

NEUROTRANSMITTER

Neurologie und Psychiatrie – Berufspolitik und Fortbildung



BVDN



BDN



BVDP

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



Was zeigt dieses Bild? Seite 64



Strategiewechsel jetzt! 14

Wie funktionsfähig ist unser Gesundheitssystem?

„Patient vor Profit“ 26

Interview mit Dr. Klaus Reinhardt

ZNS-Kolleg 36

Neue Fortbildungsplattform der Verbände

Impfsicherheit bei MS 44

Was der Neurologe wissen muss



Hier steht eine Anzeige.





Dr. med. Uwe Meier
Vorsitzender des BDN



Prof. Dr. med. Martin Südmeyer
2. Vorsitzender des BDN

2020 – was für ein Jahr!

Ein bemerkenswertes Berufsverbandsjahr liegt hinter uns, nicht zuletzt durch das 20-jährige BDN-Jubiläum, das wir Anfang September 2019 in Potsdam begehen konnten. Es war nicht nur ein Anlass, um zurückzublicken, sondern auch der Auftakt zur Erneuerung und strategischen Neuausrichtung unseres Verbandes. So starteten wir mit Elan, voller Energie, vielfältigen Projekten und Vorhaben in das neue Jahr – und dann kam Corona. Die Verbandsarbeit wurde dadurch naturgemäß erschwert, allein weil die gewohnten Abläufe und Begegnungen unmöglich gemacht wurden. Aber Veränderung muss nicht Stillstand bedeuten! So hat die erforderliche Anpassung an diese ungewöhnliche Situation und die nötige Neuauslotung in einigen Bereichen durchaus auch positive Aspekte in der Verbandsarbeit zum Vorschein gebracht. Einen großen Teil unserer Aktivitäten wickeln wir derzeit online ab. Kaum ein Tag vergeht ohne Livestream. Dafür fahren und fliegen wir nicht mehr so viel durch die Gegend. Endlich haben auch viele Institutionen wie die KBV und die Ärztekammer entdeckt, dass man Gremienarbeit auch mit viel weniger Aufwand und Kosten erfolgreich durchführen kann. Wir hoffen, dass sich dies auch künftig etabliert, denn die Aufgaben, die vor uns liegen, sind unverändert groß und müssen unter den momentanen Bedingungen effektiv angegangen und bewältigt werden.

Finanzierbarkeit des medizinischen Fortschritts

Ein immer noch ungelöstes Problem ist etwa die Ressource Arzt und der Nachwuchsmangel. Nahezu ein Drittel der Ärzteschaft steht kurz vor dem Ruhestand. Selbst wenn wir in der Neurologie dieses Problem möglicherweise noch partiell abfedern können, weil wir ein attraktives Fach sind, wird sich dies allein durch den Mangel an Hausärzten, Pflegekräften etc. auch auf unsere Arbeitswelten auswirken. Ferner stellt sich die Frage der Finanzierbarkeit des medizinischen Fortschritts. In der Neurologie wird dies besonders evident: Die Schlaganfallversorgung mit dem Aufbau eines einzigartigen Netzes an Stroke-Units oder die immensen Fortschritte in der MS-Behandlung sind nur zwei Beispiele für Kostensteigerungen, die ohne Frage einen Segen für unsere schwer betroffenen Patienten darstellen. Und die nächsten Antikörper kommen bestimmt, sind doch erfreulicherweise neue Alzheimer-Therapien bereits im Zulassungsverfahren – für die Behandlung einer Volkskrankheit! In anderen Fachgruppen gibt es vergleichbare Entwicklungen. All dies erfordert jedoch dringend einen gesellschaft-

lichen Diskurs über Priorisierungen und Finanzierbarkeit! Die bisherige Antwort der Politik ist unzureichend, vielmehr sind konzertierte Lösungsstrategien gefragt. Wir Ärzte sollten uns in dieser Sache zusammenschließen und uns im aktiven Austausch mit den Entscheidungsträgern der Gesundheitspolitik positionieren.

Der BDN stellt sich ganz neu auf

So haben wir als BDN ein Maßnahmenpaket beschlossen, um berufspolitisch handlungsfähiger zu sein, wie beispielsweise die Zusammenlegung der Geschäftsstellen mit Standort in Berlin, die Modernisierung der Geschäftsstellenabläufe, die vollkommene Neuausrichtung der strategischen Kommunikation, wie die Optimierung der Homepage, den Aufbau einer Newsplattform und die Einbindung von Kampagnenseiten in die Lobbyarbeit. In Zeiten des Corona-Lockdowns erfolgreich begonnen, soll der Radius unserer Aktivitäten auf diese Weise digital erweitert, stetig aktualisiert und so auch zukünftig sichtbar bleiben. Hinzu kommen der Aufbau einer neuen Plattform für versorgungsnahe Fortbildungen, die Gründung einer Führungsakademie und vieles mehr. Über diese Aktivitäten berichten wir auch in dieser speziellen BDN-Ausgabe aus Anlass des DGN-Kongresses 2020.

Unbedingt möchten wir Sie auch auf unser BDN-Forum hinweisen, das in diesem Jahr live vom DGN-Kongress übertragen werden und mit dem Ärztekammerpräsidenten Dr. Klaus Reinhardt stattfinden wird.

Wir wünschen Ihnen einen interessanten und informativen virtuellen Kongress!

Hier steht eine Anzeige.





3 Editorial

2020 – was für ein Jahr!

Uwe Meier und Martin Südmeyer

Die Verbände informieren

8 Gesundheitspolitische Nachrichten

- Weitere technische Schwierigkeiten und Verzögerungen bei Telematikdiensten
- Neue Abrechnungsziffern in GOÄ und EBM
- Corona: Ausnahmeregelungen für die ambulante Medizin noch bis Ende 2020

Gunther Carl

10 Ein Vogel braucht zwei Flügel

Grußwort zur diesjährigen BDN-Ausgabe zum DGN-Kongress 2020 von Prof. Dr. Peter Berlit, Generalsekretär der DGN

11 Corona und kein Ende

Versorgungsalltag in der Pandemie

Klaus Gehring

12 Wann Alemtuzumab bei MS noch eingesetzt werden kann

Neues aus dem G-BA

Markus Weih

14 Wie funktionsfähig ist unser Gesundheitssystem?

Strategiewechsel jetzt!

Uwe Meier

16 COVID-19-Pandemie als Weckruf für einen Strategiewechsel

Klaus Piwernetz und Edmund Neugebauer

26 „Erst kommt der Patient, dann der Profit“

Ökonomisierung im Gesundheitswesen – im Gespräch mit Dr. Klaus Reinhardt, Präsident der BÄK

28 Neue Architektur der Verbandskommunikation

Für eine verbesserte Wahrnehmung bei Kollegen, Selbstverwaltung und Medien

Uwe Meier

29 Online-Strategie der Berufsverbände –

zielgruppengerecht und kennzahlenbasiert
Interview mit Bernhard Michatz, Rechtsanwalt und Geschäftsführer des Spitzenverbandes ZNS

= Dieser Beitrag ist ein Titelthema.

Praktische, rechtliche und berufspolitische Informationen in Zusammenhang mit dem Coronavirus (SARS-COV-2)

ÄRZTE MAHNEN VOR ERKÄLTUNGSSAISON UNTER VERSCHÄRFTEN PANDEMIEBEDINGUNGEN

16. Sep 2020

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) warnt vor einer Mehrfachbelastung der Praxen in den kommenden Wintermonaten.

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) warnt vor einer Mehrfachbelastung der Praxen in den kommenden Wintermonaten.

[MEHR LESEN](#)

AUSGEWEITETE SARS-COV-2-TESTVERORDNUNGEN DURCH BUND UND LÄNDER

20. Aug 2020

Bund und Länder haben die Testmöglichkeiten auf das Coronavirus aufgrund der aktuellen Urlaub- und Reisesaison neu aufgestellt.

[MEHR LESEN](#)

11 Versorgungsalltag in der Pandemie

Die COVID-19-Pandemie hat uns vor zahlreiche Herausforderungen gestellt. Mit Schutzmaßnahmen, Hygienekonzepten und Umorganisationen haben wir den Balanceakt zwischen der medizinischen Verantwortung sowie dem Schutz des eigenen Personals und der zu versorgenden Patienten gemeistert. Die DGN-Leitlinie zu neurologischen Manifestationen bei COVID-19 und die Corona-Seite der Berufsverbände waren dabei nützliche Helfer.

DGN-Kongress 2020 live, interaktiv und digital

Der 93. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie vom 4. bis 7. November 2020

Alle wichtigen Informationen über die Highlights, das Live-Programm, das Webcast-Programm, E-Poster etc. zu diesem Kongress finden Sie unter: www.dgnkongress.org

Die Anmeldung zum Kongress erfolgt ausschließlich online über das Kongressportal (m-anage).

Wie Sie uns erreichen

Verlagsredaktion:

Dr. rer. nat. Gunter Freese
Telefon: 089 203043-0, Fax: 089 203043-31435
E-Mail: gunter.freese@springer.com

Schriftleitung:

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

Aboservice:

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

Hier steht eine Anzeige.



- 31 Neue Homepage, Newsplattform und Kampagnenseiten**
Internetangebote der Berufsverbände BDN, BVDN und BVDP

Uwe Meier

- 34 Mehr als 13 Millionen Besucher jährlich**
Neurologen und Psychiater im Netz

Jochen Lamp

- 35 BDN-Führungsakademie vor dem Start**
Professionalisierung in Strategie und Veränderungsmanagement

Uwe Meier

- 36 Deutschlandweit einheitliches und praxisnahes Fortbildungskonzept**

Neue Fortbildungsplattform von BDN, BVDN und BVDP

Uwe Meier

- 39 Einladung zum BDN-Forum 2020**
Diskussion mit BÄK-Präsident Dr. Klaus Reinhardt

Uwe Meier und Martin Südmeyer

- 40 Auswirkungen des neuen EBM in der Neurologie**
Reform der ambulanten Vergütung

Uwe Meier

Fortbildung

- 44 CME Impfsicherheit bei Multipler Sklerose**

Mathias Mäurer

- 50 CME Fragebogen**

- 51 Verhaltensauffälligkeiten mit Gangstörung**
Neurologische Kasuistik

Markus Weih

Journal

- 60 PSYCHOPATHOLOGIE IN KUNST & LITERATUR**

Eine toxische Frau

Anmerkungen zu Vicki Baums Roman
„Vor Rehen wird gewarnt“

Gerhard Köpf

- 64 NEUROTRANSMITTER-GALERIE**

Revolution durch künstlerische Anstöße
Kunst von Tamiko Thiel

Angelika Otto

- 43 Kleinanzeigen**

- 56 Pharmaforum**

- 66 Termine**

- 67 Verbandsservice**

- 71 Impressum/Vorschau**



44 Impfung bei Multipler Sklerose

Impfungen gehören zu den effektivsten und sichersten Präventivmaßnahmen in der Medizin. Trotzdem werden eine Fülle impfkritischer Informationen verbreitet, die zur Verunsicherung von Patienten mit Multipler Sklerose beitragen, die eigentlich nicht nur aufgrund ihrer chronischen Erkrankung, sondern auch im Hinblick auf ihre therapeutische Versorgung von einer umfassenden Impfprophylaxe profitieren würden. Daher ist es notwendig, dass der behandelnde Neurologe in der Lage ist, unbegründete Ängste auszuräumen und klare Vorschläge im Hinblick auf eine mögliche Impfprophylaxe zu machen.



Titelbild (Ausschnitt): „Suspended Spring“ Video- und AR-Kunstwerk, Tamiko Thiel, 2020; im Auftrag der Stiftung Nantesbuch

Lesen Sie mehr in der „Galerie“ auf Seite 64.

Die Verbände informieren

TELEMATIKINFRASTRUKTUR

Weitere technische Schwierigkeiten und Verzögerungen bei Telematikdiensten

➔ Die zwingende elektronische AU-Bescheinigung wurde vom BMG optional auf den 1. Oktober 2021 verschoben, wobei die Krankenkassen noch zustimmen müssen. Bei Redaktionsschluss dieser NeuroTransmitter-Ausgabe hatten sich die Krankenkassen dazu jedoch immer noch nicht definitiv geäußert. Die technische Lieferfähigkeit der neuen Versichertenkarten(eGK)-Lesegeräte, die Heilberufenausweis(eHBA)-fähig sind, verzögert sich. Diese Arzt-Signatur-fähigen Lesegeräte (Kostenerstattung durch die KV für ein Lesegerät je angefangene 625 Patienten je Praxis) sind als Ersatz für die manuelle Unterschrift des Arztes unter Dokumenten wie AU-Formular oder Rezepte erforderlich. Der dazu notwendige eHBA der zweiten Generation (2.0) kann von etlichen Landesärztekammern ebenfalls immer noch nicht ausgeliefert werden. Auch die technische Zertifizierung der eHBA-Herausgeber verschiebt sich.

Zwischenzeitlich wurden bereits mehrere Konnektoren für die neuen Telematikdienste elektronische AU-Bescheinigung (eAU), Notfalldatenmanagement (NFDM), eMedikationsplan (eMP) und KIM (Kommunikationskanal in der Medizin, für eArztbrief als sichere E-Mail) von der GEMATIK zertifiziert. Manche PVS-Hersteller rüsten immerhin jetzt bereits die Praxen mit einem nicht beauftragten Upgrade auf und ziehen die Kosten dafür gleich vom Konto ein. Besonders aggressiv hat sich hier die Compugroup CGM hervorgetan, die trickreich das Routine-Update (eigentlich ohne Zusatzkosten) des eigenen Konnektors CoKo-Box mit dem Upgrade für die neuen Dienste verquickt. Die Compugroup CGM verlangt ultimativ und kostenpflichtig bis zum 30. September 2020 das kombinierte Update/Upgrade mit der Begründung, die Zulassung des Konnektors laufe sonst ab. Diese Vorgehensweise ist nicht besonders vertrauenerweckend. Bei komplexeren Praxisstrukturen seien bei diesem Update/Upgrade erhebliche Soft-

wareprobleme aufgetreten, berichteten Praxisinhaber, sodass das Versicherten-Stammdatenmanagement (VSDM) über die Telematikinfrastruktur (TI) nicht mehr gelingt. Kolleginnen und Kollegen, die auf unseren Rat gehört haben, und die konventionellen stationären oder mobilen Kartenlesegeräte beibehalten haben, können sich glücklich schätzen.

Der Konnektor der Deutschen Telekom (T-Systems) muss für die neuen Dienste komplett ausgetauscht werden, denn die alte Hardware ist nicht updatefähig.

Kommentar: Im Moment besteht daher noch keine absolute Notwendigkeit, jetzt irgendeinen der neuen digitalen TI-Dienste zu bestellen. Notfalldatenmanagement und elektronischer bundeseinheitlicher Medikationsplan sind für uns Nervenärzte, Neurologen und Psychiater kaum von Belang. Darum kümmert sich im Wesentlichen der Hausarzt. Denn er hat alle Informationen über den Patienten und kennt auch die übrige Medikation, in die wir uns nicht einmischen sollten. Für die neuropsychiatrische Medikation erhält der Patient von uns in der Regel ein separates Merkblatt, das der Hausarzt dann in den bundeseinheitlichen Medikationsplan integriert. Die elektronische Patientenakte (ePA) ist vom medizinischen Standpunkt aus ohnehin weitgehend sinnlos, denn der Patient entscheidet, welche (unvollständigen) Informationen enthalten sind und in welcher Aktualität.

Einzig KIM mit der elektronischen Arztbriefschreibung über die TI wäre für unsere Fachgruppe, die ja viele Briefe verfasst und viele Fremdbefunde bekommt, interessant. Allerdings funktioniert der eArztbrief nur mit denjenigen Ärzten, die sich ebenfalls von ihrem PVS-Hersteller den eArztbrief freischalten lassen. Hier wird es unserer Einschätzung nach noch eine sehr lange Weile dauern, bis eine kritische Anzahl von eArztbrief-Empfängern erreicht ist, die wiederum voneinander wissen. Insofern braucht man jetzt auch noch nicht

zwingend einen eHBA. Daher ist auch das TI-Upgrade des PVS-Herstellers auf die neuen Dienste eAU, NFDM, eMP und KIM noch nicht obligat erforderlich. Das hat Zeit bis nächstes Jahr.

