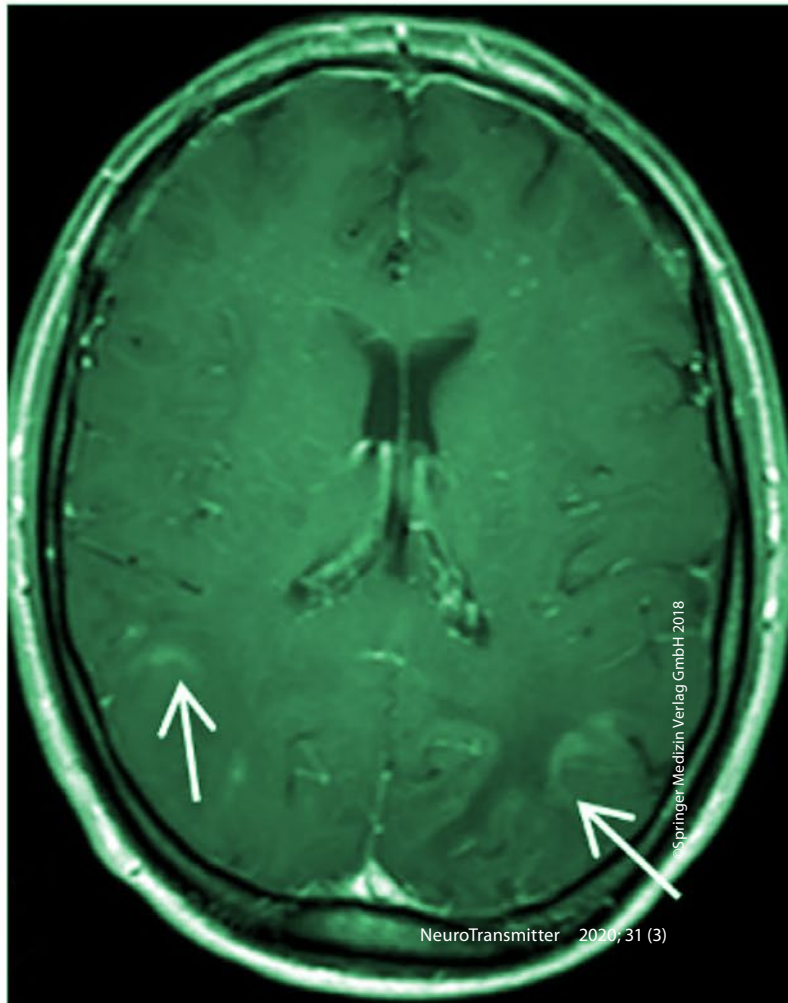
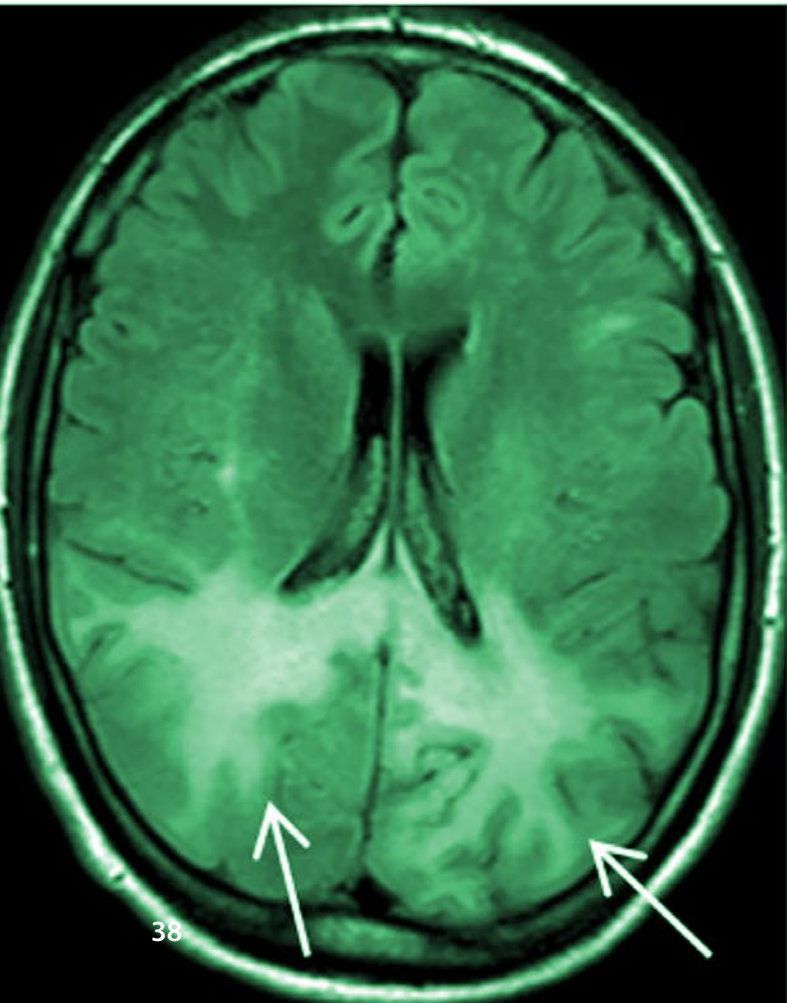
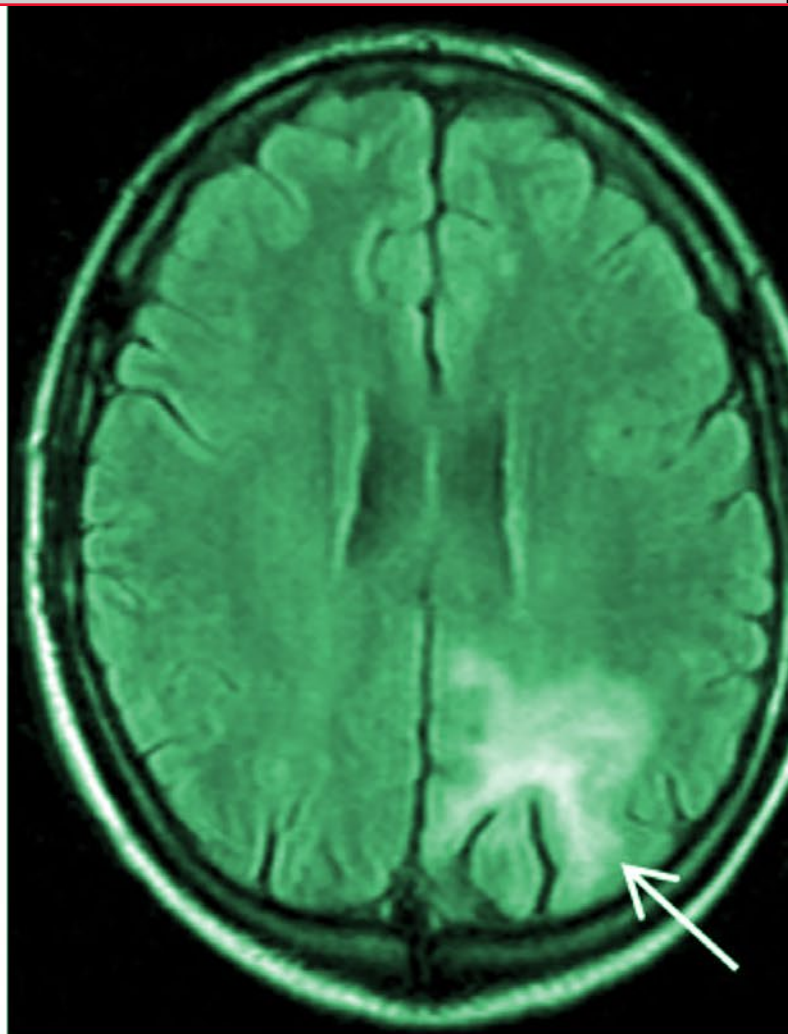
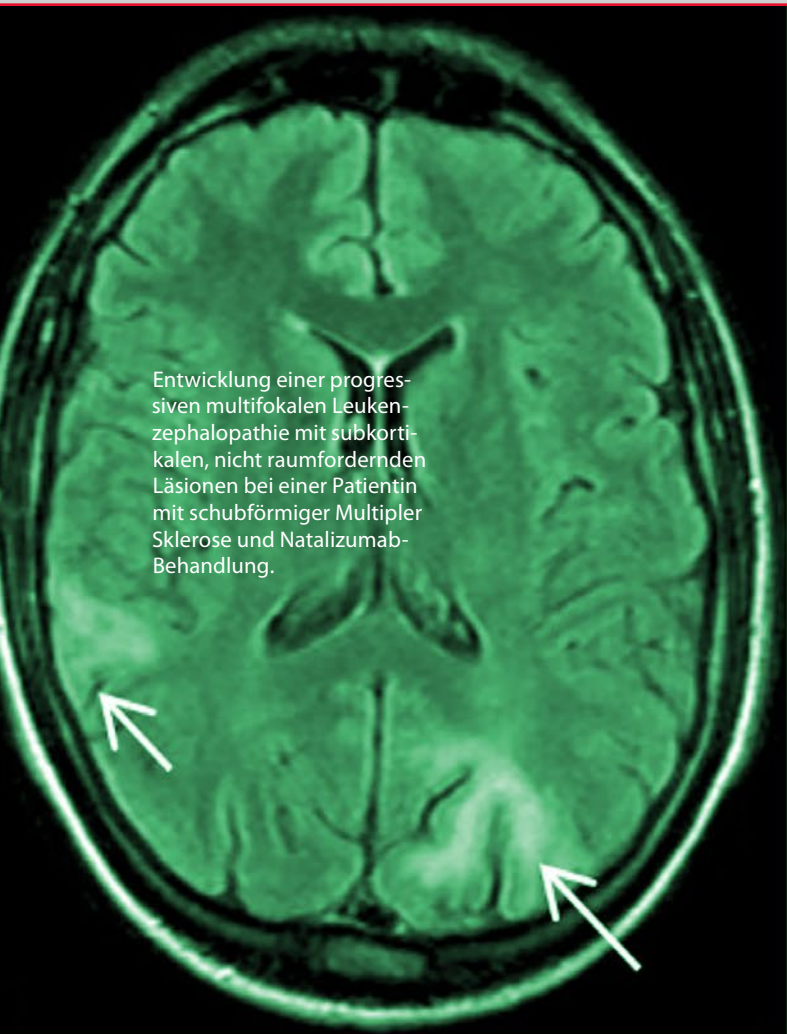
### AUTOR

**Prof. Dr. med.  
Wolfgang Freund**

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

E-Mail: freund-ulm@t-online.de





Multiple Sklerose, Neuromyelitis optica, Myasthenia gravis

# Risiken bei Immuntherapien in der Neurologie

Die Bedeutung von Immuntherapien wächst im zunehmenden Maße auch im Fachbereich der Neurologie. Zusätzlich zu den klassischen Immunsuppressiva aus der Onkologie etablieren sich immer neuere, immunmodulatorische Ansätze in verschiedensten neurologischen Behandlungsfeldern. Die hier zu verzeichnenden Erfolge sind jedoch auch verbunden mit dem Auftreten potenzieller, für den behandelnden Neurologen bisher oft wenig bekannten Komplikationen, die das therapeutische Monitoring im klinischen Alltag zunehmend komplizieren.

MARC PAWLITZKI, SVEN G. MEUTH

**F**ür den Einsatz von neuen Immuntherapien in der Neurologie werden einige Risiken erst nach breiter Anwendung nach der jeweiligen Zulassung ersichtlich. Dies führt einerseits zu einer wachsenden Vigilanz, andererseits aber auch zum Teil zu einer Verunsicherung bei Patienten und behandelnden Ärzten. Zusätzlich stellt sich zwangsläufig die Frage, wie lang Immuntherapien unter Berücksichtigung der Risiken fortgesetzt werden sollten, oder ob eine Deeskalation oder eine Therapiepause im Einzelfall nicht sinnvoll erscheint. Dieser Artikel soll einen Einblick über die Vielzahl potenzieller Risiken unter Immuntherapien geben, aber auch das hohe Maß an Therapiesicherheit bei entsprechendem Monitoring aufzeigen.

## Die andere Seite der Medaille – Infektionen unter Immuntherapien

Trotz der teils selektiven Immunsuppression durch neuere Therapeutika liegt meist eine erhöhte Infektanfälligkeit vor. Ein besonderes Risiko stellen vor allem opportunistische Erreger wie Mykobakterien [1, 2], aber auch neurotrope Viren dar.

## Progressive multifokale Leukenzephalopathie

Eine besondere und schwerwiegende Komplikation wird durch den John Cunningham-Virus (JCV) in Form der progressiven multifokalen Leukenzephalopathie (PML) hervorgerufen. Hierbei kann die einsetzende Entmarkung der weißen Substanz zu schweren fokal neurologischen Defiziten führen. Epileptische Anfälle und Wesensveränderungen sind dabei oft initiale Symptome, die an eine PML-Erkrankung denken lassen sollten [3, 4, 5].

Bekannt war diese Viruserkrankung bisher durch das gehäufte Auftreten bei immuninkompetenten, meist HIV-Patienten [6]. Seit der Zulassung des monoklonalen Antikörpers Natalizumab für Patienten mit Multipler Sklerose (MS) ist die PML auch eine gefürchtete Komplikation im Alltag von Neurologen. Natalizumab inhibiert das auf den Leukozyten exprimierte Oberflächenadhäsionsmolekül Integrin  $\alpha$ -4 und somit die Interaktion mit dem auf Endothelzellen exprimierten VCAM-1 (vascular cell adhesion molecule-1), sodass die Transmigration der Leukozyten durch die Bluthirnschranke deutlich eingeschränkt wird [7, 8]. Der hier erzielte Effekt wiederum erlaubt im Umkehrschluss keine entsprechende notwendige Immunabwehr gegen eine (re-) aktivierte JCV-Infektion [9].

Bisher geht man weltweit von mehr als 700 Erkrankten aus, mit zirka 20%iger Mortalität [5]. Das allgemeine PML-Risiko wurde nach neuesten Daten mit bisher 0,2% [10] jedoch leicht unterschätzt [11]. Zu den Hauptrisikofaktoren für das Auftreten einer PML zählen eine vorangegangene immunsuppressive Therapie unabhängig von Art und Dauer, ein positiver JCV-Antikörperstatus im Blut sowie eine Behandlungsdauer mit Natalizumab länger als zwei Jahre [10, 12, 13]. Die Gefahr einer PML-Infektion erfordert ein intensives klinisches Monitoring sowie forcierte Magnetresonanztomografie (MRT)-Kontrollen, die im drei- bis sechsmonatigen Abstand bei vorliegender PML-Risikokonstellation zur frühzeitigen Diagnose einer (sub-) klinischen PML beitragen können [14]. Ob eine Verlängerung des Dosisintervalls das PML-Risiko signifikant senkt ohne damit verbundenen Wirkungsverlust [15, 16], muss in prospektiven Arbeiten gezeigt werden.

Die Gefahr einer PML-Infektion schließt allerdings weitere Therapeutika mit ein. Neben dem bereits bekannten Auftreten bei Psoriasis-erkrankten [17] wurden weitere PML-Fälle unter Dimethylfumarat nach der Zulassung für die MS beschrieben [18, 19]. (**Abb. 1**) Hierbei scheint die persistierende Lymphozytopenie (> 6 Monate) der einzig bisher identifizierbare Risikofaktor für das Entstehen einer PML zu sein. Weitere Daten belegen vor allem eine schwere Lymphopenie (< 500/μl) innerhalb der ersten sechs Monate nach Therapieinitiation als prognostisch ungünstigen Faktor für eine JCV-Infektion. Jedoch wurden auch unter Grad-2-Lymphopenien (500 – 800/μl) PML-Fälle beschrieben [20, 21]. Auffallend war weiterhin, dass vornehmlich Patienten über dem 50. Lebensjahr hiervon betroffen waren [18].

Für Fingolimod liegen ebenfalls Fallberichte vor, auch ohne vorangegangene Therapie mit Natalizumab, stellen aber nach bisherigen Daten eine Seltenheit dar (0,069 pro 1.000 Patienten) [22]. Bisher konnte daher auch kein entsprechender Risikofaktor ermittelt werden. Nichtsdestotrotz fordert eine vorherige Therapie mit Natalizumab, aber auch mit anderen Immunsuppressiva eine langfristig notwendige hohe Aufmerksamkeit hinsichtlich möglicher klinischer Symptome, die mit einer PML einhergehen [23].

#### CD-20-Antikörper

Eine immer größere Bedeutung in der Neurologie gewinnen CD-20-Antikörper, insbesondere Rituximab, das bereits bei der schubförmigen remittierenden Verlaufsform als Off-Label-Medikament Anwendung fand [24]. Die positiven retrospektiven Daten und klinischen Erfahrungen bei antikörpervermittelten neurologischen Erkrankungen, insbesondere der Neuromyelitis optica [25, 26, 27], der Myasthenia gravis [28] sowie den Autoimmunenzephalitiden [29] führt zunehmend zum Einsatz von Rituximab als Medikament der ersten Wahl. Auch wenn die bisherigen PML-Fälle hierbei meist auf rheuma- und hämatologische Krankheitsbilder begrenzt sind [30], so ist über das potenzielle Risiko entsprechend aufzuklären. Durch die nun für die primär chronische und schubförmig remittierende MS zugelassene Therapie mit Ocrelizumab [31, 32] wird einerseits die Zahl an Patienten mit B-Zell-Depletion weiter steigen, andererseits auch die Zahl an Carry-over-PML-Fällen (aktuell sechs Fälle, Stand Dezember 2018) [33]. Entsprechende paraklinische Untersuchungen, gegebenenfalls auch eine wiederholte Liquordiagnostik können zum Ausschluss einer subklinischen PML bei Therapiewechsel sinnvoll sein. Zudem ist das Risiko für Pneumokokkeninfektionen erhöht, sodass vor Therapiebeginn eine entsprechende Impfung sinnvoll erscheint [34]. Darüber hinaus empfiehlt sich ein Hepatitis-Screening um schwerwiegende Virusreaktivierungen zu verhindern [35].

#### Herpesinfektionen

Ein weiteres Risiko stellen Herpesinfektionen unter laufender Immuntherapie dar. Auch hier ist eine hohe Aufmerksamkeit unter Natalizumab-Therapie notwendig, da retinale Nekrosen, (post-) infektiöse Vaskulitiden sowie schwere (Meningo-)enzephalitiden auftreten können [36, 37]. Wir selbst können von einem lehrreichen Fall eines MS-Patienten berichten, der sich mit

einer akuten Visusminderung sowie einem leichten Bulbusbewegungsschmerz im Sinne einer Retrobulbärneuritis unter Natalizumab vorstellte. Die weiterführende Abklärung zeigte dann eine schwere Varizella-zoster(VZV)-induzierte retinale Vaskulitis, was die Notwendigkeit der Differenzialdiagnostik verdeutlicht [38]. Ein Auftreten von schweren Herpesinfektionen ist ebenfalls unter Fingolimod möglich [39], insbesondere bei seronegativen VZV-Status ist die Impfung vor Therapiebeginn obligat.

#### Alemtuzumab

Auch wenn unter Alemtuzumab bisher keine PML-Infektion berichtet wurde, so werden hier vereinzelt Listeriosen wenige Wochen nach Infusion dokumentiert, teils mit fatalem Ausgang [40, 42, 43]. Daher sollte auf den Verzehr von Weichkäse, unpasteurisierten Milchprodukten sowie rohem oder nicht durchgegartem Fleisch ab zwei Wochen vor Beginn, während und bis mindestens einen Monat nach der Infusionsbehandlung verzichtet werden [44]. Auch eine Rarität stellen schwere Nocardieninfektionen mit Lungen- oder ZNS-Beteiligung dar [45, 46]. Zur Vermeidung von Herpesinfektionen ist bereits eine prophylaktische antivirale Therapie für einen Monat nach Infusion etabliert [47]. Eine zusätzliche Antibiotikaprophylaxe wird aktuell noch nicht empfohlen.

#### Eculizumab

Für die therapierefraktäre Myasthenia gravis steht seit 2017 Eculizumab, ein gegen den Komplementfaktor C5 gerichteter monoklonaler Antikörper, zur Verfügung [48] und könnte auch für Patienten mit einer Neuromyelitis optica in Zukunft infrage kommen [49]. Hinsichtlich der Komplikationen besteht das Risiko von schweren Meningokokkeninfektionen. Eine entsprechende Impfung vor Therapiebeginn ist auch hier unbedingt anzuraten [50].

#### Alkylantien

Doch auch bei der Anwendung von Alkylantien (Cyclophosphamid, Temozolomid, Lomustin) sowie Antimetaboliten (Azathioprin, Cladribin) ist das höhere Infektionsrisiko durch die potenzielle Myelotoxizität bekannt, sodass bei ausgeprägter Leukopenie meist eine prophylaktische Antibiotikaeinnahme verordnet wird [51]. Hinsichtlich des Risikos einer Pneumocystis-jiruvecii-Infektion liegen jedoch keine überzeugenden Daten vor, die eine generelle Antibiotikaprophylaxe begründen [51]. Dennoch sind bei entsprechenden Leukopenien engmaschige Laborkontrollen und gegebenenfalls Substitutionstherapien zur Vermeidung eines neutropenen Fiebers obligat.

#### Autoimmunphänomene unter Immuntherapien

Die Inzidenz von therapieassoziierten sekundären Autoimmunerkrankungen besteht vor allem unter beziehungsweise nach Behandlung mit Alemtuzumab. Hierbei ist besonders das Risiko von Schilddrüsenerkrankungen hervorzuheben, die gehäuft drei Jahre nach Therapiebeginn auftreten [52]. Sowohl eine Hypo- als auch eine Hyperthyreose kann dabei vorliegen, weshalb zusätzlichen zu der notwendigen klinischen Nachbeobachtung die Bestimmung des TSH-Wertes monatlich bis 48



Monate nach letzter Infusion notwendig ist [53]. Im Vergleich zu den meist leicht zu therapierenden Immunthyreoiditiden erfordern die selten auftretenden, aber schwerwiegenden Nephropathien (z. B. das Goodpasture-Syndrom) sowie die immuntrombozytopenische Purpura (ITP) regelmäßige Laborkontrollen und ein interdisziplinäre Zusammenarbeit. Auch hier ist ein Auftreten Jahre nach der Infusionstherapie möglich. Trotz der hohen und langanhaltenden Wirksamkeit von Alemtuzumab zur Eindämmung der Krankheitsaktivität bei MS-Patienten untermauern neue Fälle von Vitiligo [54] oder Myositis [55] das zusätzliche Potenzial für sekundäre Autoimmunität.

#### Daclizumab

Wie fatal therapieassoziierte Immunphänomene sein können, wurde durch die Anwendung von Daclizumab bei MS-Patienten deutlich. Obwohl der Wirkstoff bereits seit vielen Jahren in der Transplantationsmedizin erfolgreich Anwendung fand, so kam es nach Zulassung für die schubförmige MS zu dem Auftreten schwerer (Meningo-)enzephalitiden [56] sowie akutem Leberversagen [57] mit teils letalem Ausgang, was zur Marktrücknahme des Präparates führte.

#### Check-Point-Inhibitoren

Den eher unerwünschten Effekt der Immunstimulation macht man sich bei der Anwendung von sogenannten Check-Point-Inhibitoren bewusst zu Nutzen. Hierbei handelt es sich um Antikörper, die gegen immunhemmende Moleküle gerichtet sind, die physiologisch von Immunzellen, aber auch von Tumoren im Rahmen der Immunexpansion vermehrt exprimiert werden. Die Inhibition dieser Check Points führt dann zu einer vermehrten Immunaktivität, die sich gegen den jeweiligen Tumor richten soll [58]. Die bisherigen Erfolge bei verschiedenen malignen Grunderkrankungen lassen trotz bisher nur wenig (erfolgreichen) abgeschlossenen Studien [59] auch auf eine Anwendung bei hirneigenen Malignomen hoffen. Relevant sind hier allerdings schwere Autoimmunphänomene jeglicher Art, insbesondere eine (Entero-)kolitis, Hepatitis sowie Pneumonitis können auftreten [60, 61]. Aber auch die Inzidenz von Hypophysitiden [62], Myositiden mit Organbeteiligung [63] oder Neuropathien [64] steigt und führt dazu, dass Neurologen auch konsiliarisch vermehrt mit Tumorpatienten anderer Fachrichtungen konfrontiert werden.

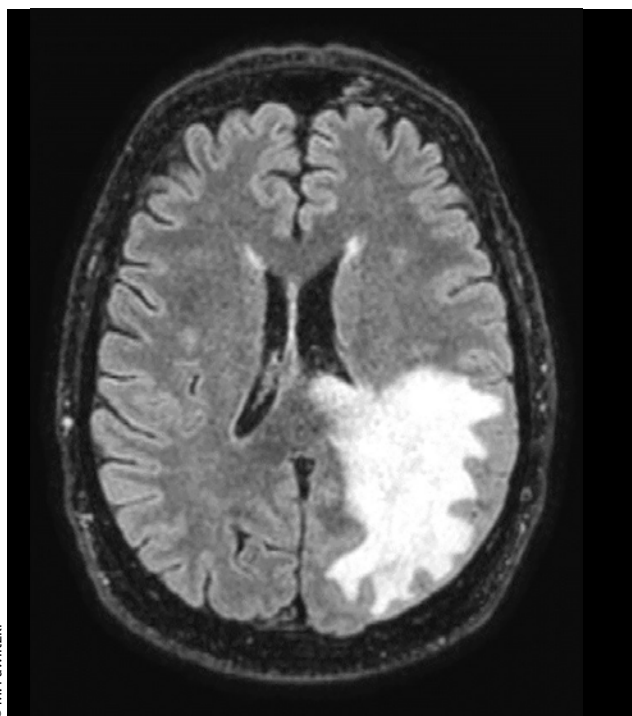
#### Infusionsreaktionen unter Immuntherapien sind häufig, aber zu beherrschen

Die große Sorge vor allergischen Reaktionen bis hin zum anaphylaktischen Schock führt weiter dazu, dass Antikörpertherapien bisher vor allem stationär oder in Schwerpunktpraxen verabreicht werden. Der klinische Alltag zeigt aber, dass unter entsprechender Vorbereitung mit Antihistaminika sowie Kortikosteroiden das Auftreten eher eine Rarität darstellt. Jedoch sorgt die rasche Zellyse und die damit verbundene Zytokinfreisetzung unter immunzellepletierenden Therapien zu Infusionsreaktionen mit Kreislauf- und Hautreaktionen, die aber meist blande verlaufen [65]. Auch bei den Check-Point-Inhibitoren sind Infusionsreaktionen durch die Immunstimulation zu erwarten, die hingegen schwerwiegender sein können [66].