Für die Hardwareausstattung mit den zusätzlichen neuen legitimationsfähigen Kartenlesegeräten fehlt eine Praxisanleitung und nutzerfreundliche Gebrauchsanweisung der KBV. Dazu würde auch gehören, wie man sich die sogenannte Stapelsignatur für zeitsparendes Arbeiten des Arztes vorstellt. Denn wir wollen uns ja nicht bei jeder einzelnen eAU-Schreibung erneut legitimieren müssen. Erklärvideos oder Schaubilder von GEMATK oder KBV gibt es nicht. Letztendlich ist es wohl so gedacht, dass der Signaturkartenleser auf jedem Arztschreibtisch steht und der Arzt ihn selbst mit entsprechendem Zeitaufwand bedient. Eine eigenhändige manuelle Unterschrift auf Papier ist jedenfalls deutlich kürzer zu bewerkstelligen.

Wer bei unberechtigt abgebuchten Upgrade-Kosten den Konflikt und die Arbeit nicht scheut, kann sich – nach Durchsicht der AGB des PVS-Herstellers – zunächst das Geld über die Bank (acht Wochen Frist) zurückholen. Irgendwann braucht man das TI-Upgrade dann aber doch. Die Kosten werden übrigens von der KV unaufgefordert überwiesen und im Honorarbescheid aufgelistet, allerdings nicht immer kostendeckend. Wir berichteten darüber im letzten NeuroTransmitter.

Meiner Einschätzung nach und auch anderer Beteiligter werden die Einführungsfristen nicht eingehalten werden können. Was möglicherweise noch an datenschutzrelevanten Problemen im Zusammenhang mit der Digitalisierung des Gesundheitswesens auf uns zukommt, steht auf einem ganz anderen Blatt. Prof. Dr. Ulrich Kelber, Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI), äußerte sich sehr kritisch zu den Inhalten und Ausführungen des Patientendatenschutzgesetzes (PDSG), insbesondere was die ePA anbetrifft.

HONORAR

Neue Abrechnungsziffern in GOÄ und EBM

➔ Der Vorstand der Bundesärztekammer befürwortete folgende Abrechnungsempfehlungen:

- Videonystagmografie: Abrechnung Analog-Nr. 1413A GOÄ (= elektronystagmografische Untersuchung) 265 Punkte: 15,45 € (= 1,0-facher Satz), 35,53 € (2,3), 54,06 € (3,5)
- Videokopfpimpulstest: Abrechnung Analog-Nr. 1413 A GOÄ (= elektronystagmografische Untersuchung) 265 Punkte: 15,45 € (= 1,0-facher Satz), 35,53 € (2,3), 54,06 € (3,5)

Der Bewertungsausschuss hat zum 1. Oktober 2020 eine EBM-Ziffer zur Anwendung des neuen oralen MS-Mittels Siponimod beschlossen. Seit 1. April 2020 gilt bereits

die ebenfalls neue EBM-Ziffer 32866. Damit wird die vor Behandlungsbeginn mit Siponimod laut Fachinformation notwendige Bestimmung des CYP2C9-Metabolisierungsstatus vergütet.

- Zusatzpauschale 01517 EBM bei mehr als sechsständiger Beobachtung und Betreuung nach Erstmedikation. 1.299 Punkte, 142,72 €. Die gleich bewertete EBM-Ziffer 01512 war mit anderen Überwachungsinhalten versehen.

Kommentar: Glücklicherweise müssen Vertragsärzte nun nicht mehr jahrelang oder bis zum Sankt Nimmerleinstag auf solche Beschlüsse des Bewertungsausschusses warten. Denn der Gesetzgeber hat im SGB V mittler-



Gesundheitspolitische Nachrichten kommentiert von

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

weile festgelegt, dass bei neu zugelassenen Arzneimitteln umgehend entsprechende Vergütungsbeschlüsse gefasst werden müssen, falls in der Fachinformation zwingende ärztliche Leistungen Voraussetzung für die Anwendung sind.

GKV- UND PKV-SACHSTAND ZU CORONA

Ausnahmeregelungen für die ambulante Medizin noch bis Ende 2020

➔ Da sich nun zeigt, dass die Corona-Infektionszahlen eher steigen als sinken, hat die GKV etliche Ausnahmeregelungen betreffend die ambulante Medizin zumindest bis zum Jahresende verlängert.

- Rettungsschirm für die Honorare der Vertragsärzte. Bis Ende 2020 werden uns je nach KV mit etwas unterschiedlichen Regelungen 90% des Honorars im Vorjahresquartal erstattet, auch wenn weniger Patienten kamen oder der Fallwert geringer ausfiel.
- Keine Sanktionen bei pandemiebedingter Unterschreitung des Versorgungsauftrages.
- Videosprechstunde unbegrenzt möglich, auch für psychotherapeutische Sprechstunden, neuropsychologische Therapie und probatorische Sitzungen.
- Antragsfreie Umwandlung von Gruppen- in Einzeltherapie.
- Beginn von Heilmittelleistungen bis zu 28 Tagen der Verordnung.

- Krankentransporte zur ambulanten Behandlung genehmigungsfrei.
- Krankenhausentlassmanagement: Verordnungen für bis zu 14 Tagen möglich.
- Nachweispflicht für Fortbildung bis 30. September 2020 verlängert und Punktzahl auf 200 Punkte reduziert.
- Mehr Arzneimittel-Austauschmöglichkeiten für Apotheker bei Lieferschwierigkeiten. Bei Änderung des Wirkstoffs muss der Arzt gefragt werden.
- Substitutionstherapie bei Opiatabhängigen erleichtert beziehungsweise per Video.
- Verwendung von BtM-Rezeptformularen anderer Ärzte möglich.
- Extrabudgetäre Vergütung von Corona-Leistungen wie Abstriche, Behandlung symptomatischer Patienten, Corona-Warn-App-Patienten.
- Privatpatienten: Für die Videosprechstunde gelten die gleichen Kriterien wie in der GKV. Die GOÄ-Nr. 3 ist nicht mehr telefo-

nisch abrechenbar. Der erhöhte Hygieneaufwand bei Privatpatienten wird über den 30. September 2020 hinaus mit der Analog-Ziffer 245A nun zum 1,0-fachen Satz (6,41 €) bis zum 31. Dezember 2020 bezahlt.

- BG-Patienten: Die Unfallversicherungsträger erstatten die Hygienepauschale von 4 € ausschließlich an Durchgangsarzte (D-Ärzte, Chirurgen). Andere Fachgruppen bekommen keine Hygienepauschale für BG-Patienten.

Kommentar: Die Verlängerung dieser Maßnahmen ist sinnvoll. Steigen die Infektionszahlen weiter an, muss überlegt werden, erneut geeignete vertragsärztliche Behandlungsleistungen (beispielsweise neurologische und psychiatrische Gespräche) telefonisch zu erlauben. Denn viele gerade unserer Patienten sind kognitiv und wegen mangelnder technischer häuslicher EDV-Ausstattung nicht zu einer Videotherapie in der Lage.



Prof. Dr. med. Peter Berlit
Generalsekretär der DGN

Ein Vogel braucht zwei Flügel

Das Jahr 2020 wird in die Geschichte eingehen: Wer hätte gedacht, dass auf Europas Straßen alle Menschen Masken tragen und jeder besorgt wegschaut, wenn irgendwo jemand hustet oder niest? Und wer hätte jemals gedacht, dass wir Neurologen uns nicht wie jedes Jahr zu unserem Jahreskongress treffen können, um uns auszutauschen, alte Freundschaften wieder aufleben zu lassen und neue Kontakte zu knüpfen?

Die Pandemie lässt vieles, was für uns selbstverständlich war, in einem neuen Licht erscheinen. Und dazu gehört auch der Unsinn der Sektorengrenzen, die wir in Deutschland haben. In der kritischen ersten Phase von COVID-19 wurden Stroke units zu Intensivstationen, neurologische Rehabilitationseinrichtungen zu Akutstationen und Facharztpraxen zu Notambulanzen. Und die Politik hat die flexible Versorgung unserer Patienten nicht nur unbürokratisch ermöglicht, sondern dies sogar eingefordert. Ökonomisierung und Bürokratisierung waren plötzlich nebensächlich. Warum kann das nicht auch jenseits der Pandemie so sein?

Und die Digitalisierung erreicht nicht nur unseren Kongress in diesem Jahr, sondern wird zunehmend auch in der Patientenversorgung mit Videosprechstunden, ebenso wie beim wissenschaftlichen Austausch und politischen Diskurs mit Webkonferenzen zum Alltag.

Mit den immensen wissenschaftlichen Fortschritten in der Neurologie werden die gesundheitspolitischen Herausforderungen größer. Corona hat die Schwächen des Systems noch einmal deutlich werden lassen. Aufgrund des demografischen Wandels wird die Zahl neurologischer Patienten kontinuierlich weiter zunehmen. Und die enormen Fortschritte in Neurogenetik, Neuroimmunologie und der Erforschung neurodegenerativer Erkrankungen werden weiter zu innovativen und bahnbrechenden Behandlungsfortschritten mit damit verbundenen erheblichen Kosten führen. Wenn wir stabile Lösungen für unsere Patienten haben wollen, brauchen wir politische Rahmenbedingungen, um Wissenschaft in eine gute Versorgung zu überführen. Deshalb braucht, bildlich gesprochen, der Vogel der Neurologie zwei Flügel zum Fliegen: die DGN als wissenschaftliche Fachgesellschaft und den mit 21 Jahren jetzt richtig volljährigen BDN. Auf weitere gute Zusammenarbeit in und nach der Pandemie!

Ihr Peter Berlit



Versorgungsalltag in der Pandemie

Corona und kein Ende

COVID-19 hat nicht nur unseren Versorgungsalltag mit seinen Organisationsabläufen in Klinik und Praxis vollständig verändert. Wir konnten auch im Schnellauf einem gigantischen Wissenszuwachs zusehen und haben unter anderem gelernt, dass SARS-CoV-19 nicht nur eine Atemwegs-, sondern eine Systemerkrankung mit einem hohen Anteil neurologischer und thromboembolischer Komplikationen ist. Die DGN hat uns kontinuierlich über alle für uns relevanten wissenschaftlichen Publikationen informiert und in kürzester Zeit eine hervorragende Leitlinie zur Verfügung gestellt. Die Berufsverbände haben eine eigene Landingpage veröffentlicht mit allen wichtigen Informationen und Empfehlungen zur Patientenversorgung.

Die COVID-19-Pandemie hat das gesellschaftliche Leben unverändert fest im Griff und prägt seit März zunehmend und anhaltend unseren Arbeitsalltag und die Patientenversorgung. Lag der Fokus zunächst primär auf der Sorge um Infektionen der oberen und insbesondere unteren Atemwege, zeigte sich recht früh, dass auch neurologische Manifestationen regelhaft auftreten können. Insbesondere für die Riechstörung wissen wir inzwischen, dass diese vielen anderen Krankheitsbeschwerden vorangehen kann, sie wird inzwischen als Frühwarnzeichen für eine Infektion mit SARS-CoV-2 gewertet. Doch nicht nur Chemosensorik und Bulbus olfactorius können betroffen sein. Auch für diverse andere neurologische Erkrankungen liegen Berichte vor, dass diese im Rahmen einer COVID-19-Erkrankung vorkommen oder sich verschlechtern können.

So ist die Auslösung einer akuten disseminierten Enzephalomyelitis ebenso möglich wie die anderer Meningoenzephalitiden und Enzephalopathien, auch die Entwicklung eines Guillain-Barré-Syndroms oder das Auftreten von Schlaganfällen sind beschrieben. Epileptische Anfälle können entweder durch die organische Hirnschädigung ausgelöst oder bei vorbestehender Epilepsie getriggert werden. Myalgien und Fatigue werden oft als Residualbeschwerden von als „genesen“ eingestuft Patienten beschrieben. Dankenswerterweise hat die Leitlinienkommission der DGN unter Federführung von Prof. Dr. Peter Berlit

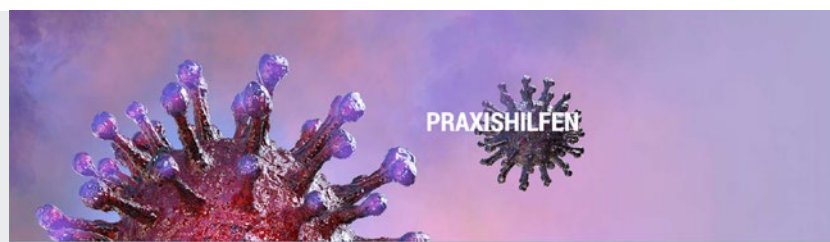
jetzt eine S1-Leitlinie zu den neurologischen Manifestationen bei COVID-19 verfasst, die diese verschiedenen Problembereiche, das diagnostische Vorgehen und die therapeutischen Indikationen ausführlich beleuchtet. Auch zum Umgang mit Immuntherapien unterschiedlicher Indikationen finden sich klare, alltagstaugliche Empfehlungen.

Balanceakt gemeistert

Unsere Fachgruppe war also gefordert, sich dieser neuen Situation zu stellen. Es geht nicht nur darum, auch während der Pandemie die fachärztliche Versorgung aufrechtzuerhalten, sondern diese spe-

zifischen Erkrankungsbilder unseres Fachs zu berücksichtigen. Die Arbeitsabläufe in den Praxen und Kliniken wurden vor neue Herausforderungen gestellt. Mit Einführung von Schutzmaßnahmen und angepassten Hygienekonzepten haben wir den Balanceakt zwischen der medizinischen Verantwortung einerseits und dem Schutz des eigenen Personals und der zu versorgenden Patienten andererseits gemeistert. Insbesondere in den Praxen gelang es, durch Umorganisation etwa mit Split-Teams, festen Video- und Telefonsprechstunden, zeitlicher und räumlicher Entzerrung und Praxisumrüstungen, die neurologisch-

Corona-Seite der Berufsverbände mit nützlichen Informationen und Hilfen für die Bewältigung der Pandemie in der Praxis.



Praktische, rechtliche und berufspolitische Informationen in Zusammenhang mit dem Coronavirus (SARS-COV-2)

ÄRZTE MAHNEN VOR ERKÄLTUNGSSAISON UNTER VERSCHÄRFTEN PANDEMIEBEDINGUNGEN

16. Sep. 2020
Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) warnt vor einer Mehrfachbelastung der Praxen in den kommenden Wintermonaten.

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) warnt vor einer Mehrfachbelastung der Praxen in den kommenden Wintermonaten.

MEHR LESEN

AUSGEWEITETE SARS-COV-2-TESTVERORDNUNGEN DURCH BUND UND LÄNDER

29. Aug. 2020
Bund und Länder haben die Testmöglichkeiten auf das Coronavirus aufgrund der aktuellen Urlaub- und Reisesaison neu aufgestellt.

MEHR LESEN



ZNS-Tage 2021

Unsere traditionellen NuP-Tage heißen künftig ZNS-Tage. Sie werden im Jahr 2021 vom 18. bis 20. März in Köln stattfinden.

Ort: Steigenberger Hotel Köln, Habsburgerring 9–13 in 50674 Köln

Donnerstag, 18. März 2021
ab 17:00 Uhr Registrierung
18:15–19:15 Uhr Dinner Speech

Freitag, 19. März 2021
08:30–16:00 Uhr Wissenschaftliches Programm, Mitgliederversammlungen, Workshops der Fortbildungsakademie, Industriesymposien

Samstag, 20. März 2021
8:30–14:30 Uhr Wissenschaftliches Programm, Workshops der Fortbildungsakademie, Industriesymposien

Programm: Prof. Dr. Gereon Nelles, Prof. Dr. Markus Weih, Firma Diaplan und die Vorsitzenden der Berufsverbände

fachärztliche Versorgung aufrecht zu erhalten und so gleichzeitig die Kliniken zu entlasten, die gezwungen waren, Ressourcen zugunsten von (potenziellen) SARS-CoV-2-Patienten umzuwidmen. Anders als in vielen anderen Bereichen

ist die Inanspruchnahme in unseren Praxen zu Zeiten der Pandemie angestiegen. Zuwendungsmedizin ist gefragt, technische treten gegenüber ärztlichen Leistungen in den Hintergrund. Dank transparenter Schutzmaßnahmen konnten wir Ängste vor Ansteckung bei Patienten und eigenem Personal ebenso abbauen wie Ängste von Patienten, im Falle einer Erkältung plötzlich keine Behandlung ihrer neurologischen Erkrankung mehr erhalten zu können.

Webinare und Co.