#### Immuntherapien und das Risiko von Malignomen

Malignome treten insgesamt nur selten unter Immuntherapien auf. Dennoch ist das potenzielle Krebsrisiko aufgrund der weiterhin breiten Anwendung von klassischen Immunsuppressiva mangels (On-Label-) Alternativen allgegenwärtig [67]. Zusätzlich werden immer wieder in Zulassungs- und Nachbeobachtungsstudien aktueller Immuntherapien leicht erhöhte Inzidenzen von Tumoren dokumentiert [68]. Unter Ocrelizumab traten in den Zulassungsstudien vereinzelt maligne Erkrankungen wie beispielsweise Brustkrebs auf, mit letztlich jedoch für Studien nicht ungewöhnlicher Inzidenzrate. Für Fingolimod wird ein gehäuftes Auftreten von Basalzellkarzinomen sowie Melanomen berichtet [69, 70], sodass hier entsprechende Vor- und regelmäßige Nachuntersuchungen notwendig sind. Das ebenfalls gehäufte Auftreten von Malignomen im Therapiearm mit Cladribin erforderte weitere (schließlich auch überzeugende) Sicherheitsdaten, was aber zu einer deutlich verzögerten Marktzulassung in Europa führte [71]. Für Alemtuzumab wird auf die Notwendigkeit einer jährlichen HPV(humane Papillomviren)-Testung bei weiblichen Patienten aufgrund des Risikos von Cervixdysplasien hingewiesen [53]. Unter Mitoxantron und Azathioprin werden weiterhin Fälle von Leukämien dokumentiert [72].

Auch wenn ein erhöhtes Malignomrisiko in nur wenigen Fachinformationen aufgrund der geringen Inzidenz Berücksichtigung findet, so sollte dies unter Berücksichtigung sowohl der teils noch fehlenden Langzeitbeobachtungen als auch der



**Abb. 1:** Psoriasispatienten mit progressiver multifokaler Leukenzephalopathie unter Dimethylfumarat. Die FLAIR hyperintense Läsion reicht bis an das Kortexband heran [102].

meist notwendigen langjährigen Therapie im Aufklärungsgespräch thematisiert werden.

### Dysästhesien unter Immuntherapie

Für klassische Zytostatika wie Vincristin ist das Auftreten von Polyneuropathien bekannt [73, 74]. Doch auch für Teriflunomid wurde eine niedrige, aber signifikant erhöhte Rate von Neuropathien in den jeweiligen Zulassungsstudien für MS berichtet [2].

### Nicht nur die Dosis macht das Gift

Aufgrund des Metabolismus kommt es bei einer Vielzahl von Immuntherapien zu deutlich erhöhten Leberwerten, auch dosisunabhängig. Darüber hinaus treten in seltenen Fällen auch ein akutes Leberversagen [75], infektiöse oder toxische Hepatitiden [76, 77] auf. Die potenzielle Nephrotoxizität unter Cyclosporin-A-Therapie stellt beispielsweise einen limitierenden Faktor für die langfristige Anwendung bei therapierefraktärer Myasthenia gravis dar [78].

### Kardiovaskuläre Vorerkrankungen schränken die Indikation ein

Da viele Targetmoleküle oder Rezeptoren nicht nur auf Immunzellen, sondern auch in verschiedensten Organen vorkommen, kann eine Hemmung derselben zu entsprechenden systemi-

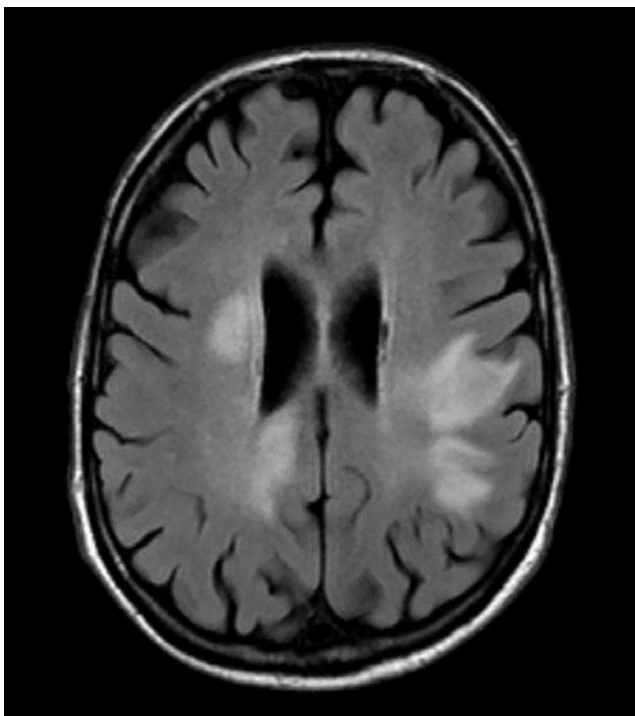
schen Nebenwirkungen führen. Als Beispiel ist die Modulation des Sphingosin-1-Phosphat-Rezeptors (S1PR) durch Fingolimod zu nennen, die ebenfalls zur Interaktion mit Rezeptorsubtypen auf atrialen Myozyten führt [79]. Die hierdurch bei der Einnahme beobachteten Bradykardien machen entsprechende EKG-Überwachung bei Therapieeinleitung nötig [80]. Außerdem besteht eine Indikationseinschränkung für Patienten mit entsprechender positiver kardiovaskulärer Vorgeschichte, die einen Myokardinfarkt, eine instabile Angina pectoris, aber auch einen Schlaganfall sowie Patienten mit leichten, aber auch schweren Rhythmuserkrankungen umfassen. Die Ergebnisse der Phase-II- und -III-Studien der noch selektiveren Rezeptorsubtypen Analoga wie Siponimod, Ozanimod oder Posenimod versprechen ein besseres kardiovaskuläres Risikoprofil, wobei dies erst im klinischen Alltag gezeigt werden muss [81]. Die Kardiotoxizität von Mitoxantron ist ebenfalls seit langem bekannt, wobei auch unterhalb der kumulativen Höchstdosis schwere kardiale Nebenwirkungen beschrieben werden und daher ein langjähriges (echokardiografisches) Monitoring erforderlich ist [82].

### Rebound-Phänomene nach Therapiewechsel

Die potenziellen therapiebedingten Komplikationen sind immer wieder Gründe, weshalb wirksame Therapien im Verlauf umgestellt werden. Dies wiederum kann zu einem plötzlichen Krankheitsprogress führen. Bekanntes Beispiel stellt die Beendigung der Natalizumab-Therapie dar, die selten zu schweren klinischen Schüben führen kann [83]. Die Wahl des neuen Medikamentes sollte daher nicht nur durch Sicherheitsaspekte bestimmt werden, sondern auch die zu erwartende Wirksamkeit in die Entscheidungsfindung mit einbeziehen. Umso erfreulicher ist es, dass aktuelle Daten auch eine Umstellung von Natalizumab auf Alemtuzumab, Ocrelizumab oder Fingolimod untermauern [84, 85]. Zusätzlich bedarf es hier auch weiterer intensiver Analysen, inwieweit die Verkürzung des Therapieabstands zu der jeweiligen Vortherapie helfen kann, Rebound-Phänomene zu verhindern [86].

### Immuntherapien können wirkungslos sein oder einen Progress verursachen

Die positiven Resultate vieler Immuntherapien führen dazu, dass Therapieansätze, wie beispielsweise eine B-Zell-Depletion mittels Rituximab oder die IL6-Inhibition durch Tocilizumab auch auf andere Krankheitsentitäten übertragen werden. Die negativen Ergebnisse des FORCIPD-Trial für Fingolimod bei Patienten mit chronisch inflammatorischer demyelinisierender Polyneuropathie zeigen jedoch, dass diese Übertragbarkeit nicht immer gegeben ist [87]. Viel schwerwiegender ist es jedoch, wenn die Therapie zu einem rapiden Krankheitsprogress führt. Für die (fälschliche) Anwendung einiger MS-Medikamente bei Patienten mit Neuromyelitis optica liegen Fallberichte mit plötzlich einsetzender hoher Krankheitsaktivität vor [88, 89]. Ein Fallbeispiel ist eine zunehmende FLAIR-hyperintense Läsion kurz nach der Therapieinitiierung mit Fingolimod bei einem vermeintlichen MS-Patienten, der letztendlich unter einer Neuromyelitis-optica-Spektrum-Erkrankung litt. Der initial negative Aquaporin-4-Antikörper (Titer) im Blut zeigte sich nach dem Therapiewechsel massiv erhöht.



© M. Pawlitzki

**Abb. 2:** Zunehmende FLAIR-hyperintense Läsionen kurz nach der Therapieinitiierung mit Fingolimod bei einem vermeintlichen MS-Patienten, der letztendlich unter einer Neuromyelitis optica Spektrum Erkrankung litt. Der initial negative Aquaporin-4-Antikörper (Titer) im Blut zeigte sich nach dem Therapiewechsel massiv erhöht.

sich nach dem Therapiewechsel massiv erhöht (**Abb. 2**). Eine zeitig einsetzende klinische oder paraklinische Verschlechterung unter Therapie sollte daher erneut an entsprechende Differenzialdiagnosen denken lassen.

### Glukokortikoide und die Folgen

Glukokortikoide sind nicht nur in der Akuttherapie bei Krankheitsschüben oder passagerer Krankheitsprogredienz Mittel der Wahl, sondern bleiben trotz Einsatz weiterer Immuntherapien in niedriger Dosis als Dauertherapie bei Immunneuropathien, Myositiden oder der Myasthenia gravis meist erhalten. Die damit verbundenen Langzeitkomplikationen wie etwa die osteoporotische Sinterungsfraktur stellen weiterhin eine große Herausforderung dar und bedürfen einer adäquaten Zusatztherapie von Kalzium und Vitamin D<sub>3</sub>, ebenso empfiehlt sich eine regelmäßige Knochendichtemessung und gegebenenfalls endokrinologische Mitbeurteilung [90]. Auch die Gefahr von Magengeschwüren darf weiterhin nicht unterschätzt werden [90, 91]. Die Dosis der steroidsparenden Immuntherapien sollte daher bei guter Verträglichkeit weiter optimiert werden.

### Plasmaaustauschverfahren und Immundadsorption sind sicher und effektiv

Bei schweren MS-Schüben oder myasthenen Krisen werden die eigentlichen Eskalationsstrategien [92] der Plasmapherese oder Immundadsorption zunehmend primär mit großem therapeutischen Erfolg angewandt [93, 94, 95]. Auch bei Autoimmunenzephalitiden sind hierunter schnelle Therapieerfolge zu verzeichnen [96]. Die Inzidenz möglicher Komplikationen wie Infektionen oder Thrombosen ist weiterhin niedrig, was auch durch die wachsende Erfahrung in den entsprechenden Kliniken bedingt ist.

### Wie lang sollte eine Immuntherapie erfolgen?

Die großen Therapieerfolge der Immuntherapien, die gehäuft zu einer Krankheitsstabilisierung oder Verzögerung der Krankheitsprogression führen, werfen aufgrund der potenziellen Risiken dennoch die Frage nach der Therapiedauer auf. Die Immunseneszenz, also die rückläufige Immunität im Alter, wird beispielsweise als einer der Gründe für die sinkende Effektivität von MS-Therapien im Alter gesehen [97, 98]. Jedoch unterstreichen die Fälle neu auftretender Schubaktivität und rascher klinischer Progression bei sekundär chronisch progredienten MS-Verläufen [99], dass eine Therapiebeendigung wohl überlegt sein muss. Weiterhin gilt dies nicht für alle Autoimmunerkrankungen. Das beweisen die teils schweren myasthenen Verläufe oder Erstdiagnosen im hohen Alter [100]. Jedoch sollte dann, ebenso wie bei Autoimmunenzephalitiden, auch an eine paraneoplastische Ursache gedacht und es sollten dementsprechend weitere Untersuchungen initiiert werden [101].

### Fazit für die Praxis

Die Immuntherapien spiegeln die wachsende Dynamik im Fachbereich Neurologie wider und wecken die Hoffnung vieler Patienten und Behandler, die oft progredienten Krankheitsverläufe zu verzögern oder gar zu verhindern. Die breite Anwendung und die zuneh-

menden Therapiejahre liefern weitere Erkenntnisse über die Wirksamkeit und Sicherheit, verlangen aber auch eine langfristige Aufmerksamkeit von Patient und Arzt. Daher sind regelmäßige klinische und paraklinische Kontrollen obligat, ebenso wie die lückenlose Dokumentation der bisherigen Therapiegeschichte. Trotz der potenziellen Risiken muss nochmals die hohe Zahl an erfolgreichen Krankheitsverläufen in den Vordergrund gestellt werden. Die Vielzahl an aktuellen klinischen Interventionsstudien lassen hoffen, dass vor allem für seltene Erkrankungen bald On-Label-Therapien zur Verfügung stehen.

### Literatur als Zusatzmaterial unter:

[www.springermedizin.de/neurotransmitter](http://www.springermedizin.de/neurotransmitter)

### Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass sie sich bei der Erstellung des Beitrages von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließen. M. Pawlitzki erklärt den Erhalt von Reisekosten durch Novartis, Biogen, Genzyme und Merk sowie die Zusammenarbeit in Studien mit Biologika, Roche, Alexion, Bristol-Myers Squibb und Momenta. S. Meuth erhält Honorare für Vorträge sowie Reisekosten für die Teilnahme an Sitzungen von Almirall, Amicus Therapeutics Germany, Bayer Health Care, Biogen, Celgene, Diamed, Genzyme, MedDay Pharmaceuticals, Merck Serono, Novartis, Novo Nordisk, ONO Pharma, Roche, Sanofi Aventis, Chugai Pharma, Quintiles/MS und Teva. Seine Forschung wird gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR), der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG), der Else-Kröner-Fresenius-Stiftung, dem Deutschen Akademischen Austauschdienst, dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), der Hertie-Stiftung, dem Interdisziplinären Zentrum für Klinische Forschung (IZKF) Münster, der Deutschen Stiftung Neurologie und Alexion, Almirall, Amicus Therapeutics Germany, Biogen, Diamed, Fresenius Medical Care, Genzyme, HERZ Burgdorf, Merck Serono, Novartis, ONO Pharma, Rache, und Teva. Der Verlag erklärt, dass die inhaltliche Qualität des Beitrags von zwei unabhängigen Gutachtern geprüft wurde. Werbung in dieser Zeitschriftenausgabe hat keinen Bezug zur CME-Fortbildung. Der Verlag garantiert, dass die CME-Fortbildung sowie die CME-Fragen frei sind von werblichen Aussagen und keinerlei Produktempfehlungen enthalten. Dies gilt insbesondere für Präparate, die zur Therapie des dargestellten Krankheitsbildes geeignet sind.

### AUTOREN

#### Dr. med. Marc Pawlitzki

Klinik für Neurologie  
mit Institut für trans-  
lationale Neurologie  
Universitätsklinikum  
Münster  
Albert-Schweitzer-  
Campus 1,  
48149 Münster  
E-Mail: [Marc.Pawlitzki@ukmuenster.de](mailto:Marc.Pawlitzki@ukmuenster.de)



#### Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Sven Meuth

Klinik für Neurologie mit Institut für  
translationale Neurologie  
Universitätsklinikum Münster  
Albert-Schweitzer-Campus 1, 48149 Münster  
E-Mail: [sven.meuth@ukmuenster.de](mailto:sven.meuth@ukmuenster.de)

# CME-Fragebogen

## Risiken bei Immuntherapien in der Neurologie

### Teilnehmen und Punkte sammeln können Sie

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

FIN gültig bis 26.03.2020:

**NT2003aL**

Dieser CME-Kurs ist zwölf Monate auf SpringerMedizin.de/CME verfügbar. Sie finden ihn am schnellsten, wenn Sie die FIN oder den Titel des Beitrags in das Suchfeld eingeben. Alternativ können Sie auch mit der Option „Kurse nach Zeitschriften“ zum Ziel navigieren.

### ? Welche Aspekte sollten unter einer initiierten intravenösen Kortisontherapie zur Behandlung eines Multiple-Sklerose-Schubs beachtet werden?

- Tägliche EKG-Kontrollen sind notwendig aufgrund der Gefahr einer QTc-Zeit Verlängerung durch Kortikosteroide.
- Eine medikamentöse Ulkusprophylaxe ist in der klinischen Routine entbehrlich.
- Eine Plasmapheresebehandlung ist aufgrund des hohen Komplikationsrisikos nur bei ausbleibender klinischer Besserung nach erfolgter Kortisontherapie und nur nach einmonatigen Therapieabstand indiziert.
- Bei wiederholten Kortisonstoßtherapien sollte eine medikamentöse Osteoporoseprophylaxe erfolgen.
- Eine orale Prednisolon-Therapie ist meist ausreichend und sollte nicht mehr als 100 mg/Tag betragen.

### ? Sie planen eine B-Zell-depletierende Therapie bei einem Patienten mit primär chronisch progredienter Multipler Sklerose. Welche Aspekte sollten bedacht werden?

- Ein Tuberkuloseinfektion stellt ein zu vernachlässigendes Risiko dar, sodass eine entsprechende Screening-Untersuchung nicht notwendig ist.
- Autoimmunphänomene wie Schilddrüsenerkrankungen sind typische Komplikationen unter einer rein B-Zell-depletierenden Therapie. Entspre-

chend sollten die Schilddrüsenautoantikörper bestimmt werden.

- Eine Pneumokokkenimpfung erfolgt durch einen Lebendimpfstoff und sollte daher aufgrund des Risikos von Schüben vermieden werden.
- Ein HIV-Test sowie eine Hepatitis-Serologie sollte nur bei dringendem Verdacht erfolgen.
- Insbesondere bei erstmaliger Gabe sollte auf Infusionsreaktionen geachtet werden.

### ? Eine Patientin mit einer aggressiv verlaufenden rheumatoiden Arthritis entwickelt eine zunehmende Fußheberparese rechts. Welche nächsten Schritte leiten Sie ein?

- Eine Polyneuropathie als weitere Manifestation der rheumatoiden Arthritis ist anzunehmen, sodass elektroneurographische Untersuchungen im Rahmen der nächsten ambulanten Vorstellung terminiert werden sollten.
- Sollte eine Bandscheibenprotrusion durch eine MRT-Aufnahme der Lendenwirbelsäule ausgeschlossen sein, so können vorerst physiotherapeutische Maßnahmen verordnet werden.
- Eine therapiebedingte zerebrale Infektion durch das John-Cunningham-Virus sollte durch eine kraniale MRT-Untersuchung abgeklärt werden.
- Eine normwertige Zellzahl in der Liquoruntersuchung schließt eine progressive multifokale Leukenzepha-

lopathie (PML)-Infektion aus, sodass auf eine Virus-PCR-Untersuchung verzichtet werden kann.

- Da eine vaskulitische Manifestation häufig im Verlauf der rheumatoiden Arthritis auftritt, sollte zeitnah eine Kortisonstoßtherapie eingeleitet werden.

### ? Ein Patient mit Multipler Sklerose beklagt subakut auftretende Dysästhesien im Thoraxbereich unter der intensivierten Immuntherapie. Welche Überlegungen sind angezeigt?

- Eine spinale MRT-Aufnahme mit der Frage nach einer neuen spinalen Läsion sollte empfohlen werden.
- Eine schmerzmodulierende medikamentöse Therapie ist unter Berücksichtigung der vor Jahren durchgemachten Myelitis zu verordnen.
- Eine körperliche Untersuchung zum Ausschluss einer Zosterinfektion sollte erfolgen.
- Aufgrund des Verdachts auf einen erneuten Schub sollte die intensivierte Immuntherapie umgestellt werden.
- Bei normwertigem Blutbild ist eine opportunistische Infektion unwahrscheinlich.

### ? Eine Patientin mit bekannter Myasthenia gravis und seit Jahren konstanter Dosis der immunsuppressiven Therapie mit einem Antimetaboliten entwickelt einen schweren



Dieser CME-Kurs wurde von der Bayerischen Landesärztekammer mit zwei Punkten in der Kategorie I zur zertifizierten Fortbildung freigegeben und ist damit auch für andere Ärztekammern anerkennungs-fähig.

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

Bei inhaltlichen Fragen erhalten Sie beim Kurs auf SpringerMedizin.de/CME tutorielle Unterstützung. Bei technischen Problemen erreichen Sie unseren Kundenservice kostenfrei unter der Nummer 0800 7780-777 oder per Mail unter kundenservice@springermedizin.de.

**fiieberhaften Atemwegsinfekt. Welche Schritte sollten Sie einleiten?**

- Auf eine Antibiotikatherapie kann verzichtet werden, da es sich meist um virale Infekte handelt.
- Eine Änderung der bisherigen Medikation neben der bekannten Immunsuppression sollte erfragt werden.
- Eine zusätzliche Thrombozytopenie kann bei vorliegendem Infekt als reaktiv eingeordnet werden.
- Eine Reduktion der Immuntherapie ist kontraindiziert, da dies zu einer myasthenen Krise führen könnte.
- Zur Vermeidung einer myasthenen Krise sollte zügig eine Kortikoidtherapie eingeleitet werden.

**? Ein Patient mit bekanntem kleinzelligem Bronchialkarzinom unter Check-Point-Inhibitor-Therapie entwickelt eine subakut schwer verlaufende Polyneuropathie. Welche Ursache ist wahrscheinlich?**

- Da initial eine Alkylantien-Therapie bestand, ist dies als Spätfolge einzuordnen.
- Symptomatische Ursachen, insbesondere ein Diabetes mellitus und ein Vitamin-B<sub>12</sub>-Mangel sollten vordergründig abgeklärt werden.
- Da eine Check-Point-Inhibitor-Therapie besteht, sollte eine Immunneuropathie differenzialdiagnostisch in Erwägung gezogen werden.
- Ein paraneoplastisches Syndrom ist bei kleinzelligem Bronchialkarzinom nahezu ausgeschlossen.
- Es sollte primär die Bestimmung von SOX1-Antikörpern im Serum erfolgen und die entsprechenden Ergebnisse sollten abgewartet werden.

**? Ein Patient mit durchgemachter Retrobulbärneuritis und dem kernspintomografischen Nachweis von zwei Marklagerläsionen wird auf eine Interferon-Therapie eingestellt. Wenige Wochen später entwickelt der Patient eine Myelitis mit langstreckiger Myelonläsion. Wie verfahren Sie?**

- Aufgrund der Myelitis ist die Diagnose einer Multiplen Sklerose gesichert und eine Umstellung auf eine intensivierte Therapie sollte zügig erfolgen.
- Da die Interferon-Therapie noch nicht wirksam ist, sollte diese weiter verordnet werden.

- Positive oligoklonale Banden im Liquor sind spezifisch für die Multiple Sklerose.
- Eine Neuromyelitis-optica-Spektrum-Erkrankung ist wahrscheinlich, jedoch greift die Interferon-Therapie bei beiden Erkrankungen.
- Differenzialdiagnostisch sollte die Bestimmung von Aquaporin-4- und MOG-Antikörpern erfolgen.

**? Eine Patientin mit sekundär chronisch progredienter Multipler Sklerose bricht aufgrund fehlender Wirksamkeit die zytostatische Therapie ab. Welche Aussage trifft zu?**

- Echokardiografische Verlaufskontrollen sind nur unter bestehender Therapie indiziert.
- Alle drei Monate sollten Lungenfunktionsprüfungen erfolgen, da eine Reaktivierung einer Tuberkuloseinfektion so zeitnah entdeckt werden kann.
- Auch Jahre nach erfolgter Therapie kann eine Leukämie als Folge der Therapie auftreten.
- Eine Schwangerschaft ist nach erfolgter Therapie aufgrund der Teratogenität nicht mehr zu empfehlen.
- Neben jährlichen kraniellen MRT-Kontrollen sollten nun auch Kardio-MRT-Untersuchungen zum Ausschluss einer Myokardfibrose erfolgen.

**? Eine junge Patientin mit einer Autoimmunenzephalitis wird erfolgreich mit einer B-Zell-depletierenden Therapie behandelt. Nach bisher drei Zyklen beklagt sie vor erneuter Gabe eine zunehmende Infekthäufung. Was ist zu beachten?**

- Ein zellulärer Immunstatus ist entbehrlich, da die Zelldepletion am Ende des Therapiezyklus meist komplett rückläufig ist.
- Eine Neutropenie stellt eine schwerwiegende Komplikation dar.
- Bei einer Hypogammaglobulinämie sollte auf die Gabe von Immunglobulinen verzichtet werden, da diese die Symptome der Autoimmunenzephalitis verschlechtern können.
- Die erneute Gabe der Immuntherapie sollte uneingeschränkt erfolgen, da die Wirksamkeit am Ende des Therapiezyklus nicht mehr anzunehmen ist.
- Zur Prophylaxe sollten zügig die von der Impfkommision STIKO empfohle-

nen Impfungen einschließlich der Mumps-Masern-Röteln Impfung erfolgen.

**? Zur Vermeidung einer progressiven multifokalen Leukenzephalopathie (PML)-Infektion unter intensivierter Immuntherapie bei Multipler Sklerose ist welche Maßnahme am sinnvollsten?**

- Sechsmonatliche Liquoruntersuchungen sind unter Nutzen-Risikoabwägung unter intensivierter Therapie sinnvoll.
- Eine kraniale MRT-Aufnahme ist zur Detektion einer subklinischen PML-Infektion keine adäquate Untersuchung.
- Die Intervalle der cMRT-Untersuchungen sollten im Einzelfall verlängert werden.
- Die Bestimmung des John-Cunningham-Virus-Titers ist hilfreich und kann bei jeglicher Immuntherapie sinnvoll angewendet werden.
- Die Indikation der intensivierten Immuntherapie sollte insbesondere bei langjährig stabilem Krankheitsverlauf kritisch evaluiert werden.

## CGRP-Antikörper erfüllen Anforderungen an ein Migräneprophylaktikum

➔ Migräne ist mit großem Leidensdruck verbunden. Für Betroffene ist eine gut wirksame und gut verträgliche Migräneprophylaxe wichtig. Prophylaktika wie Betablocker, Flunarizin, Antikonvulsiva oder Amitriptylin würden von vielen Patienten wegen schlechter Verträglichkeit nicht langfristig eingenommen, so PD Dr. Ruth Ruscheweyh, Universitätsklinikum München. Mit den Antikörpern gegen das Calcitonin-Gen-Related-Peptide (CGRP) sei jetzt eine spezifisch wirkende gut verträgliche Migräneprophylaxe verfügbar. Alle drei in Deutschland zugelassenen Antikörper hätten eine

ähnliche Studienlage, erklärte Ruscheweyh. Wesentliche Anforderungen an ein optimales Prophylaktikum seien:

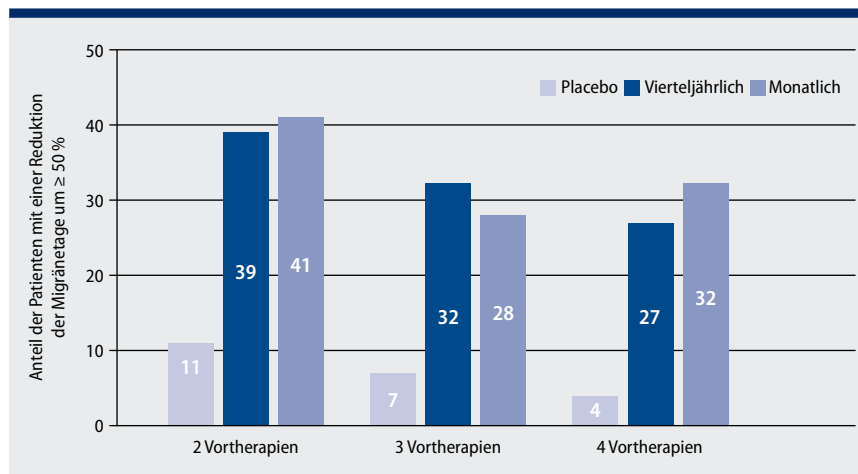
- Wirksamkeit bei episodischer und chronischer Migräne,
- schneller Wirkeintritt,
- anhaltende Wirkung,
- Super-Response möglich (75%iges oder sogar 100%iges Ansprechen),
- auch bei chronischer Migräne mit Medikamentenübergebrauch wirksam,
- Wirkung auch bei Versagen früherer Therapien,
- wenig Nebenwirkungen.