Auch das berufspolitische Leben ist seit Beginn der Pandemie verändert, physikalische Treffen, Fortbildungen oder gar Kongresse sind aus verantwortungsbewusster Sicht nicht durchführbar. So wird auch der DGN-Kongress in diesem Jahr virtuell stattfinden. Die Berufsverbände hatten sehr früh, bereits im März reagieren müssen und die traditionellen Neurologen- und Psychiatertage innerhalb weniger Wochen als Webinar organisiert. In der Folge konnten wir durch eine Vielzahl weiterer webbasierter Fortbildungen die Kollegen über die aktuelle Situation informieren und ihnen auch trotz Kontaktbeschränkungen ein Fortbildungsangebot machen. Teilnehmerzahlen von meist über 100 Kollegen spre-

chen für die Aktualität der Themen, die Qualität der Vorträge, aber auch die Aufgeschlossenheit unserer Fachgruppe für moderne Medien.

Die Pandemie ist noch lange nicht vorbei. Mit der demonstrierten Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen und der Offenheit gegenüber Herausforderungen und Chancen wird es uns gemeinsam gelingen, auch weiterhin neurologische Diagnostik, Behandlung und Versorgung sicherzustellen. Das ist unsere Aufgabe, als gesellschaftlicher Auftrag und vor allem die Pflicht vor unseren Patienten.

Internet-Links:

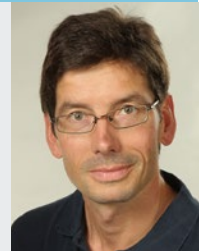
1. <https://dgn.org/leitlinien/neurologische-manifestationen-bei-covid-19/>
2. <https://neurologen-psychiater-corona-praxishilfe.info>

AUTOR

**Dr. med.
Klaus Gehring**

Vorsitzender des BVDN
Neurologe in Itzehoe
Hanseaten-Platz 1
25524 Itzehoe

E-Mail: info@neurologie-itzehoe.de



Neues aus dem G-BA

Wann Alemtuzumab bei MS noch eingesetzt werden kann



Mit einem Beschluss des G-BA vom 16. April 2020, der am 27. Juni 2020 in Kraft getreten ist, sind die Arzneimittel-Richtlinien für den Einsatz von Alemtuzumab in der MS-Therapie aktualisiert worden (<https://www.g-ba.de/beschluesse/4253/>).

Alemtuzumab ist der erste humanisierte Antikörper überhaupt. Der CD52-Antikörper bindet an B- und T-Lymphozyten und wurde ursprünglich zur Behandlung der chronisch lymphatischen Leukämie entwickelt und als Campath® auch für diese Indikation zugelassen. Durch die zelllytische Wirkweise ist der Effekt auf das Immunsystem nachhaltig, die Nachtherapie oder die Umstellung sind erschwert. Bei Multipler Sklerose (MS) ursprünglich off label eingesetzt, folgten später Vergleichsstudien gegen Beta-Interferone (CARE MS I und II). Im Jahr 2013 wurde Alemtuzumab (mit höherem Preis) als Lemtrada® in der EU und in den USA für die schubförmig remittierende MS (RRMS) zugelassen.

Von Anfang an war das Medikament wegen seiner häufigen Nebenwirkungen, vor allem der Induktion weiterer Immunerkrankungen

umstritten. Die Nachbeobachtung muss laut aktueller Fachinformation über vier Jahre monatlich erfolgen.

2019 leitete der Pharmakovigilanzausschuss der EMA nach kardiovaskulär bedingten Todesfällen, die zu den anderen bekannten Nebenwirkungen (Autoimmunhepatitis, Lymphohistiozytose, Thrombopenie, Schilddrüsenerkrankung, Nephropathie) hinzutreten, ein Risikobewertungsverfahren nach Art. 20, Nr. 726/2004 ein. Im Januar 2020 teilte der Hersteller über einen Rote-Hand-Brief mit, dass die Indikation auf die hochaktive Verlaufsform eingeschränkt wurde. Daraufhin war erwartet worden, dass das Medikament im ambulanten Bereich praktisch nicht mehr eingesetzt werden könnte (siehe NeuroTransmitter 2020;31(3):15–6). Laut dem aktuellen Beschluss kann Lemtrada® nun nur nach vollständiger und angemessener Behandlung mit einer krankheitsmodifizierenden Therapie oder genau definierter rasch fortschreitender RRMS eingesetzt werden. Der Beschluss wurde bereits vom Gesundheitsministerium geprüft und nicht beanstandet.

Prof. Dr. med. Markus Weih, Nürnberg



Versorgungsalltag in der Pandemie

Corona und kein Ende

COVID-19 hat nicht nur unseren Versorgungsalltag mit seinen Organisationsabläufen in Klinik und Praxis vollständig verändert. Wir konnten auch im Schnellauf einem gigantischen Wissenszuwachs zusehen und haben unter anderem gelernt, dass SARS-CoV-19 nicht nur eine Atemwegs-, sondern eine Systemerkrankung mit einem hohen Anteil neurologischer und thromboembolischer Komplikationen ist. Die DGN hat uns kontinuierlich über alle für uns relevanten wissenschaftlichen Publikationen informiert und in kürzester Zeit eine hervorragende Leitlinie zur Verfügung gestellt. Die Berufsverbände haben eine eigene Landingpage veröffentlicht mit allen wichtigen Informationen und Empfehlungen zur Patientenversorgung.

Die COVID-19-Pandemie hat das gesellschaftliche Leben unverändert fest im Griff und prägt seit März zunehmend und anhaltend unseren Arbeitsalltag und die Patientenversorgung. Lag der Fokus zunächst primär auf der Sorge um Infektionen der oberen und insbesondere unteren Atemwege, zeigte sich recht früh, dass auch neurologische Manifestationen regelhaft auftreten können. Insbesondere für die Riechstörung wissen wir inzwischen, dass diese vielen anderen Krankheitsbeschwerden vorangehen kann, sie wird inzwischen als Frühwarnzeichen für eine Infektion mit SARS-CoV-2 gewertet. Doch nicht nur Chemosensorik und Bulbus olfactorius können betroffen sein. Auch für diverse andere neurologische Erkrankungen liegen Berichte vor, dass diese im Rahmen einer COVID-19-Erkrankung vorkommen oder sich verschlechtern können.

So ist die Auslösung einer akuten disseminierten Enzephalomyelitis ebenso möglich wie die anderer Meningoenzephalitiden und Enzephalopathien, auch die Entwicklung eines Guillain-Barré-Syndroms oder das Auftreten von Schlaganfällen sind beschrieben. Epileptische Anfälle können entweder durch die organische Hirnschädigung ausgelöst oder bei vorbestehender Epilepsie getriggert werden. Myalgien und Fatigue werden oft als Residualbeschwerden von als „genesen“ eingestuft Patienten beschrieben. Dankenswerterweise hat die Leitlinienkommission der DGN unter Federführung von Prof. Dr. Peter Berlit

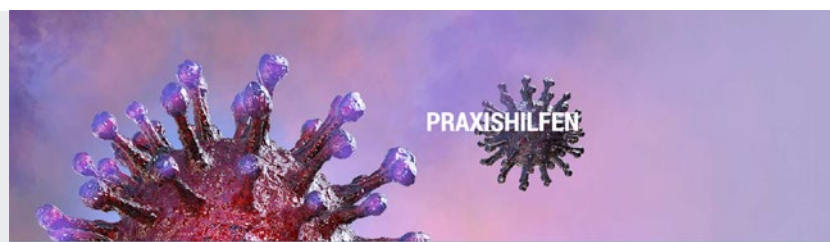
jetzt eine S1-Leitlinie zu den neurologischen Manifestationen bei COVID-19 verfasst, die diese verschiedenen Problembereiche, das diagnostische Vorgehen und die therapeutischen Indikationen ausführlich beleuchtet. Auch zum Umgang mit Immuntherapien unterschiedlicher Indikationen finden sich klare, alltagstaugliche Empfehlungen.

Balanceakt gemeistert

Unsere Fachgruppe war also gefordert, sich dieser neuen Situation zu stellen. Es geht nicht nur darum, auch während der Pandemie die fachärztliche Versorgung aufrechtzuerhalten, sondern diese spe-

zifischen Erkrankungsbilder unseres Fachs zu berücksichtigen. Die Arbeitsabläufe in den Praxen und Kliniken wurden vor neue Herausforderungen gestellt. Mit Einführung von Schutzmaßnahmen und angepassten Hygienekonzepten haben wir den Balanceakt zwischen der medizinischen Verantwortung einerseits und dem Schutz des eigenen Personals und der zu versorgenden Patienten andererseits gemeistert. Insbesondere in den Praxen gelang es, durch Umorganisation etwa mit Split-Teams, festen Video- und Telefonsprechstunden, zeitlicher und räumlicher Entzerrung und Praxisumrüstungen, die neurologisch-

Corona-Seite der Berufsverbände mit nützlichen Informationen und Hilfen für die Bewältigung der Pandemie in der Praxis.



Praktische, rechtliche und berufspolitische Informationen in Zusammenhang mit dem Coronavirus (SARS-COV-2)

ÄRZTE MAHNEN VOR ERKÄLTUNGSSAISON UNTER VERSCHÄRFTEN PANDEMIEBEDINGUNGEN

16. Sep. 2020
Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) warnt vor einer Mehrfachbelastung der Praxen in den kommenden Wintermonaten.

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) warnt vor einer Mehrfachbelastung der Praxen in den kommenden Wintermonaten.

MEHR LESEN

AUSGEWEITETE SARS-COV-2-TESTVERORDNUNGEN DURCH BUND UND LÄNDER

29. Aug. 2020
Bund und Länder haben die Testmöglichkeiten auf das Coronavirus aufgrund der aktuellen Urlaub- und Reisesaison neu aufgestellt.

MEHR LESEN



ZNS-Tage 2021

Unsere traditionellen NuP-Tage heißen künftig ZNS-Tage. Sie werden im Jahr 2021 vom 18. bis 20. März in Köln stattfinden.

Ort: Steigenberger Hotel Köln, Habsburgerring 9–13 in 50674 Köln

Donnerstag, 18. März 2021
ab 17:00 Uhr Registrierung
18:15–19:15 Uhr Dinner Speech

Freitag, 19. März 2021
08:30–16:00 Uhr Wissenschaftliches Programm, Mitgliederversammlungen, Workshops der Fortbildungsakademie, Industriesymposien

Samstag, 20. März 2021
8:30–14:30 Uhr Wissenschaftliches Programm, Workshops der Fortbildungsakademie, Industriesymposien

Programm: Prof. Dr. Gereon Nelles, Prof. Dr. Markus Weih, Firma Diaplan und die Vorsitzenden der Berufsverbände

fachärztliche Versorgung aufrecht zu erhalten und so gleichzeitig die Kliniken zu entlasten, die gezwungen waren, Ressourcen zugunsten von (potenziellen) SARS-CoV-2-Patienten umzuwidmen. Anders als in vielen anderen Bereichen

ist die Inanspruchnahme in unseren Praxen zu Zeiten der Pandemie angestiegen. Zuwendungsmedizin ist gefragt, technische treten gegenüber ärztlichen Leistungen in den Hintergrund. Dank transparenter Schutzmaßnahmen konnten wir Ängste vor Ansteckung bei Patienten und eigenem Personal ebenso abbauen wie Ängste von Patienten, im Falle einer Erkältung plötzlich keine Behandlung ihrer neurologischen Erkrankung mehr erhalten zu können.

Webinare und Co.

Auch das berufspolitische Leben ist seit Beginn der Pandemie verändert, physikalische Treffen, Fortbildungen oder gar Kongresse sind aus verantwortungsbewusster Sicht nicht durchführbar. So wird auch der DGN-Kongress in diesem Jahr virtuell stattfinden. Die Berufsverbände hatten sehr früh, bereits im März reagieren müssen und die traditionellen Neurologen- und Psychiatertage innerhalb weniger Wochen als Webinar organisiert. In der Folge konnten wir durch eine Vielzahl weiterer webbasierter Fortbildungen die Kollegen über die aktuelle Situation informieren und ihnen auch trotz Kontaktbeschränkungen ein Fortbildungsangebot machen. Teilnehmerzahlen von meist über 100 Kollegen spre-

chen für die Aktualität der Themen, die Qualität der Vorträge, aber auch die Aufgeschlossenheit unserer Fachgruppe für moderne Medien.

Die Pandemie ist noch lange nicht vorbei. Mit der demonstrierten Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen und der Offenheit gegenüber Herausforderungen und Chancen wird es uns gemeinsam gelingen, auch weiterhin neurologische Diagnostik, Behandlung und Versorgung sicherzustellen. Das ist unsere Aufgabe, als gesellschaftlicher Auftrag und vor allem die Pflicht vor unseren Patienten.

Internet-Links:

1. <https://dgn.org/leitlinien/neurologische-manifestationen-bei-covid-19/>
2. <https://neurologen-psychiater-corona-praxishilfe.info>

AUTOR

Dr. med. Klaus Gehring

Vorsitzender des BVDN
Neurologe in Itzehoe
Hanseaten-Platz 1
25524 Itzehoe

E-Mail: info@neurologie-itzehoe.de



Neues aus dem G-BA

Wann Alemtuzumab bei MS noch eingesetzt werden kann



Mit einem Beschluss des G-BA vom 16. April 2020, der am 27. Juni 2020 in Kraft getreten ist, sind die Arzneimittel-Richtlinien für den Einsatz von Alemtuzumab in der MS-Therapie aktualisiert worden (<https://www.g-ba.de/beschluesse/4253/>).

Alemtuzumab ist der erste humanisierte Antikörper überhaupt. Der CD52-Antikörper bindet an B- und T-Lymphozyten und wurde ursprünglich zur Behandlung der chronisch lymphatischen Leukämie entwickelt und als Campath® auch für diese Indikation zugelassen. Durch die zelllytische Wirkweise ist der Effekt auf das Immunsystem nachhaltig, die Nachtherapie oder die Umstellung sind erschwert. Bei Multipler Sklerose (MS) ursprünglich off label eingesetzt, folgten später Vergleichsstudien gegen Beta-Interferone (CARE MS I und II). Im Jahr 2013 wurde Alemtuzumab (mit höherem Preis) als Lemtrada® in der EU und in den USA für die schubförmig remittierende MS (RRMS) zugelassen.

Von Anfang an war das Medikament wegen seiner häufigen Nebenwirkungen, vor allem der Induktion weiterer Immunerkrankungen

umstritten. Die Nachbeobachtung muss laut aktueller Fachinformation über vier Jahre monatlich erfolgen.

2019 leitete der Pharmakovigilanzausschuss der EMA nach kardiovaskulär bedingten Todesfällen, die zu den anderen bekannten Nebenwirkungen (Autoimmunhepatitis, Lymphohistiozytose, Thrombopenie, Schilddrüsenerkrankung, Nephropathie) hinzutreten, ein Risikobewertungsverfahren nach Art. 20, Nr. 726/2004 ein. Im Januar 2020 teilte der Hersteller über einen Rote-Hand-Brief mit, dass die Indikation auf die hochaktive Verlaufsform eingeschränkt wurde. Daraufhin war erwartet worden, dass das Medikament im ambulanten Bereich praktisch nicht mehr eingesetzt werden könnte (siehe NeuroTransmitter 2020;31(3):15–6). Laut dem aktuellen Beschluss kann Lemtrada® nun nur nach vollständiger und angemessener Behandlung mit einer krankheitsmodifizierenden Therapie oder genau definierter rasch fortschreitender RRMS eingesetzt werden. Der Beschluss wurde bereits vom Gesundheitsministerium geprüft und nicht beanstandet.

Prof. Dr. med. Markus Weih, Nürnberg

Hier steht eine Anzeige.





ZNS-Tage 2021

Unsere traditionellen NuP-Tage heißen künftig ZNS-Tage. Sie werden im Jahr 2021 vom 18. bis 20. März in Köln stattfinden.

Ort: Steigenberger Hotel Köln, Habsburgerring 9–13 in 50674 Köln

Donnerstag, 18. März 2021
ab 17:00 Uhr Registrierung
18:15–19:15 Uhr Dinner Speech

Freitag, 19. März 2021
08:30–16:00 Uhr Wissenschaftliches Programm, Mitgliederversammlungen, Workshops der Fortbildungsakademie, Industriesymposien

Samstag, 20. März 2021
8:30–14:30 Uhr Wissenschaftliches Programm, Workshops der Fortbildungsakademie, Industriesymposien

Programm: Prof. Dr. Gereon Nelles, Prof. Dr. Markus Weih, Firma Diaplan und die Vorsitzenden der Berufsverbände

fachärztliche Versorgung aufrecht zu erhalten und so gleichzeitig die Kliniken zu entlasten, die gezwungen waren, Ressourcen zugunsten von (potenziellen) SARS-CoV-2-Patienten umzuwidmen. Anders als in vielen anderen Bereichen

ist die Inanspruchnahme in unseren Praxen zu Zeiten der Pandemie angestiegen. Zuwendungsmedizin ist gefragt, technische treten gegenüber ärztlichen Leistungen in den Hintergrund. Dank transparenter Schutzmaßnahmen konnten wir Ängste vor Ansteckung bei Patienten und eigenem Personal ebenso abbauen wie Ängste von Patienten, im Falle einer Erkältung plötzlich keine Behandlung ihrer neurologischen Erkrankung mehr erhalten zu können.

Webinare und Co.

Auch das berufspolitische Leben ist seit Beginn der Pandemie verändert, physikalische Treffen, Fortbildungen oder gar Kongresse sind aus verantwortungsbewusster Sicht nicht durchführbar. So wird auch der DGN-Kongress in diesem Jahr virtuell stattfinden. Die Berufsverbände hatten sehr früh, bereits im März reagieren müssen und die traditionellen Neurologen- und Psychiatertage innerhalb weniger Wochen als Webinar organisiert. In der Folge konnten wir durch eine Vielzahl weiterer webbasierter Fortbildungen die Kollegen über die aktuelle Situation informieren und ihnen auch trotz Kontaktbeschränkungen ein Fortbildungsangebot machen. Teilnehmerzahlen von meist über 100 Kollegen spre-

chen für die Aktualität der Themen, die Qualität der Vorträge, aber auch die Aufgeschlossenheit unserer Fachgruppe für moderne Medien.

Die Pandemie ist noch lange nicht vorbei. Mit der demonstrierten Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen und der Offenheit gegenüber Herausforderungen und Chancen wird es uns gemeinsam gelingen, auch weiterhin neurologische Diagnostik, Behandlung und Versorgung sicherzustellen. Das ist unsere Aufgabe, als gesellschaftlicher Auftrag und vor allem die Pflicht vor unseren Patienten.

Internet-Links:

1. <https://dgn.org/leitlinien/neurologische-manifestationen-bei-covid-19/>
2. <https://neurologen-psychiater-corona-praxishilfe.info>

AUTOR

**Dr. med.
Klaus Gehring**

Vorsitzender des BVDN
Neurologe in Itzehoe
Hanseaten-Platz 1
25524 Itzehoe

E-Mail: info@neurologie-itzehoe.de



Neues aus dem G-BA

Wann Alemtuzumab bei MS noch eingesetzt werden kann



Mit einem Beschluss des G-BA vom 16. April 2020, der am 27. Juni 2020 in Kraft getreten ist, sind die Arzneimittel-Richtlinien für den Einsatz von Alemtuzumab in der MS-Therapie aktualisiert worden (<https://www.g-ba.de/beschluesse/4253/>).

Alemtuzumab ist der erste humanisierte Antikörper überhaupt. Der CD52-Antikörper bindet an B- und T-Lymphozyten und wurde ursprünglich zur Behandlung der chronisch lymphatischen Leukämie entwickelt und als Campath® auch für diese Indikation zugelassen. Durch die zelllytische Wirkweise ist der Effekt auf das Immunsystem nachhaltig, die Nachtherapie oder die Umstellung sind erschwert. Bei Multipler Sklerose (MS) ursprünglich off label eingesetzt, folgten später Vergleichsstudien gegen Beta-Interferone (CARE MS I und II). Im Jahr 2013 wurde Alemtuzumab (mit höherem Preis) als Lemtrada® in der EU und in den USA für die schubförmig remittierende MS (RRMS) zugelassen.

Von Anfang an war das Medikament wegen seiner häufigen Nebenwirkungen, vor allem der Induktion weiterer Immunerkrankungen

umstritten. Die Nachbeobachtung muss laut aktueller Fachinformation über vier Jahre monatlich erfolgen.

2019 leitete der Pharmakovigilanzausschuss der EMA nach kardiovaskulär bedingten Todesfällen, die zu den anderen bekannten Nebenwirkungen (Autoimmunhepatitis, Lymphohistiozytose, Thrombopenie, Schilddrüsenerkrankung, Nephropathie) hinzutreten, ein Risikobewertungsverfahren nach Art. 20, Nr. 726/2004 ein. Im Januar 2020 teilte der Hersteller über einen Rote-Hand-Brief mit, dass die Indikation auf die hochaktive Verlaufsform eingeschränkt wurde. Daraufhin war erwartet worden, dass das Medikament im ambulanten Bereich praktisch nicht mehr eingesetzt werden könnte (siehe NeuroTransmitter 2020;31(3):15–6). Laut dem aktuellen Beschluss kann Lemtrada® nun nur nach vollständiger und angemessener Behandlung mit einer krankheitsmodifizierenden Therapie oder genau definierter rasch fortschreitender RRMS eingesetzt werden. Der Beschluss wurde bereits vom Gesundheitsministerium geprüft und nicht beanstandet.

Prof. Dr. med. Markus Weih, Nürnberg

Hier steht eine Anzeige.





Strategiewechsel jetzt!

Wie funktionsfähig ist unser Gesundheitssystem?

Die Herausforderungen im Gesundheitssystem sind und bleiben groß. Ohne Frage verfügen wir über ein gutes System, für das wir in weiten Teilen der Welt beneidet werden. Die COVID-19-Pandemie zeigt uns aber exemplarisch Stärken und Schwächen des Systems auf. Letztere gilt es zu erkennen und zu beheben, damit wir auch künftigen Pandemien oder anderen denkbaren Katastrophen gewachsen sind und nicht zuletzt, um eine an den Patientenbedarfen orientierte „gute“ Versorgung sicherstellen und finanzieren können.

In ihrer aktuellen Buchpublikation „Strategiewechsel jetzt!“ haben sich Klaus Piwernetz und Edmund Neugebauer mit unserem Gesundheitssystem auseinandersetzt und fordern nach ihrer Analyse einen Strategiewechsel. Sie kritisieren, dass operationalisierte Ziele und Nachweise für eine angemessene Nutzung der umfangreich eingesetzten

Ressourcen fehlen. Es werden alternativ Konstruktionsprinzipien für eine Erneuerung unseres Gesundheitssystems vorgeschlagen, das die Leistungsträger in Stand setzen soll, zielorientierter, evidenzbasierter und patientenorientierter zu handeln – zum Nutzen der Patienten und jenseits von bürokratischen und ökonomischen Zwängen. Ihre zentralen Argumente haben die beiden Autoren im Beitrag auf Seite 16 für Sie zusammengefasst.

Wer sind die Autoren?

Klaus Piwernetz ist uns kein Unbekannter. Viele Berufsverbandsprojekte hat er in der Vergangenheit begleitet. Aktuell ist er in der Nationalen Demenzstrategie beratend für uns tätig. Er wird auch das diesjährige BDN-Forum in Berlin moderieren.

Klaus Piwernetz

Dr. rer. nat. Dr. med. Klaus Piwernetz ist Diplom-Physiker seit 1975 und hat sich mit Biokybernetik und kybernetischer Systemtheorie beschäftigt. Seit 1981 ist er auch Arzt. Er war zunächst im Bereich der Inneren Medizin klinisch tätig und hat IT-Systeme entwickelt, 1989 bis 1999 war er für die WHO-EURO und die EU tätig im Bereich Gesundheitssysteme, Telematik und Qualitätsmanagement, seit 1994 ist er selbstständig (Qualitätsmanagement in Klinik und Praxis, Telematik, Gesundheitsportal Qualität, Systemanalyse). Piwernetz war bis 2013 Geschäftsführer der 4QD Qualitätsklini-

ken.de GmbH, Berlin, deren medizinischer Direktor er heute noch ist und ist darüber hinaus unter anderem für Fachgesellschaften als Berater und als Trainer in Ärztekammern tätig.

Edmund Neugebauer

Univ.- Professor Dr. Prof. h.c. Dr. h.c. Edmund Neugebauer ist seit Januar 2019 Präsident der Medizinischen Hochschule Brandenburg Theodor Fontane (MHB). Er war von September 2016 bis Dezember 2018 Dekan der MHB und bis zu seiner Emeritierung im Februar 2015 Inhaber des Lehrstuhls für Chirurgische Forschung sowie Direktor des Instituts für Forschung in der Operativen Medizin (IFOM) an der Universität Witten/Herdecke. Neben anderen Vorstandsaufgaben war er von 2007 bis 2009 Vorsitzender des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) und von 2012 bis 2018 Vorsitzender des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF) dessen Gründungsmitglied er auch ist. Neugebauer hat nach einem Ingenieurstudium in Aachen/Jülich in Marburg Chemie/Biochemie und Medizin studiert, 1982 in Chemie/Biochemie promoviert und 1988 in Theoretischer Chirurgie habilitiert. Er hat mehr als 980 wissenschaftliche Publikationen verfasst (in den letzten Jahren vorwiegend in der klinischen- und Versorgungsforschung), davon mehr als 350 Originalartikel. Er ist Herausgeber von zwölf Büchern.

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich



Das Buch zu diesem Beitrag ist in diesem Jahr im Verlag de Gruyter erschienen und kostet 79,95 €.

Gebunden: ISBN 978-3-11-070674-1
pdf: ISBN 978-3-11-070682-6
EPUB: ISBN 978-3-11-070692-5

Hier steht eine Anzeige.





Gesundheitssystem auf dem Prüfstand

COVID-19-Pandemie als Weckruf für einen Strategiewechsel

Die COVID-19-Pandemie hat zwei Seiten unseres Gesundheitssystems aufgezeigt: Erstens zählt unser System zu den Besseren auf dieser Welt. Das gilt zumindest dann, wenn man absolute Zahlen betrachtet. Wird aber, zweitens, die Qualität auf die verfügbaren Mittel einbezogen, sieht die Sache schon anders aus.

In der Bewältigung der COVID-19-Pandemie hat unser Gesundheitssystem seine grundsätzlich hohe Leistungsfähigkeit gezeigt. Mit ihrem hohen Engagement und ihrer großen Kompetenz konnten die Leistungsträger in Klinik und Praxis die gesundheitlichen Auswirkungen auf die Bevölkerung während der exponentiellen Phase in Grenzen halten. Die niedergelassenen Ärzte haben dafür gesorgt, dass nur Patienten mit höheren Schweregraden zur stationären Behandlung eingewiesen

wurden. Kliniken haben mit hohem Einsatz schwerkranke COVID-19-Patienten auf Intensivstationen und Beatmungsplätzen behandelt. Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich haben die Einrichtungen eigenständig Lösungen aufgebaut, um die Behandlungen trotz widriger Umstände aufrechtzuerhalten und dennoch Mitarbeiter und behandelte Patienten vor Ansteckung zu schützen.

Andererseits haben eklatante Mängel die Arbeit der Leistungsträger erheblich

behindert. An erster Stelle stehen die gleich zu Beginn aufgetretenen Defizite an Schutzkleidung, Masken und Desinfektionsmittel. Jeder erinnert sich noch an die Berichte über horrenden Preisentwicklungen für Cent-Artikel und gekaperte Lieferungen in einem wild gewordenen Markt. Alle haben wir auch die Bilder vor Augen, wie sich Politiker stolz der Presse präsentierten, wenn wieder einmal Paletten mit Schutzmaterial eingetroffen waren. Weiter war rasch sichtbar, dass niemand einen Überblick über

Das Referenzsystem salu.TOP

Detaillierte Erläuterungen zum Referenzsystem salu.TOP sind in zwei Übersichten zu finden [4, 15]. Das Referenzsystem besteht aus fünf Elementen:

- den fünf funktional verbundenen Ebenen,
- den 15 Regeln,
- den Schlüsselementen,
- den Organisationsprinzipien,
- den beteiligten Menschen.

Die funktional verbundenen fünf Ebenen

Die fünf Ebenen des Referenzsystems salu.TOP stimmen auf den ersten Blick mit den aktuellen fünf Ebenen des Gesundheitssystems überein (**Tab. 1**). Allerdings sind sie bei salu.TOP durch ihre Funktion definiert und nicht durch die Einrichtungen oder Organisationen. Sie sind außerdem untereinander funktional über Ziele verbunden und nicht über Strukturvorgaben durch Gesetze, Verordnungen oder Richtlinien.

Abb. 1 gibt die Verbindung der fünf Ebenen des Referenzsystems salu.TOP wieder und verdeutlicht die Verschachtelung dieser Ebene.

Beim Aufbau folgen wir den Definitionen von Luhmann (soziologische Systeme) und Bertalanffy (kybernetische Systeme). Entsprechend Luhmanns Prinzipien bestimmen die Bedingungen des umfassenderen Systems (z. B. Ebene 1 „Ziele setzen“) die Bedingungen des jeweils darunterliegenden Systems (z. B. Ebene 2 „Operationalisieren“) [16]. Bertalanffys Prinzipien verbinden die Ebenen mit Zielen und Transparenz über erreichte Ergebnisse und verwendete Ressourcen (in der Systemtheorie als „Rückkopplungen“ bezeichnet) [17].

Die Verbindung zwischen den Ebenen und die Vorgehensweisen innerhalb der Ebenen werden durch die 15 Regeln (**Tab. 2**) und die Konstruktionsprinzipien definiert. Durchgehend gilt das Prinzip der Selbstorganisation, nach dem die Verantwortlichen in den Ebenen weitgehende Freiheiten bekommen, sich frei zu organisieren. Grenzen ergeben sich allein aus den definierten Zielen, den zur Verfügung stehenden Ressourcen, den Rahmenbedingungen und einem Ethikkodex. Sonst folgen sie allein den professionellen

Anforderungen ihres Verantwortungsbereichs.

Die 15 Regeln

Die 15 Regeln sind ebenenspezifisch definiert. Details über die Herleitung und die Ausgestaltung finden sich in Piwernetz & Neugebauer 2020 [4].

Jede Regel ist mit Zweck und Ziel beschrieben und für die Umsetzung mit Aufgaben und Verantwortlichkeiten belegt (**Tab. 2**). Die Regeln beschreiben ein Referenzsystem und sind logischerweise im aktuellen Gesundheitssystem nicht sofort umsetzbar. Gelegentlich werden sie sogar auf massive Widerstände aktueller Verantwortungsträger stoßen. Aber das ist ja gerade der Zweck eines Referenzsystems: Es soll Unterschiede zwischen dem IST und einem anstrebenswerten, konsentierten SOLL aufzeigen.

Die Schlüsselemente

Beim Aufbau des Referenzsystems sind fünf Schlüsselemente axiomatisch zu beachten:



Abb. 1: Verbindung der fünf Ebenen des Referenzsystems salu.TOP

Tab. 1: Ebenen des Referenzsystems salu.TOP

Nr.	Kernfunktion	Mitglieder
1	Ziele setzen	Bundestag, Bundesrat, Bundesgesundheitsministerium
2	Operationalisieren	Nationales Institut für Gesundheit (NIG), Patienten, Gemeinsamer Bundesausschuss mit den Bänken (GKV-SV, DKG, KBV)
3	Regionalisieren	Landesgesundheitsministerien, Kommunen, regionale Planungseinrichtungen und regionale Selbstverwaltung
4	Organisieren	Einrichtungen der integrativen Versorgung (Krankenhäuser, MVZ, Praxen, kommunale Gesundheitseinrichtungen)
5	Behandeln	Patienten und Behandler-Teams

Kapazitäten zur Intensivbehandlung oder Beatmung hatte. Bereits ausgesonderte Beatmungsgeräte wurde reaktiviert, Flugzeug- und Automobilbauer begannen, neue Geräte zu bauen. Die Initiative DIVI [1] verfügte über eine Plattform, um Kapazitäten im Intensivbereich zu managen. Erst eine Verordnung des BMG sorgte schließlich dafür, dass alle Einrichtungen freie Kapazitäten meldeten.

Neben dieser fehlenden Transparenz wurde der informationstechnische Flickenteppich im Gesundheitswesen schmerzhaft sichtbar. Weder gab es eine einheitliche medizinische Dokumentation, noch war eine einfache Kommunikation zwischen Einrichtungen möglich. Die Personalknappheit in allen Bereichen sei nur am Rande erwähnt. Glücklicherweise wurden einige kürzlich erlassene Gesetze und Verordnungen zü-

gig außer Kraft gesetzt. Schlimm war die Situation auch im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens in Bezug auf Personal und technische Ausstattung. Die Berichte über handschriftliche Übertragungen vom Bildschirm auf Papier, Übermittlung per Fax, händisches Übertragen in Excel-Tabellen und manuelle Zusammenführung zu „Pseudo-Datenbanken“ werden wohl noch lange in Erinnerung bleiben.