Besonders gute Daten liegen für Fremanezumab (Ajovy®) vor, das monatlich (225 mg) oder vierteljährlich (675 mg) s.c. injiziert werden kann. In der FOCUS-Studie ließen sich bei Migränepatienten, die bereits erfolglos mit zwei bis vier Medikamentenklassen vortherapiert worden waren, Ansprechraten von 30% (drei oder vier Vortherapien) bis 40% (zwei Vortherapien) erreichen (**Abb. 1**) [Pazdera L et al. EHF 2019, Athen]. Die monatlichen Migränetage reduzierten sich um durchschnittlich 4,1 Tage (monatliche Dosis) respektive 3,7 Tage (Quartalsdosis) (Placebo: 0,6 Tage;  $p < 0,0001$ ).

Bei Studienteilnehmern mit mittelgradiger bis starker Depression, eine häufige Komorbidität von Migränepatienten, sei Fremanezumab sogar noch wirksamer als in der Gesamtgruppe gewesen. Die Zahl der monatlichen Migränetage sei um rund 6 Tage (vs. -2,3 Tage Placebo,  $p < 0,001$ ) gesunken. Gleichzeitig habe sich die depressive Symptomatik klinisch relevant verringert, berichtete Ruscheweyh.

Die Rate unerwünschter Wirkungen lag in den klinischen Studien auf Placeboniveau. Kardiovaskuläre und hepatobiliäre Nebenwirkungen wurden bei weniger als 1% der Behandelten beobachtet.

Roland Fath



**Abb. 1:** Wirksamkeit von Fremanezumab gegenüber Placebo bei Patienten mit zwei bis vier erfolglosen Vortherapien in der FOCUS-Studie [mod. n. Pazdera L et al. EHF 2019, Athen]

Symposium „Changing Migraine – neue Therapiehorizonte erschließen!“, 92. DGN-Kongress, 26.9.2019, Stuttgart; Veranstalter: Teva

## CIDP: S.c.-Immunglobulin zur Heimselbstanwendung verfügbar

➔ Auf Basis der Ergebnisse der PATH-Studie [van Schaik IN et al. Lancet Neurol 2018; 17: 35–46] ist erstmalig eine subkutane Immunglobulinapplikation zur Heimselbstanwendung für die Erhaltungstherapie von Patienten mit CIDP verfügbar. Welche Erfahrungen gibt es zur Umstellung von der i.v. auf die s.c. Gabe des Immunglobulins (SCIg)?

Laut Prof. Dr. Martin Stangel, Neurologische Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover, sprechen etwa 70% der Patienten mit einer CIDP auf Immunglobuline an. Die primäre Therapie erfolge weiterhin mit i.v. Therapie. Nachdem ein Patient 3 × i.v. Immunglobuline erhalten habe, würde beur-

teilt, „ob dieses das richtige Therapieprinzip sei“. Bei nachgewiesener Wirksamkeit sei eine Umstellung auf die s.c. Gabe möglich. Für die Umstellung sind nach Prof. Dr. Min-Suk Yoon, Klinik für Neurologie und Stroke Unit, Evangelisches Krankenhaus Hattingen, unter anderem folgende medizinische und psychosoziale Kriterien wichtig:

- Nebenwirkungen während beziehungsweise nach der i.v. Gabe,
- gute physische und kognitive Fähigkeiten des Patienten,
- Wunsch des Patienten nach besserer Vereinbarkeit von Therapie und Beruf,
- Adhärenz des Patienten.

Primär sei eine Umstellung auf SCIg (Hizentra®) in neurologischen Spezialzentren oder Hochschulambulanz zu empfehlen, möglich sei sie aber auch im niedergelassenen Bereich. Bereits vor der Umstellung sollten die Erwartungen des Patienten für die Initialphase thematisiert werden: So bliebe der von manchen Patienten erlebte „Kick“ durch den initial hohen IgG-Spiegel unter einer s.c. Applikation aus.

Die Umstellung sollte nach einer mindesten dreimonatigen i.v. Gabe erfolgen und so früh wie möglich nach der letzten i.v. Gabe beginnen. Yoon sprach sich für das (Wochen-) Dosisäquivalent aus: 100% der wö-

chentlichen i.v. Gabe sollten ab Woche 1 s.c. gegeben werden. Nach Beginn der s.c. Gabe solle ein spezialisiertes Fachpersonal ein engmaschiges Patientenmonitoring durchführen. Als erfolgreich abgeschlossen gelte eine Umstellung, wenn der Patient stabil sei und sicher in der Anwendung. Nach Stangels Erfahrungen bietet das SClg viele Vorteile. „In der Regel verbessert sich

die Lebensqualität der Patienten unter SClg“, so Stangels Fazit.

**Dr. Friederike Holthausen**

Fachpressgespräch „CIDP-Management Flexibel und individuell mit Hizentra®, dem ersten subkutanen Immunglobulin“, 92. DGN-Kongress, Stuttgart, 27.9.2019; Veranstalter: CSL Behring

## Negativsymptome der Schizophrenie verringern

➔ Klinische Studien zeigen, dass Cariprazin zur Behandlung der Schizophrenie wirksam ist, insbesondere bei Negativsymptomen. Dies spiegelt sich auch in Fallberichten aus der Klinik wider.

Die pharmakologische Behandlung der Schizophrenie stehe vor einigen Herausforderungen, schilderte Dr. Karolina Leopold, Vivantes Klinikum Am Urban, Berlin, ihre Erfahrung. Dazu zähle insbesondere eine unzureichende Wirksamkeit vieler Arzneien auf die Negativsymptomatik und auf kognitive Defizite. Zudem führten starke Nebenwirkungen oftmals zu Therapieabbrüchen. Diese Situation könnte sich durch den Einsatz von Cariprazin deutlich verbessern.

In einer klinischen Studie an Patienten mit primärer Negativsymptomatik konnte eine überlegene Wirksamkeit von Cariprazin (Reagila®) im Vergleich zu Risperidon gezeigt werden [Németh G et al. Lancet 2017; 389:1103–13]. Der G-BA erkannte dem Präparat einen Zusatznutzen bei der Behand-

lung von Negativsymptomen gegenüber der Vergleichstherapie zu.

In der klinischen Anwendung habe sie mit Cariprazin bereits einige positive Ergebnisse erzielt, berichtete Leopold. Es sei außerdem für die Langzeittherapie geeignet, erklärte Prof. Dr. Peter Falkai, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik München, da das Nebenwirkungsprofil hinsichtlich neurologischer, metabolischer und kardiovaskulärer Parameter günstig sei. Am häufigsten käme es zu Akathisie, Insomnie und Kopfschmerz. Leopold ergänzte, dass diese ihrer Erfahrung nach durch eine Aufteilung auf zwei Tagesdosen reduziert werden könnten.

**Dr. Katharina Brüggem**

Satellitensymposium „Therapieoption Cariprazin zur Behandlung der Schizophrenie: Vom Hoffnungsträger zum Leistungsträger?“, DGPPN-Kongress, Berlin, 28.11.2019; Veranstalter: Recordati

## Adulte ADHS erkennen und behandeln

➔ Ein beträchtlicher Anteil von Menschen mit einer psychiatrischen Erkrankung ist auch an einer ADHS erkrankt, die oft erst spät oder gar nicht erkannt wird. So weisen viele Patienten, die an einer Achse-I-Störung leiden, eine komorbide ADHS auf. Betroffen sind beispielsweise 21,2% der Patienten mit bipolarer Störung, 22,6% der an Dysthymie und 11,9% der an Angststörungen Erkrankten. Zu den Achse-II-Störungen, die besonders oft mit einer ADHS einhergehen, zählen die Borderlinestörung sowie schizotyp, antisoziale und narzisstische Persönlichkeitsstörungen. „Lässt sich die

psychiatrische Symptomatik eines Patienten nicht vollständig mit Achse-I- oder Achse-II-Erkrankungen erklären, würde ich zunächst einen Screener einsetzen und danach die IDC-10- oder DSM-5-Kriterien für eine ADHS abfragen“, wird Prof. Dr. Christian Jacob, Kirchheim, in einer Pressemitteilung der Firma Shire zitiert.

Zur medikamentösen Erstlinientherapie bei Erwachsenen empfiehlt die Leitlinie Stimulanzien. Lisdexamfetamin (Elvanse Adult®) ist hierfür seit Mai 2019 zugelassen. **red**

Nach Informationen von Shire (Takeda)

## SPMS: Siponimod zugelassen

Ende Januar 2020 hat der selektive Modulator des Sphingosin-1-Phosphat-Rezeptors Siponimod (Mayzent®) die EU-Zulassung erhalten, für erwachsene Patienten mit sekundär progredienter Multipler Sklerose (SPMS) mit Krankheitsaktivität, nachgewiesen durch Schübe oder Bildgebung der entzündlichen Aktivität. Die Zulassung basiert auf der Phase-III-Studie EXPAND, in der Siponimod das Risiko für eine Krankheitsprogression signifikant reduzierte. **red**

Nach Informationen von Novartis

## Pregabalin als teilbare Tablette

Das Unternehmen neuraxpharm weist darauf hin, dass das hauseigene Pregabalin® auf dem deutschen Markt das einzige Pregabalin-Generikum ist, das als teilbare Tablette zur Verfügung steht. Alle acht Wirkstärken sind teilbar, beispielsweise zum Ein- und Ausschleichen einer Behandlung. Zugelassen ist Pregabalin® für die Anwendung bei neuropathischen Schmerzen, Epilepsie sowie generalisierten Angststörungen. **red**

Nach Informationen von neuraxpharm

## Interferon-β auch in Schwangerschaft und Stillzeit

Das Unternehmen Bayer hat von der Europäischen Kommission eine Zulassungsänderung zur Anwendung von Betaferon® (Interferon beta-1b) bei Multipler Sklerose (MS) in der Schwangerschaft und Stillzeit erhalten. Eine Analyse europäischer Register zur Arzneimittelexposition in der Schwangerschaft mit Daten von MS-Patientinnen über die vergangenen Jahre zeigte, dass eine IFNβ-Behandlung vor der Schwangerschaft oder in der Frühschwangerschaft ohne negative Auswirkungen auf den Ausgang der Schwangerschaft blieb. Frauen mit schubförmiger MS können daher ihre Behandlung mit Betaferon® fortsetzen, bis die Schwangerschaft bestätigt ist. Entsprechend müssen Frauen im gebärfähigen Alter während der Therapie mit Betaferon® keine zuverlässige Verhütungsmethode mehr anwenden. Die Behandlung kann während Schwangerschaft und Stillzeit fortgesetzt werden, wenn dies klinisch notwendig ist. **red**

Nach Informationen von Bayer

Hier steht eine Anzeige.





Hier steht eine Anzeige.



# Journal

Der an seinem Liebesideal scheiternde Mann taucht  
in allen Söderberg-Romanen auf.



# Die Ambivalenz der Moral

## Hjalmar Söderbergs Roman „Doktor Glas“

Der schwedische Schriftsteller Hjalmar Söderberg (1869–1941) gehört trotz seines nicht gerade opulenten Gesamtwerks, das aus Erzählungen, Romanen, Novellensammlungen, drei Theaterstücken sowie etlichen journalistischen Artikeln und auch religionskritischen Schriften besteht, zu den bedeutendsten Repräsentanten der Literatur des „Fin de Siècle“. Söderbergs Romane zählen zu den meistgelesenen in Schweden, denn seine Themen sind virulent bis in die Gegenwart.

**A**ls Sohn eines Notars und einer Musiklehrerin wuchs der schwedische Schriftsteller Hjalmar Söderberg in Stockholm auf, studierte kurze Zeit Politik und Latein in Uppsala, wandte sich dann dem Journalismus zu, bis er nach Erfahrungen in der Provinz nach Stockholm zurückkehrte und eine Anstellung beim „Svenska Dagbladet“ bekam. Antje Rávic Strubel, die ein bemerkenswertes Nachwort zur Manesse-Ausgabe des Romans „Doktor Glas“ verfasst hat, erklärt darin Söderberg zum „Kultautor, dessen Figuren sich übers Literarische hinaus tief ins Bewusstsein der schwedischen Gesellschaft eingepägt haben.“ Auch wenn ihn seine Stilistik eigene Wege gehen ließ, darf Söderberg dennoch in eine Reihe mit dem fast eine halbe Generation älteren Strindberg gestellt werden. Wie die meisten Autoren des Fin de Siècle war auch dieser Autor ein „enfant terrible“ und Pfahl im Fleische einer protestantisch bürgerlichen Gesellschaft, angefeindet von den konservativen und moralisierenden Wertehütern, bewundert dagegen von der jungen, Konventionen aufbrechenden Generation mit ihrer Sehnsucht nach Befreiung und Bohème.