1. Gesundheits-/Versorgungsziele und Werte
2. Patientenorientierung
3. Bedarfsorientierung
4. Verantwortung
5. Transparenz

Die gesellschaftlich konsentierten Gesundheits- und Versorgungsziele bilden das wichtigste Schlüsselement. Sie sind entsprechend Regel G1 auf breitem gesellschaftlichem Konsens aufgebaut. Die Erfüllung dieser Ziele ist der erste und vornehmste Zweck unseres Gesundheitssystems. Für die Umsetzung dieser Ziele gelten unverrückbar die vier weiteren Elemente Patientenorientierung (2), Bedarfsorientierung (3), Verantwortung (4) und Transparenz (5). Ihre Implikationen finden sich in den Rahmenbedingungen und dem Ethikkodex nach Regel G2.

Die Verbindung der Schlüsselemente des Referenzsystems salu.TOP verdeutlicht **Abb. 2**. Im Zentrum stehen die Gesundheits- und Versorgungsziele (1). Sie zu erfüllen ist der entscheidende Zweck des Gesundheitssystems: Um sie gruppieren sich die Forderungen, die bei der Umsetzung zu beachten sind:

Der Patienten steht immer im Fokus (2), Versorgungsleistungen orientieren sich strikt am Bedarf (3), für alle Aufgaben wird Verantwortung eindeutig zugeordnet (4), umfassende und zeitnahe Transparenz (5) zeigt den Erfüllungsgrad der Ziele. So können Verantwortungsträger gegebenenfalls korrigierend eingreifen.

Die Organisationsprinzipien

Die Organisationsprinzipien legen fest, wie das Referenzsystem aus den strukturellen und funktionalen Vorgaben für die fünf Ebenen und den 15 Regeln aufgebaut werden soll:

1. Ein hohes Maß an Selbstorganisation
2. Integrative Versorgung über alle Schnittstellen hinweg
3. Belohnung von Qualität
4. Lernendes System aus sich heraus
5. Zukunftssicherheit

Die Organisationsprinzipien sprechen für sich und werden an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt.

Den beteiligten Menschen

Stefan Kühl [18] stellt aus Sicht eines Organisationssoziologen mit Recht fest, dass eine Einrichtung oder Organisation niemals allein mittels zweckrationaler Festlegungen definiert werden kann. Immer müssen die an Planung, Aufbau und Regelbetrieb beteiligten Menschen mit ihren individuellen Zielen und Wünschen sowie ihre individual- und gruppenpsychologischen Bedingtheiten und ihrer Sozialisierung berücksichtigt werden.

Dies geschieht im Referenzsystem salu.TOP in hohem Maße. Allerdings sollten sich alle Beteiligten bewusst sein, dass sie in einer regulierten Umgebung mit spezifischen Bedingungen handeln. Es gelten immer die Bedingungen des Gesundheitssystems und nicht die einer freien Marktwirtschaft. Christiane Woopen bringt dies zugespitzt auf den Punkt: **Der Patient ist Zweck der Gesundheitsversorgung, nicht Mittel zur Erlösmaximierung** [19].



Tab. 2: Regeln des Referenzsystems salu.TOP

Nr.		Regeln
1	G1	Die Gesundheitspolitik definiert in breitem Konsens nationale Gesundheits- und Versorgungsziele, exekutive Rahmenbedingungen und ethische Maßstäbe.
	G2	Die Gesundheitspolitik stellt angemessene Mittel bereit.
	G3	Die Gesundheitspolitik delegiert die Erreichung der nationalen Gesundheits- und Versorgungsziele an die Selbstorganisation.
2	S1	Die Selbstorganisation setzt die Gesundheits- und Versorgungsziele um, erstellt operative Versorgungsziele und definiert generische Behandlungspfade.
	S2	Die Selbstorganisation optimiert die Ressourcenzuordnung im Sinne allokativer Effizienz und gleicht Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit aus.
	S3	Die Selbstorganisation schafft die Grundlagen dafür, dass die Versorgungsaufgaben in allen Regionen und auf allen Ebenen unabhängig von Alter, Geschlecht und sozialer Schicht erfüllt werden können.
3	R1	Jede Region passt die operationalisierten Versorgungsziele den regionalen Gegebenheiten an; ihr Erreichungsgrad wird jährlich transparent berichtet.
	R2	Regionale Versorgungsketten verbinden die Einrichtungen ziel- und patientenorientiert.
	R3	Umfang und Qualität der Versorgung sind in allen Regionen angemessen und gleichmäßig.
4	E1	Die Einrichtungen erfüllen die bedarfsorientierten Versorgungsziele.
	E2	Die Ziele werden über patientenorientierte und evidenzbasierte Prozesse erreicht.
	E3	Effektivität und Effizienz werden regelmäßig und transparent berichtet.
5	P1	Der Patient entscheidet, was geschieht.
	P2	Die Behandler entscheiden, wie die Maßnahmen durchgeführt werden.
	P3	Der Nutzen muss immer größer sein als der Schaden.

Dass die Bevölkerung trotz dieser dunklen Seiten unseres Gesundheitssystems diese erste Welle relativ gut überstanden hat, ist nicht zuletzt der Kompetenz, dem Engagement und der Fähigkeit der Leistungsträger in Klinik und Praxis zu verdanken, sich selbst zu or-

ganisieren. Praxen haben einen Mehrschichtenbetrieb aufgebaut, Kliniken den Zugang infektionssicher gemacht und getrennte Teams gebildet. Dieser Wille zur Selbstorganisation ist ein hervorragendes Merkmal innerhalb der Gesundheitsversorgung, auf dessen Grund-

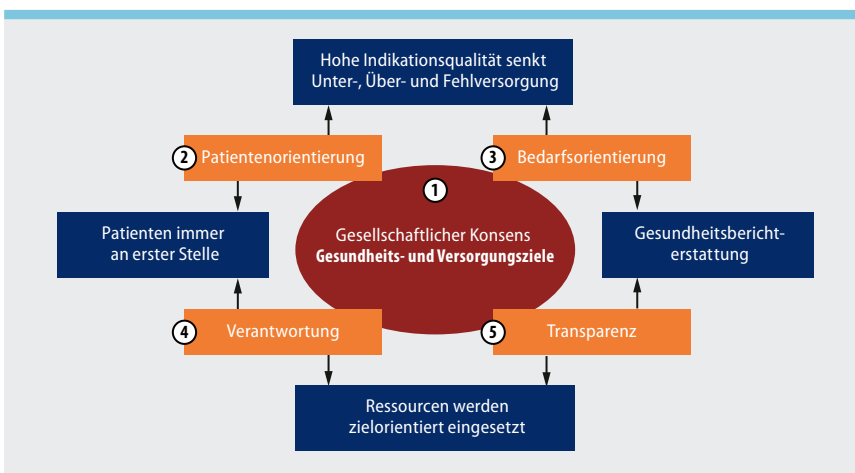


Abb. 2: Schlüsselemente des Referenzsystems salu.TOP

lage auch größere Herausforderungen bewältigt werden können. Er wurde allerdings in letzter Zeit insbesondere durch eine Überbetonung ökonomischer Aspekte arg strapaziert.

Nicht vergessen werden sollte die zusätzliche Krankheitslast der Patienten, die selbst in extremen Situationen wie akutem Herzinfarkt und Schlaganfall oder für notwendige onkologische Eingriffe keine Klinik aufsuchten – aus Angst sich anzustecken oder weil elektive Eingriffe abgesetzt wurden. Es wird eine der Aufgaben der Versorgungsforschung sein, diese Last a-posteriori abzuschätzen.

Erstarrung trotz wachsender Herausforderungen

Angesichts der zum Teil dramatischen Umstände während der COVID-19-Pandemie vergisst man leicht, dass sich das Gesundheitssystem bereits im Vorfeld zahlreichen Problemen gegenüber sah. Man hat noch den Gesundheitsminister vor Augen, wie er im Ausland händeringend nach Pflegekräften suchte. Verordnungen und Gesetze zur Verbesserung der Situation der Pflegekräfte wie die Pflegepersonal-Untergrenzen-Verordnung (PpUGV) oder das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) lösen das Problem nicht wirklich, zumindest nicht kurzfristig. Eine Studie zur Krankenhaussituation in NRW [2] weist in einem Modell auf eine Lösungsoption hin, nach der eine Reduktion der Zahl von Krankenhausbetten die kritische Situation im Pflegebereich deutlich entschärfen würde und dabei die Qualität in folgenden Aspekten bewahrt bliebe: Zugang, Spezialisierung, Qualität und Wohnortnähe. Die digitale Transformation im Gesundheitswesen ist insgesamt noch eine einzige große Baustelle.

Die Herausforderungen der COVID-19-Pandemie haben einige offensichtliche Probleme unseres Gesundheitssystems in den Hintergrund des Interesses geraten lassen:

- Unter-, Über- und Fehlversorgung,
- fehlende Gesundheits- und Versorgungsziele,
- mangelhafte Steuerbarkeit des Gesundheitssystems,
- Ökonomie statt Patientenorientierung und Versorgungsqualität,

Hier steht eine Anzeige.





- erheblicher Mangel an Pflegekräften,
- rückständige Digitalisierung,
- unzureichende Transparenz über Ergebnisse und Ressourceneinsatz,
- qualitätsfeindliches Vergütungssystem,
- strukturelle Selbstblockade der Selbstverwaltung im G-BA,
- fehlende Integration durch Sektoreierung,
- unzureichende Investitionen in Krankenhäusern,
- zu viele Krankenhausbetten,
- unzureichende Sicherstellung der ambulanten Versorgung auf dem Land.

Als Folge dieser ungelösten Probleme ist der Gesetzgeber gezwungen, mit immer neuen Gesetzen zu versuchen, einige Auswüchse zu korrigieren. Beim Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) griff die Politik sogar bis in die unterste Versorgungsebene durch, um Wartezeiten zu reduzieren [3]. Das könnten die Leistungserbringer zusammen mit der Selbstverwaltung eigentlich selbst lösen. Das kann nicht wirklich Aufgabe des BMG sein.

Nachhaltige Verbesserungen werden durch Gesetze, Verordnungen und Richtlinien aber nicht wirklich erreicht, solange grundlegende Webfehler nicht korrigiert werden. Dies ist dadurch bedingt, dass das Gesundheitssystem aus Sicht der Systemtheorie komplex ist. Komplex bedeutet zum Beispiel, dass Wirkungen von gesetzlichen Maßnahmen nicht zuverlässig vorhergesagt werden können. Eigentlich haben solche Maßnahmen ja das Ziel, etwas zu verbessern. Die Ziele werden aber in aller Regel nicht konkret genannt, sie bleiben implizit. Gesetze greifen vielmehr in Versorgungsstrukturen mit der Erwartung ein, dass nach dem Inkrafttreten des Gesetzes Abläufe in der Gesundheitsversorgung geändert werden. Die Betroffenen des Gesetzes müssten dazu ihr Verhalten ändern, manchmal sogar ihre Einstellung. Unter diesen Umständen entwickeln sie aber bevorzugt sogenannte Escape-Strategien. Dabei werden zwar die gesetzlichen Vorgaben beachtet, parallel werden aber die Aussagen des Gesetzes zunächst neu interpretiert. Dann erst werden Prozesse so eingerichtet, dass den gesetzlichen Forderungen zwar Genüge getan wird, die eigenen Ziele aber

weiterhin ungestört verfolgt werden können [4].

Im Ergebnis wird der Zweck des Gesetzes scheinbar erfüllt oder es treten Nebenwirkungen auf, auf die wiederum reagiert werden muss. Ein Beispiel dafür findet man in den Anreizen, die „über Nacht“ für die ausgelobt wurden, die Kapazitäten für Intensiv- oder Beatmungspatienten schaffen und elektive Eingriffe verschoben. Die vorhandenen Kapazitäten kannte man nicht, hatte aber Sorge, dass sie nicht ausreichen würden. Die Folgen sind oben beschrieben.

Bewertung nach der ersten Welle

In Deutschland war, verglichen mit vielen anderen Ländern, die Situation für COVID-19-Patienten deutlich besser als befürchtet. Gemessen am Aufwand und an den eigentlich vorhandenen Möglichkeiten unseres Gesundheitssystems ist jedoch immer noch einiges zu tun. Für Selbstgefälligkeit gibt es keinen Anlass.

Es besteht also kein Grund, sich selbst auf die Schultern zu klopfen und zu deklamieren „Unser Gesundheitssystem hat sich bewährt“, „Gut, dass wir so viele Krankenhäuser haben“, denn nur ein Drittel der Intensivplätze war wirklich mit Intensivpatienten belegt.

Wir müssen die Erstarrung des Gesundheitssystems überwinden und uns auf die Herausforderungen vorbereiten. Wir haben engagierte und kompetente Leistungsträger, ausgewiesene wissenschaftliche Fachleute, belastbares technisches Knowhow und ausreichende Mittel. Mit Gesundheits- und Versorgungszielen können wir zu einer neuen Verantwortlichkeit kommen. Selbstorganisation statt Selbstverwaltung. Mit Mut, Entschlossenheit und Energie können wir jetzt beginnen: Strategiewechsel jetzt! [4]

Pandemien gab es schon früher

„Deutschland ist bestmöglich vorbereitet!“ schreibt das Innenministerium auf seiner Homepage [5]. Das ist richtig und falsch zugleich. Deutschland war gut vorbereitet, weil es

- eine gesetzliche Grundlage für den Umgang mit Pandemien gibt,
- seit langem ein Bundesamt für Bevölkerungs- und Katastrophenschutz (BBK) gibt,

- ein bestens ausgestattetes und eingeübtes „Gemeinsames Melde- und Lagezentrum (GMLZ) von Bund und Ländern“ gibt,
 - im RKI eine Abteilung „Ausbruchmanagement“ gibt,
 - einen aktuellen Nationalen Pandemieplan [6] gibt,
 - zahlreiche Landespanemiepläne gibt,
 - umfangreiche Vorerfahrungen aus früheren Pandemien gibt,
 - mehrere Übungen zum Ausbruch einer Pandemie gab,
 - Berichte zu den zahlreichen Übungen gibt, was zeitnah optimiert werden sollte (BBKS) [7],
 - nach Berichten des RKI mit ServNet ein funktionierendes IT-Kommunikationsnetz für Pandemien gibt.
- Andererseits war Deutschland nicht gut vorbereitet, weil
- die Hinweise aus den früheren Übungen nicht umgesetzt worden waren,
 - die Gesundheitsämter personell und technisch unzureichend ausgestattet waren,
 - die Verantwortlichkeiten nicht klar zugeordnet waren oder Verantwortung nicht erkennbar umgesetzt wurde,
 - die Verteilung der Kompetenzen zwischen Bund und Ländern ein stringentes, koordiniertes Vorgehen erschwerte,
 - das GMLZ von Bund und Ländern kaum genutzt wurde,
 - die Kompetenzträger aus den unterschiedlichen Fachrichtungen nicht zeitnah, umfassend und koordiniert einbezogen wurden,
 - das ServNet und die Datenübermittlung insgesamt nicht wirklich funktioniert hat.

Zusammenfassend lässt sich sagen: Deutschland war gut vorbereitet, aber sicher nicht bestmöglich. Leider wurden die guten Vorbereitungen nur unzureichend genutzt. Insbesondere die informationstechnische Grundlage und folglich auch die Datenlage waren einer führenden Industrienation nicht würdig.

Sehenden Auges in die erste Welle

Ernüchternd ist der Blick zurück auf die Entwicklung der COVID-19-Pandemie seit den ersten Berichten aus Wuhan. Die unzureichende Informationspolitik Chinas ist im internationalen Staatenverbund indiskutabel. Wir wollen uns hier



jedoch nur auf das Geschehen in Deutschland konzentrieren.

Die Chronik des BMG beginnt am 27. Januar 2020 mit dem ersten bekannten COVID-19-Patienten in Deutschland. Die WHO erklärte den Ausbruch bereits am 30. Januar 2020 zu einem globalen Gesundheitsnotfall. Spätestens jetzt hätten die Betrachtungen zum Risikomanagement im Sinne von Best-case- und Worst-case-Analysen beginnen können. Alle Berichte vorheriger Übungen wiesen darauf hin, dass Pandemien nahezu alle Bereiche des gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Lebens betreffen würden.

Am 28. Februar 2020 tagte der gemeinsame Krisenstab von BMI und BMG zum zweiten Mal. Anfang März steigen die Zahl der Erkrankten in anderen Europäischen Ländern sprunghaft an. Am 11. März 2020 ruft die WHO die Pandemie aus.

Am 16. März 2020 wurde in Deutschland die Anzahl von 1.000 bekannten Infizierten überschritten. Es standen also mehr als zwei Wochen Zeit zur Verfügung, um Lehren aus den Vorberichten zu analysieren und auf den aktuellen Verlauf anzuwenden. Jetzt wäre noch Zeit gewesen, um eine einfache, aber stabile IT-basierte Kommunikation und Vernetzung aufzubauen. Auf der spärlichen Datenbasis konnte man beginnen, erste Simulationen zur Entscheidungsunterstützung aufzubauen.

Die Vorinformationen hätten zusammen mit den Simulationen eindeutige Hinweise gegeben, welche Materialien in absehbarer Zeit erforderlich werden würden. Einerseits hätte man die Mitarbeiter besser schützen und andererseits viel Geld sparen können. Die Verantwortung lag eigentlich bei den Einrichtungen selbst, die allerdings angesichts der erforderlichen Mengen heillos überfordert waren. Die Dramatik konnten sie aber gar nicht erkennen, da sie weder über Daten noch über Methoden zur Hochrechnung verfügten. Folgende Anforderungen sind in Zukunft zur Bewältigung einer ausreichenden Bevorratung und Materialbeschaffung zu erfüllen:

- Verantwortung für Vorratshaltung und Beschaffung,
- Daten und Methoden zur Berechnung des Bedarfs,

— Geldmittel und Personal für die Beschaffung,

— Marktzugang und Verhandlungsstärke. Die Einrichtungen konnten das zu Beginn der Pandemie sicher genauso wenig leisten wie heute, da man ihnen die Verantwortung erneut zugewiesen hat. Solche Widersprüche zwischen Verantwortung, erforderlichen Fähigkeiten, verfügbaren Daten und angemessenen Ressourcen kann man während der ganzen COVID-19-Pandemie an zahlreichen Beispielen beobachten:

Maßnahmen zum Infektionsschutz: Politik hat die Verantwortung, verfügt aber nicht über belastbare Daten, kann nicht die komplexe Situation insgesamt beurteilen (individuelle Gesundheit, wirtschaftliche Folgen, ethische Abwägungen, gesellschaftliche Implikationen), Uneinigkeit bei der praktischen Umsetzung zwischen Bund und Ländern, unzureichendes Monitoring, fehlende Sanktionierung.

Umsetzung der Massentestung: Logistik zur Organisation der Menschen, Technik zur Probenahme, Auswertungen und Dokumentation im Labor, Kommunikation zwischen Labor, Gesundheitsamt, Arzt und Patient sowie Nachverfolgung der positiv Getesteten, Evaluation der Wirksamkeit der Gesamtmaßnahme.

Intensivmedizinische Behandlung: Leitlinien von der Indikationsstellung bis zur Entlassung, Planung und Aufbau der Intensivkapazitäten, Monitoring der freien Plätze, Patientensteuerung, Verschiebung elektiver Eingriffe, begleitende Versorgungsforschung.

Ethische Implikationen: Die Politik muss Entscheidungen treffen, kann aber nicht abschätzen, welche Personen in welchem Ausmaß von der Krankheit betroffen sind, wie sich die einschränkende Maßnahmen auswirken, wer welche Krankheitslast trägt und wie

Hier steht eine Anzeige.

 Springer



die beschränkten Mittel verteilt werden sollen.

Kitas, Schulen und Universitäten: Abwägung zwischen Infektionsschutz, psychologischen Folgen der Isolierung und geändertem Bildungsangebot, Verfügbarkeit von Schutzmaterialien und Daten, Eignung der Räume (beispielsweise Lüftung der Räume), fehlende methodische Unterstützung von Home-schooling.

„Wir sind doch die Besten“

Auf die Frage, warum die COVID-19-Pandemie in Deutschland vergleichsweise milde ablief, nannte Ferdinand Gerlach, der Vorsitzende des Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, folgende Gründe:

- Kompetenz und Engagement der Leistungsträger (Ärzte, Pflege, öffentliche Gesundheitsdienste),
- Schutz der Einrichtungen zur stationären Intensivbehandlung durch die ambulanten Versorger,

— Patienten mieden Krankenhäuser selbst in dringlichen Situationen (Herzinfarkt, Schlaganfall, onkologische Operation) aus Angst vor Ansteckung,

— frühes Handeln und Glück.

Zu den wirklichen Stärken unseres Gesundheitssystems zählen Kompetenz und Einsatzbereitschaft der Leistungsträger in der Gesundheitsversorgung. Ihnen galt zurecht ein besonderer Dank. Sie haben durch ihre Fähigkeiten zur Selbstorganisation die Hauptlast des Erfolges getragen.

Die Organe der Selbstverwaltung wirkten inhaltlich und organisatorisch ergänzend zur Bewältigung der COVID-19-Pandemie mit. Die Schwerpunkte der Aktivitäten lagen darauf, die Finanzierung in ihren Bereichen sicherzustellen. Die gesetzlichen Krankenkassen haben während der Pandemie sogar weniger ausgegeben als in vergleichbaren Zeiträumen. Der G-BA hat mit zahlreichen Verordnungen dafür gesorgt, dass Einrichtungen in der Krisensituation nicht gegen gesetzliche Regelungen oder Richtlinien verstoßen.

Einige Funktionäre meldeten sich mit der These zu Wort, „Gut, dass wir so viele Krankenhäuser haben. Nur so konnten wir den Ansturm bewältigen.“ Ferdinand Gerlach [8] und Reinhard Busse [9] haben diese These bereits richtig gestellt: Nur ein Drittel der Krankenhäuser hat die Mehrzahl der schwerkranken COVID-19-Patienten behandelt, ein Drittel hat einige minder schwere Fälle betreut und ein Drittel kam gar nicht mit COVID-19-Patienten in Berührung, hat aber trotzdem Entschädigungen für das Freihalten von Betten erhalten. Unberufene sollten sich nicht selbstgefällig auf die Schultern klopfen nach dem Motto: „Unser Gesundheitssystem ist eben doch das Beste“. Ist es eben nicht. Wir hatten bisher viel Glück. Aber zumindest vor der nächsten Welle sollten wir aus dem Verlauf der COVID-19-Pandemie die einschlägigen Lehren ziehen. Deren gibt es genug.

Es ist nur eine Frage der Zeit

Alle Experten sind sich darin einig, dass dies nicht die letzte Pandemie war. Ob jetzt die „zweite Welle“ kommt oder

nicht, darf uns nicht daran hindern, die Chancen, die die COVID-19-Pandemie bietet, für eine signifikante Neuausrichtung unseres Systems zu nutzen. Von der überfälligen Lösung einiger hinderlicher Zielkonflikte [4] bis hin zu einem konstruktiveren Umgang mit der digitalen Transformation ist wahrlich einiges zu tun.

Bis zur nächsten Pandemie müssen Verantwortlichkeiten klar geregelt sein. Und die Verantwortungsträger müssen belastbare Informationen und wirkmächtige Methoden als Entscheidungsunterstützung bekommen. Andererseits müssen politische Entscheidungen sachlich, transparent und für alle Bürger verständlich begründet werden. Frühzeitig sollte die wissenschaftliche Expertise zur Analyse und Bewertung der ausgesprochen komplexen Situation einer Pandemie frühzeitig koordiniert zusammengetragen werden. Die politischen Entscheider sollten sich auf die politischen Aspekte konzentrieren können und sich nicht von widersprüchlichen Verlautbarungen beeinträchtigen lassen. Andererseits empfiehlt das Thesenpapier Nr. 4 anerkannter Versorgungsforscher, der Versuchung zu widerstehen, das Pandemiegeschehen parteipolitisch zu instrumentalisieren [10].

Die informationstechnische Unterstützung der Gesundheitsversorgung bietet ein Bild des Jammers und ist einer Industrienation unseres Kalibers wirklich nicht würdig. Dass die Entwicklung einer elektronischen Gesundheitskarte nach zehn Jahren und Investitionen von mehr als 1 Milliarde € immer noch nicht weiter gediehen ist, dass die elektronische Patientenakte immer noch nicht voll einsatzfähig ist, dass die informationstechnische Vernetzung immer noch in den Kinderschuhen steckt, sind Paradebeispiele negativer Lobbyarbeit. An den medizinischen und pflegerischen Leistungsträgern und an der Kompetenz der wissenschaftlichen und technischen Fachleute liegt es wahrlich nicht. Die Leistungsträger müssen endlich wirksam in ihrer täglichen Arbeit unterstützt werden. Dabei müssen alle mitwirken.

Solche Defizite kosten nicht nur viel Geld, sondern inzwischen auch Menschenleben! So kann es nicht weitergehen!

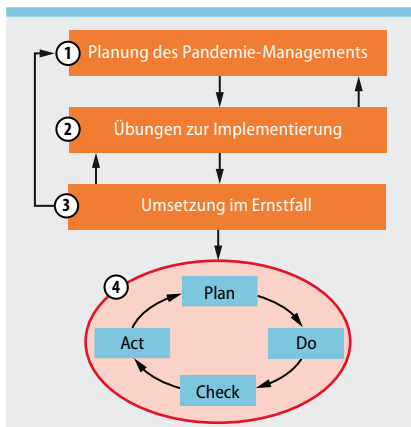


Abb. 3: Management einer Pandemie im Referenzsystem salu.TOP. Im Sinne eines lernenden Systems führen Ergebnisse der Übungen zur Optimierung der Planung, Erfahrungen aus dem Ernstfall einer Pandemie verbessern zum einen die Planung und zum ändern die Übungsmethoden und -inhalte (dargestellt jeweils durch die blauen Pfeile). Das Management im Ernstfall (4) entspricht dem bekannten Zyklus beim Qualitätsmanagement ‚Plan-Do-Check-Act‘. Fehlt die methodische Unterstützung zur Planung, reduziert sich der Zyklus dann auf ‚Do-Check-Act‘. Die Chance zur Antizipation geht damit verloren.



COVID-19-Pandemie als Chance für eine Neuausrichtung

Die COVID-19-Pandemie hat einige Probleme des Gesundheitssystems wie unter einem Brennglas schonungslos sichtbar gemacht. Sie bietet deshalb einen hervorragenden Anlass, um das von salu.TOP vorgelegte Konzept zur Neuausrichtung unseres Gesundheitssystems auf den Weg zu bringen.

Dieser Artikel zeigt am Beispiel der COVID-19-Pandemie, wie das vorgeschlagene Referenzsystem salu.TOP mit den nächsten Pandemien umgehen würde (siehe **Das Referenzsystem salu.TOP** auf Seite 16f).

Entsprechend den Konstruktionsprinzipien des Referenzsystems sind schematisch drei Phasen zu unterscheiden: Planung, Übung und den Ernstfall (**Abb. 3**). Die Planung beginnt mit der Definition der Gesundheits- und Versorgungsziele für die Bewältigung einer Pandemie. Dazu könnte man etwa die Ziele aus dem Nationalen Pandemieplan Teil 1 erweitern. Die detaillierte Implementierung der 15 Regeln durch die fünf Ebenen sind in [4] konkret ausgeführt.

Planung

In der Planungsphase (1) werden alle relevanten Aspekte des Pandemiemanagements identifiziert, analysiert und beschrieben. Grundlage bilden die Nationalen Pandemiepläne (NPP) Teil 1 und Teil 2 des RKI [6, 11]. Im Teil 1 sind zahlreiche Aufgaben und Verantwortlichkeiten beschrieben. Diese sollen jedoch erweitert und konkretisiert werden, um zum Beispiel klar zu stellen, wer nach

welchen Kriterien definiert, dass eine Pandemie besteht und entsprechende Maßnahmen auslöst. Auch wäre zu ergänzen, wie geprüft wird, ob Festlegungen des NPP umgesetzt worden sind.

Beispielsweise findet sich in Tab. 4.2. des NPP Teil 1 der Satz „Die Ausstattung/Bevorratung mit Schutzkleidung und anderen Utensilien liegt in der Verantwortung der jeweiligen Einrichtung.“ [6]. Das ist gründlich schief gegangen, da nicht festgelegt war, wer dies überprüft. Auch ist nicht klar, ob die Einrichtungen fachlich überhaupt in der Lage sind, Art und Umfang der Ausstattung zu definieren und wer letztlich die Kosten dafür trägt. Pandemien sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben und können nicht allein von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden.

Der NPP Teil 1 beschreibt folgende Ziele:

- Reduktion der Morbidität und Mortalität in der Gesamtbevölkerung,
- Sicherstellung der Versorgung erkrankter Personen,
- Aufrechterhaltung essenzieller, öffentlicher Dienstleistungen,
- zuverlässige und zeitnahe Information für politische Entscheidungsträger, Fachpersonal, die Öffentlichkeit und die Medien.

salu.TOP würde diese Ziele im Einzelnen operationalisieren und jeweils klare Verantwortlichkeiten zuordnen. Insbesondere ist die Aufgabe klar formuliert, wer die Forderungen des NPP an die Betroffenen kommuniziert, und ob diese verstanden und umgesetzt wurden. Dafür kommen ein neu zu schaffendes Na-

tionales Institut für Gesundheit (NIG) und die Verantwortlichen in den Landesgesundheitsministerien infrage.

Die Fähigkeit des Gesundheitssystems, mit Pandemien umzugehen, wird dokumentiert und kommuniziert. Die Verantwortlichkeiten sind übersichtlich, verständlich und transparent dargestellt. Innerhalb der beteiligten Einrichtungen wird eine spezifische Dokumentation vorgehalten. Die informationstechnische Interoperabilität ist über alle Ebenen hinweg sichergestellt. Die Transparenz des Pandemiegeschehens wird hinsichtlich Umfang, zeitlicher Entwicklung und geopolitischer Zuordnung gewährleistet.

In den bisherigen Plänen werden Patienten eher als Objekte des Pandemiemanagements beschrieben und nur an wenigen Stellen als Individuen. **Patientenorientierung ist nachzubessern!**

Die NPP enthalten zahlreiche Aussagen zu inhaltlichen oder organisatorischen Vorgaben. Zur Vorbereitung auf die nächste Pandemie ist eine konkrete Beschreibung und quantitative Abschätzung der Versorgungsbedarfe auf Bundes- und Landesebene erforderlich. Dies betrifft insbesondere auch die öffentlichen Gesundheitsdienste. Die NPP sind also dringend hinsichtlich der Schlüsselemente Patientenorientierung, Bedarfsorientierung, Verantwortung und Transparenz zu überarbeiten.

Übungen

Seit 2002 finden regelmäßig Übungen (2) für den Umgang mit Pandemien statt. Schwachstellen wurden identifiziert und

Hier steht eine Anzeige.





Verbesserungsvorschläge formuliert. **salu.TOP** würde noch folgende Verantwortlichkeiten definieren: Wer setzt die Verbesserungen um? Wer überprüft die Umsetzung? Wer optimiert die NPP, damit sich die Probleme nicht wiederholen? Bei der nächsten Übung wird jeweils zuerst überprüft, ob die Verbesserungsvorschläge umgesetzt wurden.

Für das alltägliche Management sind dies eigentlich Selbstverständlichkeiten. Wenn so viele und so unterschiedliche Organisationen beteiligt sind, muss dies umso mehr konkret und verbindlich festgelegt werden.

Diese Erkenntnisse finden Eingang in die Rahmenbedingungen und den

Ethikkodex (Regel G2). Die Umsetzung wird an das Nationale Institut für Gesundheit (NIG) delegiert.

Umsetzung im Ernstfall

Bei vergangenen Pandemien und Epidemien hat sich oft gezeigt, dass wesentliche Informationen über auslösende Viren oder Bakterien fehlen. Die Entscheidungsträger sahen sich also zu Beginn der Pandemie jeweils erheblichen Informationsdefiziten gegenüber. Dies ist weder ungewöhnlich noch überraschend, wurde also bei **salu.TOP** bereits bei der Planung berücksichtigt. Entsprechende Programme für epidemiologische Simulationen und die Entwicklung von Best-

case und Worst-case-Szenarien sind vorbereitet und werden bei den ersten Hinweisen in Betrieb genommen und mit aktuellen Daten angepasst. Methodische Grundlagen von Simulationen beschreiben unter anderen Hälterlein [12] und Dehning et al. [13].