Söderbergs Personal folgt nicht nur den Regeln des Zeitgeistes, sondern festigt auch seinen Ruf als „Verderber der Jugend“. Es sind Flaneure, Dandys mit provozierend antibürgerlichen Ansich-

ten über Liebe und Geschlecht, über Existenz und Moral. Söderbergs Lebensraum ist „das städtische Bürgertum, das er liebt und hasst. Er ist Bohemien und lässt sich gern in den angesagten Stockholmer Cafés in geistreiche Plaudereien verwickeln. Aber das Anrühige gehörte allgemein zur Zeit des Fin de Siècle, auch in Schweden, Strindberg hatte es vorge-macht, daran war nichts Besonderes mehr. Was Söderberg so einzigartig macht, ist seine bewundernswerte literarische Mischung aus Nüchternheit und Wehmut. Sie macht ihn zu diesem ‚Genie ohne Pathos und Superlative‘, als den ihn der dänische Kritikerpapst Georg Brandes bezeichnete“ (Peter Urban Halle. In: Die Welt vom 7. Oktober 2000).

Der literarische Typus des amorali-schen Helden wird zur europäischen Größe, geschult an Tschekow, Maupassant und Baudelaire. Die Dialektik seiner Figurenkonstellation balanciert mit dem Gegengewicht selbstbewusster Frauen, die auch und gerade im Erotischen aufihrem Recht beharren und die neuen Regeln festlegen. Dadurch entstehen, so Rávic Strubel, die „Söderberg-Themen: das Verhältnis von Eros und Selbstbestimmung. Das Verhältnis von Freiheit und Moral. Die Diskrepanz zwischen dem Wunsch nach ästhetischer Vollkommenheit und einer ernüchternden Alltagswirklichkeit in einer Gesellschaft, die, wie Söderberg einmal sagte, Männer zu Mördern und

Frauen zu Huren mache. Es versteht sich von selbst, dass das Setting solcher Literatur nur die Großstadt mit ihren Cafés, Boulevards und verschwiegenen Boudoirs sein kann. Landleben findet bei Söderberg kaum statt, er hält nichts vom „Schuhmacherrealismus“.

### Die Lust des Fleisches und die unheilbare Einsamkeit des Herzens

Auch wenn über den urbanen Szenerien das verspielte und zart hingetupfte Licht des Impressionismus flimmert, so darf dies nicht über die tief existenziellen Probleme hinwegtäuschen, die Söderberg verhandelt. Interessant ist, dass er seine Literatur hauptsächlich in seiner ersten Lebenshälfte schrieb und ihn später, in der zweiten Hälfte, den Weg weg von der Fiktion und der Literatur beschreiten ließ. Über die Gründe kann man nur mutmaßen: „Vielleicht lag es an der Melancholie, die eines Tages überhandnahm. Oder es lag an einer allzu schmerzhaften Liebeserfahrung. Oder die tiefgreifenden gesellschaftlichen Veränderungen jener Anfangsjahre des 20. Jahrhunderts waren der Auslöser dafür, dass sich Söderberg von der Belletristik abwandte“ (Rávic Strubel). Fest steht, dass Söderbergs Ehe mit der psychisch kranken Märta Abenius, der immerhin drei Kinder entsprossen, so schwierig war wie die finanziellen Verhältnisse unsicher. Tatsache ist ebenso, dass Söder-

berg mit der wohlhabenden, selbstbewussten und künstlerisch begabten Maria von Platen eine vierjährige Liebesbeziehung pflegte, ungeachtet ihres elfjährigen Sohnes, den diese bei ihrem älteren Mann zurückgelassen hatte, um in Stockholm zu schreiben, zu übersetzen, Theater zu spielen und ihre Sexualität zu leben. Fakt ist schließlich, dass Söderberg nicht der einzige Geliebte jener Maria von Platen war, die das „Svenska Dagbladet“ zu jener bestimmten Art von „Mädchen aus der Oberschicht“ zählte, die „stolz darauf waren, Skalps von Dichtern am Gürtel zu tragen.“ Derlei Konstellationen pflegen bei sensiblen Schriftstellern tiefe existenzielle Krisen auszulösen, selbst wenn die Regeln der Discretion eingehalten werden und nach Außen der schöne falsche Schein gewahrt bleibt. Das romanhaft versteckte Bekenntnis Söderbergs, er glaube „an die Lust des Fleisches und die unheilbare Einsamkeit des Herzens“ legt ein beredtes Zeugnis davon ab. Rávic Strubel merkt hierzu an: „Melancholie ist ein auf die Sinnfrage ausgerichtetes Gestimmtheit. Söderberg beantwortet diese Frage (...) mit grandioser Nüchternheit: „Es könnte sein, dass der Sinn des Lebens ganz einfach der ist, zu leben und dann zu sterben.““

Der Autor wechselt den Ort der Niederlage, geht nach Kopenhagen, lernt dort die Dänin Emilie Voss kennen und lebt von Stipendien, Vorschüssen und Darlehen seiner Gönner. Der Alkohol und mit ihm die spezifische skandinavische „Svårmod“ gewinnen immer stärker die Herrschaft über den Pazifisten und Antifaschisten mit seinem vehementen Widerwillen gegen Hitler, die „bellende deutsche Hundestimme aus Nürnberg“.

### Doktor Glas

„Doktor Glas“ gilt allgemein als Söderbergs Meisterwerk. Es handelt sich um Tagebuchaufzeichnungen eines in sich gekehrten, aber ziemlich verklemmten Arztes. Sie reichen von einem heißen 12. Juni bis zu einem verregneten 7. Oktober. Als Allgemeinmediziner ist Tyko Gabriel Glas unglückliche Frauen, die um eine Abtreibung betteln, gewohnt. Stets hat er deren Ansinnen abgelehnt –

nicht aus moralischen oder religiösen Gründen, er fürchtet allein die juristische Verfolgung. Der Junggeselle erinnert sich wehmütig an die eine kurze Liebe einer Mittsommernacht und lässt sich nicht von Trieben leiten, worauf er besonders stolz ist. Stattdessen schreibt er Tagebuch, um „die Hand zu bewegen, lasse meinen Gedanken freien Lauf; schreibe, um schlaflose Zeit totzuschlagen. Warum finde ich keinen Schlaf? Schließlich habe ich kein Verbrechen begangen“. Über seine Arbeit notiert er: „Was für ein Beruf! Wie kommt es, dass ich unter allen Erwerbszweigen den ge-

*»Es könnte sein, dass der Sinn des Lebens ganz einfach der ist, zu leben und dann zu sterben.«*

wählt habe, für den ich mich am wenigsten eigne?“ Der Plot lässt sich mit dem Klappentext kurz zusammenfassen: „Warum Doktor Glas den Arztberuf gewählt hat, weiß er nicht mehr – das Körperliche der Menschen eckelt ihn an. Auch deshalb war er noch nie mit einer Frau liiert. Eines Tages bittet ihn die junge und schöne Helga, Gattin des abstoßenden Pastors Gregorius, um Hilfe. Durch Notlügen soll der Doktor sie von der Erfüllung ihrer ehelichen Pflichten befreien. Er verliebt sich und kommt ihrer Bitte nach. Als der Pastor seine Gemahlin unter Berufung auf seine Prärogativen vergewaltigt, ist das Maß voll: Glas beschließt, ihn zu vergiften – obwohl Helga Gregorius einen anderen liebt.“

Zwar scheint die Gefahr gering, dass der wider jedwede ärztliche Ethik begangene Mord aufgedeckt wird, doch die Tat beschäftigt Doktor Glas nachhaltig. Verbunden damit ist der quälende Verdacht, er könnte sich umsonst schuldig gemacht haben. Dennoch ordnet er die Niedergeschlagenheit der Pastorengattin falsch ein und handelt ebenso unreflektiert wie unmoralisch, indem er dem Pastor eine Zyanalipille verabreicht, die er eigentlich für seinen eigenen Suizid prophylaktisch mit sich herumträgt. Mithin handelt es sich keinesfalls um einen Mord aus Leidenschaft, obgleich es um Liebe geht. Den Totenschein (angebliche Todesursache: Herzinfarkt) stellt er ebenfalls aus.

Die Darstellung der psychischen Zustände nimmt breiten Raum im Romaneschehen ein. Ebenso schenkt der Autor dem Sexualverhalten des Arztes große Aufmerksamkeit, der Frauen offenbar nur aus der Ferne anbeten kann, wobei es sich auffälligerweise um Frauen handelt, die einen anderen Mann begehren. Am Ende ist Doktor Glas der Verlierer. Seine desillusionierende Lebensbilanz lautet: „An mir ist das Leben vorbeigegangen“. Halle erkennt darin ein durchgehendes Motiv im Werk Söderbergs, denn ähnlich wie in Doktor Glas geht es auch in der Erzählung „Der Pelz“ her:

Darin wird dem „ärmlichen Doktor Gustav Henck, der freilich eine schöne Frau und drei Kinder hat, von seinem reichen ledigen Freund für den kalten Heimweg

ein Pelz geliehen. Als Henck nach Hause kommt, ist der Flur stockdunkel, da fliegt ihm seine Frau entgegen, kuschelt sich in den Pelzkragen, küsst ihn warm und innig und flüstert: „Gustav ist noch nicht zu Hause.“ Dafür dankt er dem Pelz, denn er hat, sagt sich Henck, „mir die letzten Sekunden Glück geschenkt, die ich im Leben empfinden durfte“. Halles Fazit: „Die Liebe ist bei Söderberg nie zu erreichen, es gibt bei ihm immer nur den Traum von der Liebe, aber den umso stärker und bedingungsloser.“ Das mag auch damit zu tun haben, dass Söderbergs Charaktere nicht planvoll, sondern intuitiv handeln, weswegen Halle sie in die Nähe des „überflüssigen“ Menschen rückt, wie ihn die russische Literatur des 19. Jahrhunderts eingeführt hat. Man denke dabei an Puschkins Eugen Onegin, Turgenjews Rudin und natürlich Gontscharows Oblomow, aber auch an den Dänen Herman Bang (siehe: Ein Dandy in der Stadt der Wahnsinnigen. In: NeuroTransmitter 2007/7-8). Sie werden zu inhaltlich inspirierenden und auch zu stilistischen Vorbildern.

### Grundstein für das Genre des Schwedenkrimis?

Für die Kritikerin Manuela Reichart (Deutschlandfunk 20. November 2012) ist Söderbergs Roman „eine komplizierte Geschichte“, die er „mit scheinbar einfachen Mitteln“ erzählt. „Wir folgen den

Gedanken des Protagonisten, sehen die Menschen, denen er begegnet, mit seinen Augen und teilen seine Reflexionen. Der Mann macht es sich nicht leicht, und dass und wie er die Tat am Ende begeht, entzieht sich jeder Verurteilung. Das ist der literarische Skandal – auch heute noch.“ Vielfach herrscht die These vor, mit diesem Roman, seiner Technik der psychologischen Erklärung des Täters und seiner Tat setze Söderberg den „Grundstein“ für das mittlerweile weltberühmte Genre des Schwedenkrimis. Doch diese Ansicht greift zu kurz und reduziert überdies die schwedische Literatur des Fin de Siècle auf ein heute beliebtes Muster (semi-) literarischer Unterhaltung. „Der Durchleser“ schreibt in seinem Blog (durchleser.wordpress.com), es handle sich bei Söderbergs Roman um einen „Kriminalroman der Extraklasse, der ganz ohne Kommissar auskommt, in dem die Planung des potenziellen Mordes bereits auf den ersten Seiten subtil erkennbar“ werde. Zentral ist für den Rezensenten die Frage nach der Moral. Söderberg wolle durch seine prägnant distanzierte, aber auch gleichzeitig messerscharfe Beobachtungsgabe seinem Hauptdarsteller Macht verleihen, „um Moral gegen Moral wieder aufheben zu lassen. Doktor Glas möchte diese junge Frau vom sexuellen Druck und den bigotten ‚Ehepflichten‘ ihres Mannes – dem Pastor – befreien, sodass sie wiederum als Geliebte für einen anderen Mann bereit sein konnte. Doch warum erlöst nicht der Liebhaber diese – seine – Frau aus den Fängen ihres Ehemannes, sondern Doktor Glas? Vielleicht geht es auch da überhaupt gar nicht um Liebe, sondern nur um Sex?“

Die kanadische Schriftstellerin Margaret Atwood hat auf die Wandlung des Doktor Glas vom romantischen Idealisten zum Schwermütigen und schließlich zum Mörder aufmerksam gemacht. Rávic Strubel greift diesen Gedanken auf und sieht in Glas einen Mörder, „dessen Verbrechen im Licht rationaler Erklärbarkeit erscheint“, weswegen auch die Lesart möglich sei, seinen Angriff auf Ehe und Religion als einen „beinahe revolutionären Akt“ zu deuten. Die gewählte Tagebuchform gibt einerseits vor, authentisch alles Persönliche an Gedanken und Erlebnissen wiederzugeben,

taugt aber andererseits bestens dafür, diese bis hin zum Selbstbetrug zu verschleiern. Für Rávic Strubel wirft der Roman die Frage auf, „inwieweit der Mensch über sich selbst die Wahrheit wissen kann“, und ob die im sprechenden Namen Glas implizierte Transparenz nicht doch nur ein Trug ist und der Mensch nur ein „Spielball der Umstände“. Die Ordnung, die Söderberg in seinem Roman vorführe, beruhe auf einer „scheinheiligen Moral, von der Frauen wie Männer unter Druck gesetzt werden. Wir sehen einem Vertreter des Bürgertums dabei zu, wie er (...) in seiner Sehnsucht nach Schönheit, Eleganz und Zweckfreiheit des Lebens aufbegehrt und doch schon befallen ist von Ernüchterung und Weltekel.“ Erst die Mordtat erscheint als ferne Verlockung einer Selbstbefreiung, die die Zwänge der Unterwerfung unter unterdrückte Wünsche von sich streift. Deshalb steht das Abwägen von Für und Wider der Tat im Zentrum des Romans.

Söderberg synthetisiert zeittypische Diskurse des Fin de Siècle: „Die Abkehr von religiös bestimmtem Handeln, die Desillusionierung in Bezug auf einen metaphysischen Sinn der Existenz, die Problematisierung von ‚ennui‘ als bestimmendes Daseinsgefühl, intelligenzaristokratischen Ästhetizismus und die Psychopathologisierung der erzählten Person.“ Die Bündelung dieser Themen macht Söderbergs Werk zu einem der einflussreichsten Romane der neueren skandinavischen Literatur (Martin Nies). Der Roman „Doktor Glas“ wurde bereits 1942 unter der Regie von Rune Carlsten verfilmt, der auch die Rolle des Pastors Gregorius übernahm. Der Film ist über YouTube abrufbar.

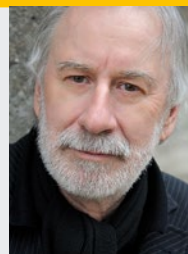
## Literatur beim Verfasser

### AUTOR

**Prof. Dr. phil.  
Gerhard Köpf**

Literaturwissenschaftler und Schriftsteller  
Ariboweg 10  
81673 München

E-Mail:  
aribo10@web.de



Franziska Klein – Logopädin und Illustratorin

## Die Kraft der Ordnung und Schönheit der Listen

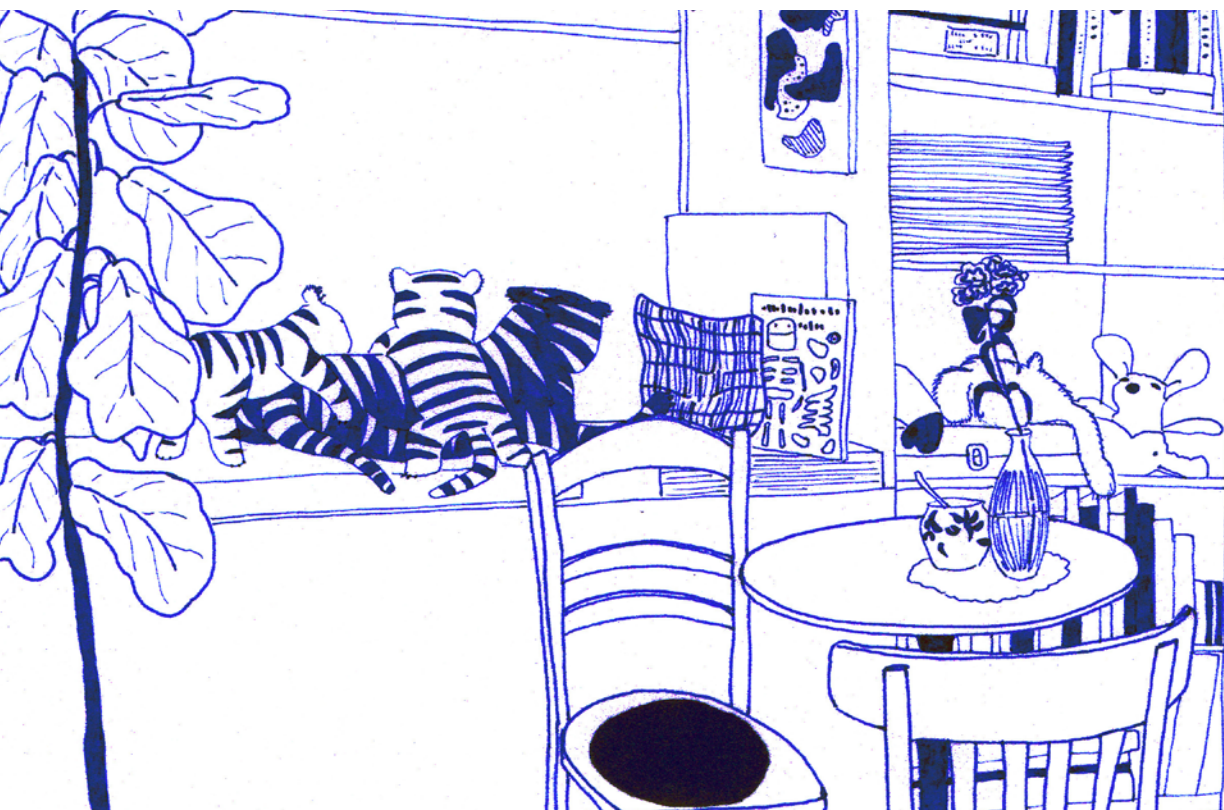
Auf der Visitenkarte von Franziska Klein steht: Logopädin und Illustratorin – zwei Berufe, die wenig gemeinsam zu haben scheinen. Doch tatsächlich gab die Ausbildung zur Logopädin den letzten Anstoß, sich als Illustratorin zu professionalisieren. So plump und hässlich waren die Materialien, mit denen die angehenden Logopäden arbeiten mussten, dass Franziska Klein, die schon immer gerne zeichnete, beschloss, die Dinge selbst in die Hand zu nehmen.

**D**ie vielseitige, sehr reflektierte Illustratorin Franziska Klein, die bereits eine Schauspielausbildung und diverse Berufserfahrungen durchlebt hat, erstellte für sich und ihre Kollegen in ihrer Ausbildung zur Logopädin Therapiematerial wie Kartenspiele und Karten, die durch die Benennung des Dargestellten die Grammatik oder Laut-

erkennung der Patienten fördern. Die Arbeitsutensilien kamen nicht nur bei den Kollegen, sondern auch in Logopädiepraxen so gut an, dass Klein immer mehr davon produzierte. „Warum sollten wir und die Patienten nicht mit schönen Materialien hantieren; wir alle brauchen mehr Schönes auch in unserem Arbeitsalltag“, argumentierte sie hierzu.

### Inspiration durch Sehen und Hören

Über die zweckgebundenen Karten hinausgehend, entwickelte die Illustratorin bald auch Postkarten für jedermann, die durch ihre auch witzigen Motive oder Ästhetik erfreuen. Sie zeigen beispielsweise eine Sammlung von Hippstern mit verschiedenen Bärten, Kaffeetassen, Quallen, Affen oder andere Tierarten



Fountain Pen,  
Monochrom,  
Café

© Franziska Klein

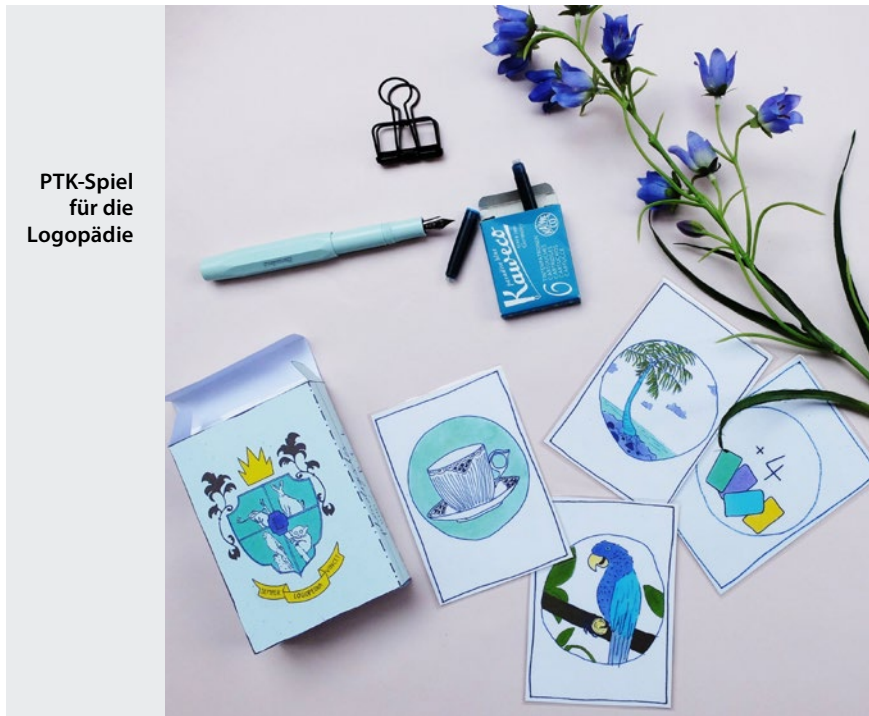
mit kontrastreichem Hintergrund. Der Verkauf findet über eine Onlineplattform, in lokalen Buchhandlungen und auf Märkten statt.

Interessant ist der Arbeitsablauf, der den elegant pastelligen oder energisch farbigen Karten vorausgeht. Die bekennende Listenliebhaberin beginnt, indem sie meist auf Papier mit Aquarell, Brushpens oder Füller Motive zu verschiedenen Themen festhält. Wie Klein sagt: „Zeichne ich erstmal Freihand alles, was mir zu verschiedenen Motti, wie etwa München oder Wassertiere, einfällt. Dann scanne ich die Zeichnung ein und schneide die Motive digital aus, um sie neu anzuordnen und die Farben festzulegen.“ Ihr Werk kennzeichnen Präzision und perfekt abgestimmte Farben in kraftvollen Kompositionen aus.

Neue Ideen liefern der Münchner Illustratorin, die am liebsten in Cafés arbeitet, nicht nur ihre Beobachtungen, sondern auch die Gespräche mit Kunden. So ist ihr Notizbuch randvoll mit Anregungen und Ideen, die auf ihre Umsetzung warten.

### Kunstvolles aus der Schublade

Das Coverbild dieser aktuellen NeuroTransmitter-Ausgabe ist eine mit Füller gezeichnete Innenansicht eines Cafés, die sie für eine Auftragsarbeit einer Zeitschrift verwendete. Klein verfügt über eine ganze Serie von Kaffeehausbildern, die auf einen schon vor längerer Zeit gefassten Neujahrsvorsatz zurückzuführen sind. Pro Jahr stellt sich die Illustratorin seither einer Listenherausforderung: So besuchte sie beispielsweise in einem Jahr 20 verschiedene Museen in München. 2017 waren die Cafés der Stadt an der Reihe. Dort ließ sie sich zu verschiedenen Innenraumillustrationen inspirieren. Daraus entsprang nun auch der Gedanke zu ihrem nächsten Projekt: „Ich plane ein Kaffeehauskreativbuch zu erstellen, ähnlich wie die Produkte des Magazins Flow. Lauter Füllerzeichnungen von Kaffeehausinnenansichten, die Leute, die einen Rahmen brauchen, um kreativ zu werden, als Ideengeber benutzen können.“ Flow ist eine dänische Zeitschrift, die den derzeitigen Trend des Hygge (der Achtsamkeit) bedient. Sie wird vor allem für ihre kreativen Illustrationen geschätzt.



PTK-Spiel für die Logopädie

© Franziska Klein



Postkartenvariationen

© Franziska Klein

Die liebevoll gezeichneten und ausdrucksstark arrangierten Motive der Illustratorin Franziska Klein machen den Alltag ein wenig schöner. Es gibt sie hoffentlich bald auch in noch größerer Vielfalt zu erwerben.