Keine Pandemie ist ausschließlich auf gesundheitliche Aspekte beschränkt, sie betrifft vielmehr nahezu alle Aspekte des Zusammenlebens [14]. Deshalb sieht **salu.TOP** vor, zeitnah entsprechende Fokusgruppen zu aktivieren. Sie sind aus Experten der einschlägigen Fachgebiete wie Infektiologie, Epidemiologie, Versorgungsmanagement, Risikomanagement, Krankenversicherung, Selbstverwaltung und Ethik zusammengesetzt. Übergeordnete Gremien aus Bereichen wie Gesellschafts- und Sozialpolitik, Wirtschaft und Finanzen ergänzen die Expertise. Gemeinsam aktualisieren sie die Entscheidungsgrundlagen für die politischen Gremien.

Die politischen Verantwortungsträger sehen sich also zwei Gruppen von Zielkonflikten gegenüber: denen innerhalb des Gesundheitssystems selbst (**Abb. 4**) und denen zwischen betroffenen Bereichen von Gesellschaft, Wirtschaft und Finanzen. Politisches Handeln in Pandemien besteht zu einem Großteil im Ausgleich von Zielkonflikten unter den Bedingungen unvollständiger und unsicherer Informationen.

Angesichts dieser Situation berufen sich Politiker oft auf die Einmaligkeit des aktuellen Geschehens und beschreiben ihre Vorgehensweise mit dem Ausdruck „Auf Sicht fahren“. Diese Beschreibung verkennt, dass zwar die konkrete Ausprägung des aktuellen Geschehens einmalig sein kann, dass jedoch die zur Bewältigung verfügbaren Methoden und Instrumente für Fachleute eher Standard und keineswegs einmalig sind. Diese Kompetenz und die Mächtigkeit der Methoden müssen die Experten aber verständlich sichtbar machen, denn manche der aktuell verantwortlichen Politiker sind vielleicht erstmals mit einer solchen Situation konfrontiert.

Die Bedeutung richtiger und rechtzeitiger Entscheidungen verdeutlicht die Simulation der Arbeitsgruppe um Viola Priesemann [13]. Sie konnten zeigen (**Abb. 5**), dass der Verlauf von Infektio-

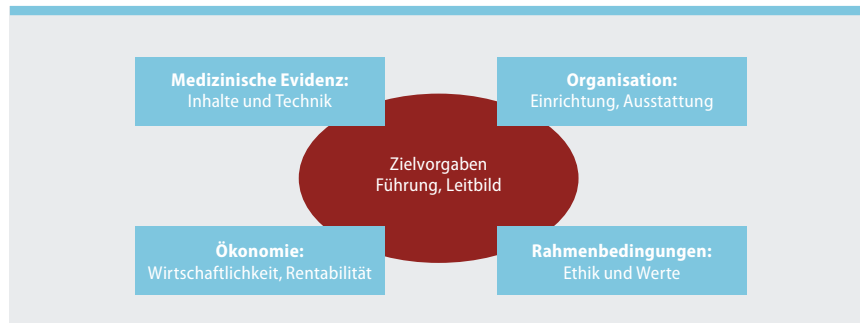


Abb. 4: Zielkonflikte im Gesundheitssystem. Im Falle einer Pandemie erweitern sich die Zielkonflikte innerhalb des Gesundheitssystems und um die Aspekte aus anderen Bereichen von Gesellschaft und Wirtschaft.

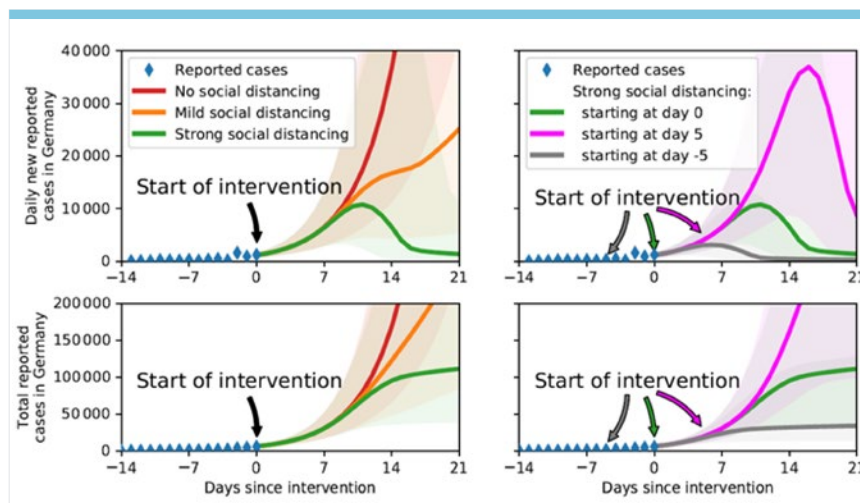


Abb. 5: Simulation des Verlaufs von Neuinfektionen und von kumulierten Fällen in Abhängigkeit von der richtigen Ausprägung der Schutzmaßnahmen (links) und deren rechtzeitigem Beginn (rechts) (aus Dehning et al. Science 10 Jul 2020: Vol. 369, Issue 6500, eabb9789. DOI: 10.1126/science.abb9789, mit freundlicher Genehmigung von AAAS).



nen in Deutschland deutlich vom Umfang der Schutzmechanismen und vom richtigen Zeitpunkt ihres Einsatzes abhängt. Dies macht die Notwendigkeit richtiger und rechtzeitiger Entscheidungen deutlich. Solche Darstellungen sind wertvoll, um politisches Handeln zu unterstützen und um die Bevölkerung von der Notwendigkeit der Maßnahmen zu überzeugen. Aktuell können sie das Risiko einer zweiten Welle reduzieren. Als Vergleich für unterschiedliche Schutzmechanismen (linke Diagramme in Abb. 5) dient der Verlauf ohne soziale Distanzierung (rote Kurve). Der exponentielle Anstieg ist bei der Entwicklung der neuen Fälle (oben) und der kumulierten Fälle (unten) erkennbar. Bei einer ausgeprägten sozialen Distanzierung (grün) kann man innerhalb von 14 Tagen die neuen Fälle nahezu eliminieren (oben), die kumulierten Fälle steigen folglich nicht weiter an (unten). Ebenso drastisch sind die Effekte, wenn man den Zeitpunkt des Beginns dieser Maßnahmen verändert (rechte Diagramme in Abb. 5): Beginnen die Maßnahmen zum genau richtigen Zeitpunkt (grün), so sinkt die Zahl der Neuinfektionen innerhalb von 14 Tagen auf 0 (oben), die Zahl der kumulierten Fälle steigt nicht weiter (unten). Beginnen die Maßnahmen früher (grau), erkennt man einen günstigeren Verlauf. Bei einem um nur fünf (!) Tage verspäteten Beginn (violett) ändert sich die Entwicklung dramatisch: die exponentielle Entwicklung ist trotz richtiger Maßnahmen nicht mehr aufzuhalten.

Ein weiteres Beispiel findet sich im Thesenpapier Nr. 4 einer Autorengruppe des DNVF [10]. In These 2 des Papiers zeigen die Autoren, dass entsprechend dem Bayes-Theorem bei einer ungezielten Ausweitung der Corona-Tests viele falsch positive Ergebnisse auftreten. In einer Bevölkerungsgruppe mit einer Prävalenz von 1 % ergibt der Test bei einer Spezifität von immerhin 95 % im Mittel bei insgesamt 1.000 getesteten Personen etwa 60 positive Ergebnisse. Davon sind aber etwa 50 (!) falsch positiv. Wohlgemerkt: Das ist kein Studienergebnis, sondern einfach nur Mathematik. Die Empfehlung „testen, testen, testen, ...“ ist also dann eine sinnvolle Vorgehensweise, wenn die positiv

getesteten Personen zeitnah nachverfolgt werden können (zweiter Test und/oder Quarantäne). Anstrebenswert wäre aber insgesamt eine Erhöhung der Prävalenz in der untersuchten Bevölkerungsgruppe etwa durch spezifische Selektion. Der positiv prädiktive Wert würde dann von 16,8 % auf 29,0 % ansteigen.

Um solche Maßnahmen sinnvoll einsetzen zu können, bietet eine Einrichtung wie das Nationale Institut für Gesundheit einen zuverlässigen Rückhalt für ein methodisch gut begründetes, evidenzbasiertes Vorgehen. Dazu muss man es aber mit den erforderlichen Kompetenzen und Ressourcen ausstatten und von Beginn an gezielt und konsequent einschalten.

Zusammenfassung

Das Referenzsystem **salu.TOP** geht von folgenden Grundprinzipien aus:

- Fünf hierarchisch gegliederte Ebenen werden zielorientiert und funktional miteinander verbunden.
- **salu.TOP** kann mit 15 konkreten Regeln und fünf Schlüsselementen unser Gesundheitssystem neu ausrichten.

Das Beispiel COVID-19-Pandemie zeigt konkret, dass das Konzept **salu.TOP** geeignet ist

- eine umfassende Strategie zur besseren Bewältigung einer Pandemie zu erstellen,
- mit den Möglichkeiten eines lernenden Systems Pandemiemanagement zu planen, einzuüben und für die Bewältigung des Ernstfalls zu gestalten,
- Instrumente und Methoden zu identifizieren und sie für den Ernstfall vorzubereiten,
- Probleme in der aktuellen Pandemie zu identifizieren (Zielformulierung, Patient- und Bedarfsorientierung, Verantwortung, Dokumentation und Kommunikation).

Die wichtigsten Hinweise für die Umsetzung im aktuellen Gesundheitssystem sind:

- Gesundheits- und Versorgungsziele sollten konkret formuliert und operationalisiert werden.
- Das Gesundheitssystem orientiert sich konsequent an Patienten- und Versorgungsbedarfen.

- Verantwortung wird klar zugewiesen, Selbstorganisation sichert den erforderlichen Handlungsspielraum.
- Behandlungspfade und Versorgungsketten beschreiben Inhalte und Organisation einer durchgängig integrierten Versorgung.
- Vergütung orientiert sich am Umfang der Aufgaben, der Zielerreichung und der Versorgungsqualität.
- Rückkopplung und Transparenz unterstützen die Zielerreichung und zeigen die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems.

Literatur als Zusatzmaterial unter:

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTOREN

**Dr. med. Dr. rer. nat.
Klaus Piwernetz**

Mitglied im Beirat
des BDN
Geschäftsführer
medimaxx health
management GmbH
Am Lehmbichl 13
83229 Aschau i.Ch.



**Univ.-Prof. Dr. Prof.
h.c. Dr. h.c. Edmund
Neugebauer**

Medizinische Hochschule
Brandenburg
Fehrbelliner Straße 38
16816 Neuruppin





Ökonomisierung im Gesundheitswesen

„Erst kommt der Patient, dann der Profit“

Im Gespräch mit den BDN-Vorsitzenden Dr. Uwe Meier und Prof. Dr. Martin Südmeyer äußert sich Bundesärztekammer-Präsident Dr. Klaus Reinhardt zur zunehmenden Ökonomisierung im Gesundheitswesen, den Besonderheiten bei der Versorgung in Corona-Zeiten und zur Zusammenarbeit mit Berufsverbänden. Als Referent und Diskussionspartner wird Reinhardt auch beim diesjährigen BDN-Forum im Rahmen des virtuellen DGN-Kongresses am 5. November 2020 dabei sein.

? Herr Dr. Reinhardt, als Berufsverband der Deutschen Neurologen sind wir seit über 20 Jahren die politische Interessenvertretung der neurologisch tätigen Ärztinnen und Ärzte in Deutschland. Welche Bedeutung haben ärztliche Berufsverbände im Gesundheitswesen hierzulande aus Ihrer Sicht, und welche Erfahrung haben Sie in der Zusammenarbeit gemacht?

Dr. Klaus Reinhardt: Ohne die ärztlichen Berufsverbände, wie den BDN, wäre erfolgreiche gesundheitspolitische und gemeinwohlorientierte Interessenvertretung kaum möglich. Wir als Bundesärztekammer haben

einen direkten Draht zur Politik. Aber was nützt das, wenn wir nicht immer wieder von Ihnen und anderen ärztlichen Verbänden zurückgespiegelt bekämen, wo die Probleme liegen und welche Lösungen sich aus Sicht der Praktiker in Kliniken und Praxen anbieten? Wir pflegen deshalb intensiv den ständigen Austausch mit den einzelnen Berufsverbänden und ihren Spitzenorganisationen. Und ich glaube, davon profitieren letztlich alle Beteiligten.

? Wir freuen uns sehr, dass Sie im Rahmen unseres BDN-Forums zum Thema Ökonomisierung in der Medizin sprechen werden. Wie die meisten Ärzte sind auch viele Neurologinnen und Neurologen mit Blick auf dieses Thema besorgt. Der ökonomische Druck durch die fortwährende Unterfinanzierung im ambulanten und klinischen Bereich nimmt stetig zu, und die Folge ist eine Verdichtung von Arbeit und Überlastung. Bereits vor sieben Jahren haben die Delegierten auf dem 116. Deutschen Ärztetag mit großer Mehrheit dem Leitantrag „Menschen statt Margen in der Medizin“ zugestimmt. Demnach forderte die Ärzteschaft, das Gesundheitssystem statt nach rein ökonomischen Prinzipien stärker an den Bedürfnissen der Patienten auszurichten. Wurde die Ärzteschaft von der Politik gehört? Wo stehen wir zurzeit? Hat diese Entwicklung nicht gar an Dynamik gewonnen?

Reinhardt: Ja, das hat sie ganz gewiss. Gleichzeitig ist es aber der Ärzteschaft gelungen, den Blick der breiten Öffentlichkeit auf diese Entwicklungen zu lenken. Wir er-

leben Kommerzialisierung, Preiswettbewerb und Arbeitsdruck ja nicht mehr nur in den Kliniken, sondern in fast allen Bereichen des Gesundheitswesens. Seit einigen Jahren haben wir es im ambulanten Sektor verstärkt mit sogenannten Private Equity-Gesellschaften zu tun, also Fremdkapitalgebern, die sich im großen Stil vor allem in Medizinische Versorgungszentren einkaufen. Das passiert aber nicht mehr unter Ausschluss der Öffentlichkeit. Diese Entwicklung wird in den Medien und mittlerweile auch im Deutschen Bundestag intensiv diskutiert. Dieses Problembewusstsein haben wir vor Corona schon wahrgenommen und das hat sich bei vielen Menschen vor dem Hintergrund der vergangenen Monate sicherlich noch verstärkt. Ich bin der festen Überzeugung, dass wir bislang auch deshalb so gut durch die Krise gekommen sind, weil wir uns in den letzten Jahren gegen die weitere Kommerzialisierung und gegen reines Effizienzstreben in unserem Gesundheitswesen gestemmt haben. Verstehen Sie mich bitte nicht falsch, die Strukturen im Gesundheitswesen müssen natürlich auch nach wirtschaftlichen Kriterien ausgerichtet werden. Aber die Prioritäten müssen stimmen. Erst kommt der Patient, dann der Profit. Jeder Patient sollte angemessen behandelt werden, nicht nur technisch, sondern vor allem auch menschlich.

? Die neue Generation von Ärztinnen und Ärzten und Nachwuchsmediziner sind mit Arbeitszeitgesetzen sozialisiert und nicht wenige haben zu Recht andere Ansprüche an die Work-Life-Balance, als



© Bundesärztekammer

Dr. Klaus Reinhardt, Allgemeinmediziner in Bielefeld, ist seit Mitte 2019 Präsident der Bundesärztekammer.



es die ältere Generation von Medizinerinnen hatte. Wie wird dieses Phänomen die Versorgungswelten ändern?

Reinhardt: Dass junge Ärztinnen und Ärzte andere Prioritäten setzen als viele Kolleginnen und Kollegen aus meiner Generation, halte ich für absolut legitim. Die Folge ist aber, dass wir trotz eines leichten Anstiegs der Gesamtzahl an Ärztinnen und Ärzten einen zunehmenden Mangel an Arztstunden haben. Diese Entwicklung wird sich aufgrund des Altersdurchschnitts weiter verschärfen. Von allen berufstätigen Ärztinnen und Ärzten haben 8% bereits das 65. Lebensjahr vollendet. Weitere 12% sind zwischen 60 und 65 Jahre alt. Jeder fünfte berufstätige Arzt wird also bald aus dem Berufsleben ausscheiden. Wir müssen diese Ausfälle kompensieren und das geht nur über eine ausreichende Zahl an Studienplätzen in der Humanmedizin. Die CDU/CSU-Bundestagfraktion hat sich kürzlich für zusätzliche 5.000 Studienplätze in der Humanmedizin ausgesprochen. Das unterstützen wir natürlich sehr. Aber auch das würde nicht ausreichen, um in wirklich jeder Kommune ausreichend Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen zur Verfügung zu haben.

Ich glaube, das muss auch nicht sein. In den Regionen weitab von Ballungszentren wird die ärztliche Versorgung mit hoher Wahrscheinlichkeit künftig anders sichergestellt werden, als durch die klassische Landarzt-Praxis. Denkbar ist zum Beispiel ein Angebot, bei dem der Arzt an bestimmten Tagen, zu bestimmten Uhrzeiten aufs Land kommt, etwa in Form einer rollenden Arztpraxis. Eine andere Variante wären Bring- und Hol-Dienste, die Patienten in die nächste Praxis fahren. Dass es Landstriche geben wird, in denen die ärztliche Versorgung komplett wegbriecht, glaube ich nicht.

? *Wie können junge Ärztinnen und Ärzte im Gesundheitswesen etwas bewegen, zum Beispiel für gute Weiterbildung? Können Nachwuchsärzte berufspolitisch überhaupt etwas voranbringen?*

Reinhardt: Das ist eine sehr wichtige Frage. Ich halte es für ein großes Missverständnis zu glauben, junge Kolleginnen und Kollegen könnten in der ärztlichen Berufspolitik nichts bewegen. Berufspolitik ist anstrengend, sie führt selten schnell zum Ziel und

sie kostet wirklich viel Zeit. Glauben Sie mir, ich weiß wovon ich spreche. Unser System der ärztlichen Selbstverwaltung gibt uns auf der anderen Seite aber die Möglichkeit, über ganz wesentliche Bereiche unserer Berufstätigkeit selbst zu entscheiden, sie zu prägen und fortzuentwickeln. Dazu zählen die Ausgestaltung der Facharztweiterbildung ebenso wie die Rahmenbedingungen, unter denen junge Ärztinnen und Ärzte in Kliniken und Praxen arbeiten. Die Ärztekammern halten viele Möglichkeiten für Berufseinsteiger bereit, sich berufspolitisch einzubringen. Ich kann nur jedem empfehlen, diese Möglichkeiten zu nutzen.

»Der Ausbau digitaler Strukturen im Gesundheitswesen darf nicht an den Marktinteressen von Tech-Konzernen und digitalen Plattformanbietern ausgerichtet werden.«

? *Das viel beachtete Gutachten der Bertelsmann-Stiftung hat empfohlen, die Anzahl der Kliniken von 1.400 auf 600 bei gleichzeitiger Spezialisierung zu verringern. Durch Corona gewinnt eine gegenläufige Betrachtung an Bedeutung. Derartige Diskussionen sind naturgemäß auch von Partialinteressen geleitet. Wie sollte sich die Krankenhaus- und Versorgungslandschaft im Sinne einer guten und patientengerechten Versorgung Ihrer Meinung nach entwickeln?*

Reinhardt: Ein Abbau von Versorgungskapazitäten, den uns ja verschiedene politikberatende Stiftungen empfohlen haben, hätte bei uns im März und April womöglich zu ähnlichen Verhältnissen geführt wie in Spanien und Italien. Das heißt natürlich nicht, dass in Deutschland alles so bleiben sollte, wie es ist – ganz im Gegenteil. Wir haben als Bundesärztekammer aktuell ein Papier veröffentlicht, in dem wir in zehn Punkten konkreten Reformbedarf für verschiedene Bereiche unseres Gesundheitswesens herausgearbeitet haben. Wie ein Roter Faden zieht sich durch unsere Arbeit die Forderung nach einer stärkeren Patientenzentrierung unserer Versorgungseinrichtungen und nach angemessenen beruflichen Rahmenbedingungen für die Beschäftigten. Wenn wir in diesem Sinne gemeinsam mit den Berufsverbänden und Fachgesellschaften Einfluss auf die Politik nehmen könnten, ist viel gewonnen.

? *Während des Corona-Lockdowns haben wir in unseren Fachgruppen dazu aufgerufen, die Versorgung unbedingt aufrechtzuerhalten, beispielsweise durch die Entgrenzung der Videosprechstunden und die Einführung der Telefonsprechstunden, was sich als sehr praktikabel erwies. Die Telefonsprechstunde wurde allerdings bereits nach drei Monaten wieder gestrichen und unsere Argumente für eine Fortsetzung blieben bei der KBV und den Krankenkassen bislang ungehört. Andererseits dringen globale Großkonzerne medienwirksam und mit spektakulären Techniken zunehmend in den Gesundheitsmarkt ein. Wie soll sich die Ärzteschaft aus Ihrer Sicht hier positionieren, um in diesem dynamischen Umfeld auch zukünftig bestehen zu können?*

Reinhardt: Die Corona-Pandemie hat gezeigt, dass Ärztinnen und Ärzte der Digitalisierung sehr viel offener gegenüberstehen, als das manche vermutet hatten. Es war gut und richtig, dass der Deutsche Ärztetag bereits vor zwei Jahren den berufsetzlichen Weg für die ausschließliche Fernbehandlung freigemacht hat. Das kam uns in der Zeit des Lockdowns natürlich zugute. Für die Regelversorgung ist für mich der direkte persönliche Kontakt zwischen Arzt und Patient nach wie vor der Standard. Aber natürlich gibt es Bereiche und Situationen, in denen die ausschließliche Fernbehandlung über Video oder Telefon ihre Berechtigung hat und das muss natürlich auch angemessen vergütet werden.

Lassen Sie mich jedoch noch auf die von Ihnen angesprochenen globalen Großkonzerne kommen. Ich bin der Auffassung, dass Digitalisierung helfen kann, Versorgung effizienter zu gestalten. Aber auch hier gilt: Patient vor Profit. Der Ausbau digitaler Strukturen in unserem Gesundheitswesen darf nicht an den Marktinteressen von Tech-Konzernen und sogenannten digitalen Plattformanbietern ausgerichtet werden. Im Mittelpunkt muss immer die Patientenversorgung stehen. Darauf werden wir als Ärzteschaft sehr genau achten.

! *Herr Dr. Reinhardt, herzlichen Dank für das Interview!*



Verbesserte Wahrnehmung bei Kollegen, Selbstverwaltung und Medien

Neue Architektur der Verbandskommunikation

Die Berufsverbände haben zur Stärkung ihrer Position im Gesundheitssystem ihr Profil als Teil eines strategischen Gesamtkonzeptes ausgebaut und geschärft. Auf der Agenda 2020 ff. stehen unter anderem die Modernisierung der Struktur durch die Zusammenlegung der Geschäftsstelle in Berlin, die digitale Ausrichtung der Verbandskommunikation sowie die Erhöhung von Effizienz und Effektivität.

Die Neuausrichtung der Strategie der Berufsverbände ist mit dem Ziel verknüpft, sie als die erste Wahl für die berufs- und versorgungspolitischen Interessenvertretung der gesamten Neurologie und Psychiatrie zu positionieren. Dazu gehört die Schärfung der Verbandsprofile. Denn nur wenn sich der BDN und seine Schwesterverbände BVDN und BVDP eindeutig unterscheiden und sich innerhalb ihres eigenen Umfelds klar trennen, werden sie gesehen. Nur wer gesehen wird, kann überhaupt wahrgenommen werden. Nur wer wahrgenommen wird, kann in das Bewusstsein der Menschen vordringen, Meinung bilden und verändern. Das ist ein Prozess, in dem Vertrauen aufgebaut werden muss. Medial übergreifend, auf und in allen Kanälen – online wie offline. Daher ist eine Anpassung der Online-Strategie erforderlich.

Neben dem Profil der Verbände geht es um Anpassungen in der Marktbearbeitung. Die Auswahl zeitgemäßer Kommunikationskanäle (online, digitale,

personale, physische) gehören genauso dazu wie die Intensivierung der Ansprache zukünftiger Mitglieder, um über gezielte Kampagnen neue Mitglieder zu gewinnen. Mit der Adjustierung der Kommunikationsstrategie sollen Reichweite und Bekanntheit erhöht werden. Ein weiterer Fokus liegt auf der Aufbereitung und Darstellung von Inhalten, Suchmaschinenoptimierung (SEO) sowie der Erhöhung der Dialog- und Feedback-Angebote in allen Formaten.

Positionierung gegenüber Politik

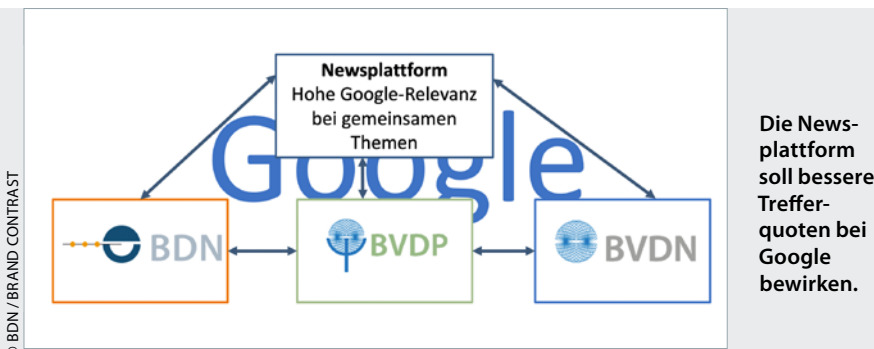
Die Anforderungen an wirksame Verbandskommunikation sind anspruchsvoller und vielfältiger geworden: Verbände müssen sich mit ihren Mitgliedern und der interessierten Öffentlichkeit ebenso verständigen wie mit Medien, Politik und Wirtschaft. Das Ziel, allen Anspruchsgruppen entsprechend ihrer Bedürfnisse und im Sinne der Verbandsmitglieder zu informieren, ist eine besondere Herausforderung. Häufig beinhaltet dies auch die Positionierung gegenüber der Politik sowie die Einflussnahme auf aktuelle politische Debatten und Beschlüsse. Damit dies gelingt, müssen Verbände sich und ihrem Anliegen in der Öffentlichkeit Gehör verschaffen. Ein Verband arbeitet im Auftrag und Interesse seiner Mitglieder. Neben der externen gilt daher ein besonderes Augenmerk der internen Verbandskommunikation. Um der kontinuierlichen Mitgliederpflege nachzukommen, kann der Verband auf klassische serviceorientierte Instrumente wie regelmäßige Information in Form von Newslettern, Rundschreiben oder Versammlungen zurückgreifen.

Der neue strategische Ansatz liegt in der Herstellung von Trennschärfe um die einzelnen Verbände. Dazu wurde im Rahmen eines Strategieworkshops ihre Positionierung herausarbeitet. Für verbandspezifische Kampagnen wie die Webseite des BDN zum 20-jährigen Jubiläum oder gemeinsame Kampagnen wie die zentrale Corona-Plattform für Neurologen, Nervenärzte und Psychiater wurden eigene Kampagnenseiten erstellt. Die Pressemeldungen, Termine, Weiterbildungsangebote etc. werden zukünftig auf einer zentralen Newsplattform der Berufsverbände der Neurologen, Psychiater und Nervenärzte, gebündelt dargestellt werden. Das stärkt die Google-Wirksamkeit und somit die Sichtbarkeit, durch Vermeidung von Double-Content, der bei Google als SPAM gilt.

Strategischer Ansatz

Die Newsplattform soll bessere Trefferquoten bei Google bewirken.

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich



© BDN / BRAND CONTRAST



Zielgruppengerecht und kennzahlenbasiert

Zukünftige Online-Strategie der Berufsverbände

Politische Positionierung braucht Inhalte, aber ebenso Know-how, damit die Botschaften auch wahrgenommen werden und ihre Wirkung entfalten können. Die Hintergründe der künftigen Verbandskommunikation erläutert Bernhard Michatz, Geschäftsführer der politischen Geschäftsstelle, in einem Interview.

? Online-Marketing wird vor allem in der Kommunikation vom Unternehmen zum Kunden eingesetzt. In der Verbandskommunikation bekommt das Thema erst in den letzten Jahren Aufmerksamkeit. Woran liegt das?

Bernhard Michatz: Daran, dass die Online-Kommunikation anfänglich nur sehr zögerlich probiert wurde, inwieweit die Maßnahmen überhaupt einsetzbar sind, funktionieren und den erhofften Effekt haben. Man ist die Sache also operativ und nicht strategisch angegangen – das Ganze folgte dem Ansatz: zufällig, statt systematisch erfolgreich. Das hat sich in den letzten Jahren stark geändert. Die Anforderungen an wirksame Verbandskommunikation sind anspruchsvoller und vielfältiger geworden: Berufsverbände müssen sich mit ihren Mitgliedern und der interessierten Öffentlichkeit ebenso verständigen wie mit Medien, Politik und Wirtschaft. Die Absicht, alle Zielgruppen entsprechend ihrer Bedürfnisse und im Sinne der Verbandsmitglieder zu informieren, ist eine besondere Herausforderung. Viele Berufsverbände sind online aktiv. Doch die Zeiten des Ausprobierens sind vorbei, durchdachte Online-Strategien sind heutzutage ein Muss.

? Welche Einwände gab es und welchen Einfluss hatten diese Einwände auf die Online-Strategie?

Michatz: Zunächst einmal finde ich Einwände sehr hilfreich, denn – anders als bei Vorwänden – ist hier ein echtes Interesse vorhanden und somit ein konstruktiver Dialog möglich. Wenn man die geäußerten Einwände in Themenbereiche bündelt, ging es erstens im Wesentlichen um das Nutzerverhalten der Zielgruppen der Berufsverbände. Denn das Nutzerverhalten unserer Mitglie-

der und anderer Interessenten hat sich in den letzten Jahren gravierend gewandelt. Eine signifikante Verhaltensänderung war gezwungener Weise im Rahmen der COVID-19-Pandemie zu erleben. Die Online-Kommunikation hat eine besondere Bedeutung in unserem Alltag erhalten. Zweitens war noch wenig über die Akzeptanz der Online-Kanäle bekannt. Hier gab und gibt es je nach Verband mitunter gewaltige Unterschiede. Die bekannten Studien beleuchten oft nur die pauschale Bedeutung von Online-Kanälen für ihre Nutzer und gehen wenig ins Detail. Und Drittens ging es darum, strategische Ziele und eine Leitidee festzulegen sowie zu definieren, mit welchen Inhalten die für unsere Berufsverbände wichtigen Zielgruppen an welchen Kontaktpunkten angesprochen werden. Wir wollten auch wissen, welche Schritte ein potenzielles Mitglied durchläuft, bevor er oder sie sich für eine Mitgliedschaft entscheidet.

? Was waren die nächsten Schritte?

Michatz: Im Kern geht es um die Ansprachestrategie. Sie stellt alle Berührungspunkte der potenziellen Mitglieder, Politik und Medien sowie der Öffentlichkeit mit unseren Berufsverbänden dar. Dabei sind drei Aspekte von großer Bedeutung: die Informationsphasen, die genutzten Online-Kanäle und die jeweils benötigten Inhalte. Nur wenn sie diese Aspekte genau definieren, sind sie in der Lage, ihre Online-Kommunikation ideal an den Nutzerbedürfnissen auszurichten. Wir haben in den letzten Jahren viel gelernt, unsere Hausaufgaben gründlich gemacht und die Erfahrungen laufend in die Adjustierung der Strategie einfließen lassen. Wir haben dabei unsere guten und schlechten Erfahrungen im Team geteilt.

? Woher wissen Sie, dass Ihre Online-Marketing-Maßnahmen erfolgreich sind?

Michatz: Wir haben im Rahmen unserer Online-Strategie Leitkennzahlen auf allen Ebenen definiert und messen so laufend den Erfolg der Kanäle und Maßnahmen. Dieses Steuerungsinstrument hilft uns, entsprechende Anpassungen vornehmen zu können. Zudem erhalten wir valide Informationen, welchen Beitrag die Maßnahmen zum Gesamtergebnis geleistet haben.

? Welche Online-Marketing-Kanäle und -Instrumente setzen derzeit Sie ein, und welche sind für die Zukunft geplant?

Michatz: Im Zentrum wird unser neues