**Mehr Informationen:**

- <https://www.etsy.com/de/shop/wonderoftoday>
- <https://www.zeitfuerschoenes.de/flow>
- <https://www.wonderoftoday.de/ueber-mich/>

**AUTORIN**

**Dr. Angelika Otto**

Freie Journalistin  
München

E-Mail: [angelika.s.otto@gmail.com](mailto:angelika.s.otto@gmail.com)



## Veranstaltungen BVDN/BDN/BVDP-Landesverbände 2020

Datum / Ort / Zeit	Landesverband / Titel / Themen	Anmeldung
<b>26.–28.3.2020, Köln</b> Park Inn City West	<b>Neurologen- und Psychiatertage mit Mitgliederversammlung des BVDN</b> <b>Hauptthema:</b> Neuroethik und Neurogenetik. Des Weiteren Seminare zu Migräne, ADHS, MS, Gutachten, Depression, Psychose, Praxisstart, kognitive Fallstricke in der Diagnostik, Neuropsychologie	Geschäftsstelle BVDN – BDN – BVDP Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld Tel.: 02151 4546920 E-Mail: bvdn.bund@t-online.de
<b>24.–26.4.2020, Waren (Müritz)</b>	<b>Landesverband Mecklenburg-Vorpommern: Frühjahrstagung mit Mitgliederversammlung</b>	Anmeldung nicht erforderlich. Programm über Dr. Katrin Hinkforth, E-Mail: katrin.hinkfort@gmx.de Dr. Ramon Meißner, E-Mail: rc.meissner.praxis@gmx.de
<b>9.5.2020, München</b> Hörsaalgebäude im Universitätsklinikum Rechts der Isar <b>5 CME-Punkte</b>	<b>Bayerische BVDN Frühjahrstagung Fortbildung mit Mitgliederversammlung „Neuro- und Psychopharmakotherapie: label – off label“</b> <i>Referate:</i> Label und off Label bei der Behandlung von ZNS-Erkrankungen aus neurologischer und psychiatrischer wissenschaftlicher Sicht   Label und off Label bei der Behandlung von ZNS-Erkrankungen aus Sicht des MDK und der KV-Prüfungsstelle	Athene Akademie Tel.: 0931 2055526 E-Mail: k.braungardt@athene-qm.de

## Fortbildungsveranstaltungen 2020

<b>25.–27.3.2020, Marburg</b> Alte Aula, Lahntor 2; Universitätsbibliothek, Deutschhausstraße 9; Schloss Marburg, Schloss 1	<b>Congress Neurobiology of the Major Psychosis</b> A Translational Perspective on Gene-Environment Interactions in Depression, Bipolar Disorder and Schizophrenia	Philipps-University of Marburg, Department of Psychiatry and Psychotherapy, Annette Tittmar Rudolf-Bultmann-Straße 8, 35039 Marburg Tel.: 06421 5865281 E-Mail: FOR2107_Conference2020@med.uni-marburg.de
<b>26.–28.3.2020, Baden-Baden</b> Konresshaus, Augustaplatz 10	<b>64. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie und Funktionelle Bildgebung</b>	Conventus, Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena, Juliane Meißner, Tel.: 03641 3116-141 E-Mail: dgkn@conventus.de
<b>3.–4.4.2020, Tübingen</b> Universitätsklinikum Hoppe-Seyler-Straße 3	<b>Frühjahrstagung der Arbeitsgruppe Pädiatrie der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) e. V.</b>	Conventus, Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena, Lisa Maria Schaaf, Tel.: 03641 3116-362 E-Mail: dgsm-paediatric@conventus.de
<b>3.4.2020, Berlin</b> Charité, Sauerbruchweg 2	<b>17<sup>th</sup> European Narcolepsy Master Class</b>	Andrea Barzago, European Sleep Foundation, Lugano, Switzerland E-Mail: eu_masterclass@europeansleepfoundation.ch
<b>24.–25.4.2020, Aachen</b> SuperC, Templergraben 57	<b>Jahrestagung der Sektion Intensivmedizin und Neurotraumatologie</b>	Conventus, Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena Cynthia Rammel, Tel.: 03641 3116-333 E-Mail: ntim@conventus.de
<b>2.5.2020, Düsseldorf</b> Schadowplatz 14	<b>Jahrestagung der Sektion Endoskopische Neurochirurgie, Neuronavigation und intraoperative Bildgebung der DGNC</b>	Conventus, Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena Tel.: 03641 3116-0 E-Mail: post@conventus.de
<b>15.–16.5.2020, Düsseldorf</b> Haus der Ärzteschaft	<b>22. DGNB-Jahrestagung mit dem Thema: Trauma und chronischer Schmerz</b> Eine komplexe Aufgabenstellung für neurologisch-psychiatrische Fachgutachter in der interdisziplinären Schmerzbegutachtung	DGNB – Deutsche Gesellschaft für Neurowissenschaftliche Begutachtung e.V. Manderscheider Str. 37, 60529 Frankfurt/Main Tel.: 069 8720-3755 E-Mail: info@dgnb-ev.de
<b>10.–13.6.2020, Freiburg</b> Konzerthaus Freiburg, Konrad-Adenauer-Platz 1	<b>55. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epileptologie</b>	Conventus, Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena, Doreen Kühle, Tel.: 03641 3116-319 E-Mail: epilepsie@conventus.de
<b>21.–24.6.2020, Lübeck</b> Lübecker Musik- und Kongresshallen GmbH, Willy-Brandt-Allee 10	<b>71. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)</b> 8. Joint Meeting mit der Japanischen Gesellschaft für Neurochirurgie	Conventus, Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena, Franka Kümmel/Justus Appelt, Tel.: 03641 3116-334 E-Mail: dgnc-kongress@conventus.de
<b>17.–18.7.2020 und 2.–3.10.2020 Ispringen</b> Haus Salem, Friedensstraße 62 <b>36 CME-Punkte</b>	<b>Umgang mit Religion/Spiritualität in der Psychiatrie und Psychotherapie</b> Ziel des Kurses ist es, das Behandlungsmanagement von Ärzten und psychologischen PT evidenzbasiert im Bereich der Spiritualität/Religion zu optimieren.	Anfragen und Anmeldung via E-Mail: info@afpp.de







An die Geschäftsstelle Gut Neuhof  
Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld, Fax: 02151 45469-25/-26  
E-Mail: [bvdn.bund@t-online.de](mailto:bvdn.bund@t-online.de)

- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V. (BVDN) (Mitgliedsbeitrag 580 €, ab 2. Gemeinschaftspraxismitglied 440 €, angestellter Arzt 300 €, Senior 60 €, Arzt in Weiterbildung 0 €).
- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Neurologen e. V. (BDN) (Mitgliedsbeitrag 580 €, ab 2. Gemeinschaftspraxismitglied 440 €, angestellter Arzt 300 €, Senior 60 €, Arzt in Weiterbildung 0 €).
- Ich wünsche die **DOPPELMITGLIEDSCHAFT** – BDN und BVDN – zu gleichen Beitragskonditionen.
- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Psychiater e. V. (BVDP) (Mitgliedsbeitrag 580 €, ab 2. Gemeinschaftspraxismitglied 440 €, angestellter Arzt 300 €, Senior 60 €, Arzt in Weiterbildung 0 €).
- Ich wünsche die **DOPPELMITGLIEDSCHAFT** – BVDP und BVDN – zu gleichen Beitragskonditionen.
- Ich wünsche die **DREIFACHMITGLIEDSCHAFT** – BVDN, BDN und BVDP – zu gleichen Beitragskonditionen.

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

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

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail/Internet: \_\_\_\_\_

- Ich bin
- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> niedergelassen                         | <input type="checkbox"/> in der Klinik tätig | <input type="checkbox"/> Chefarzt/ärztin   | <input type="checkbox"/> Facharzt/in   |
| <input type="checkbox"/> Weiterbildungsassistent/in             | <input type="checkbox"/> Neurologe/in        | <input type="checkbox"/> Nervenarzt/ärztin | <input type="checkbox"/> Psychiater/in |
| <input type="checkbox"/> in Gemeinschaftspraxis tätig mit _____ |  |  |  |

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

- Gratis NERFAX-Teilnahme erwünscht
- Gratis Mailservice „Das muss man wissen ...“ 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.)

# NEUROTRANSMITTER

Offizielles Organ des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte e.V. (BVDN), des Berufsverbandes Deutscher Neurologen e.V. (BDN) und des Berufsverbandes Deutscher Psychiater (BVDP) e.V.

**Herausgeber:** Berufsverband Deutscher Nervenärzte e.V. (BVDN), Vorsitzende Dr. med. Sabine Köhler (sk), Dornburger Straße 17a, 07743 Jena, Tel.: 03641 443359, E-Mail: sab.koehler@web.de, und Vorsitzender Dr. med. Klaus Gehring (kg), Hanseatenplatz 1, 25524 Itzehoe, Tel.: 04821 2041, E-Mail: info@neurologie-itzhoe.de

**Geschäftsstelle BVDN, BDN, BVDP:**  
D. Differt-Fritz, Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld,  
Tel.: 02151 4546920, Fax: -4546925,  
E-Mail: bvdn.bund@t-online.de

**Schriftleiter:** Dr. med. Gunther Carl (gc)  
(v. i. S. d. P.), Friedenstraße 7, 97318 Kitzingen,  
Tel.: 09321 5355, Fax: -8930, E-Mail: carlg@t-online.de

**Verlag:** Springer Medizin Verlag GmbH, Berlin  
Betriebsstätte München: Springer Medizin Verlag  
GmbH, Aschauer Straße 30, 81549 München,  
Tel.: 089 203043-1300, Fax: -203043-1400,  
www.springerfachmedien-medizin.de

**Inhaber- und Beteiligungsverhältnisse:** Die alleinige Gesellschafterin der Springer Medizin Verlag GmbH ist die Springer-Verlag GmbH mit einer Beteiligung von 100%. Die Springer-Verlag GmbH ist eine 100%ige Tochtergesellschaft der Springer Nature Three GmbH. Die alleinige Gesellschafterin der Springer Nature Three GmbH ist die Springer Nature Deutschland GmbH, die 100% der Anteile hält. Die Springer Nature Deutschland GmbH ist eine 100%ige Tochtergesellschaft der Springer Nature Two GmbH. Die Springer Nature Two GmbH ist eine 100%ige Tochter der Springer Nature One GmbH. Die Springer Nature AG & Co. KGaA (73,116%), die GvH Vermögensverwaltungsgesellschaft XXXIII mbH (26,6%) und die Springer Nature One GmbH (0,284%) sind Gesellschafter der Springer Nature One GmbH. An der Springer Nature AG & Co. KGaA hält die Springer Science+Business Media G.P. Acquisition S.C.A., Luxemburg, 47% der Anteile und die GvH Vermögensverwaltungsgesellschaft XXXIII mbH 53% der Anteile.

**Geschäftsführer:** Joachim Krieger,  
Fabian Kaufmann

**Leiter Redaktion Facharztmagazine:**  
Markus Seidl (es)

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

**Verlagsredaktion:** Dr. rer. nat. Gunter Freese  
(Leitung), Tel.: 089 203043-1435, Fax: -203043-  
31435, E-Mail: gunter.freese@springer.com,  
Dr. rer. nat. Thomas Riedel (tr, -1327), Christine  
Cramer (cc, -1333), Thomas Müller, Monika Hart-  
kopf (Chefin vom Dienst, -1409), Doris Gebhardt  
(Assistenz, -1450)

**Herstellung:** Ulrike Drechsler (Leitung),  
Tel.: 06221 4878-662, Edda Führer (Layout)

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

**Anzeigenleitung:** Peter Urban,  
Tel.: 089 203043-1333,

E-Mail: peter.urban@springer.com  
Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 25 vom 1.10.2019.

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

**Erstellungsort:** München

**Druck:** KLIEMO, Hütte 53, 4700 Eupen/Belgien

**Abonnement:** Die Zeitschrift erscheint 11-mal  
jährlich. Bestellungen nimmt der Verlag unter  
Tel.: 06221 345-4304, per Fax: 06221 345-4229  
sowie auch über das Internet unter www.springer-  
medizin.de/neurotransmitter und jede Buch-  
handlung entgegen. Das Abonnement gilt zu-  
nächst für ein Jahr. Es verlängert sich automa-  
tisch um jeweils ein Jahr, wenn dem Verlag nicht  
30 Tage vor Ende des Bezugszeitraums die Kün-  
digung vorliegt.

**Bezugspreise:** Einzelheft 31 €, Jahresabonne-  
ment 239 € (für Studenten/AIP: 143,40 €), jeweils  
inkl. gesetzl. MwSt., zzgl. Versandkosten Inland  
35 €, Ausland 58 €. Für Mitglieder des BVDN, BDN  
und BVDP ist der Bezugspreis im Mitgliedsbei-  
trag enthalten. Sonderpreis für DGPPN-Mitglie-  
der: Jahresabonnement 67,50 €, inkl. gesetzl.  
MwSt., zzgl. Versandkosten (s. o.).

**Copyright und allgemeine Hinweise:** Zur Ver-  
öffentlichung kommen nur Beiträge, die an  
anderer Stelle weder angeboten noch erschienen  
sind. Die Autoren sind verpflichtet zu prüfen, ob  
Urheberrechte Dritter berührt werden. Eine  
redaktionelle Bearbeitung bleibt vorbehalten.  
Mit der Einwilligung zur Publikation im  
„NeuroTransmitter“ überträgt der Autor 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 für Industriekunden zu nutzen.  
Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht  
der Verbreitung, Übersetzung und jeglicher Wie-  
dergabe auch von Teilen dieser Zeitschrift durch  
Nachdruck, Fotokopie, Mikrofilm, EDV-Einpei-  
cherung, 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 Markenschutzge-  
setzgebung als frei zu betrachten wären und da-  
her von jedermann benutzt werden dürfen. Für  
Angaben über Dosierungsanweisungen, Anwen-  
dungsgebiete und Applikationsformen von  
Medikamenten sowie für Abrechnungshinweise  
kann vom Verlag keine Gewähr übernommen  
werden. Derartige Angaben müssen vom jewei-  
ligen Anwender im Einzelfall anhand anderer  
Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft  
werden.

© Springer Medizin Verlag GmbH

Papierausgabe: ISSN 1436-123X  
Elektronische Ausgabe: ISSN 2196-6397  
www.springermedizin.de/neurotransmitter



© Ina Jahn, Katarina Stengler

## Vorschau

Ausgabe 4/2020

### April

erscheint am 17. April 2020

#### Schwere Zwangserkrankungen

Die Versorgung von Menschen mit schweren Zwangserkrankungen wie Hygienezwang kann durch ein integratives Therapiekonzept zur aufsuchenden Behandlung und Förderung von Teilhabechancen im Beruf, im sozialen und persönlichen Alltag verbessert werden.

#### Therapie der Migräneaura

Etwa ein Drittel aller Migränepatienten leidet unter einer Aura, die viele Betroffene als störender empfinden als die Kopfschmerzen selbst. Besonders bei Seh- und Sprachstörungen oder Hemiparese ist eine gute Therapie der Aura nötig, um den Leidensdruck der Patienten zu verringern.

#### Pflegenotstand

Der Personalmangel in Pflegeeinrichtungen ist kein monokausales Phänomen, sondern offenbart Fehlentwicklungen systemischer Natur. Der Abbau von Bürokratie könnte ein Teil der Lösung sein.

Hier steht eine Anzeige.

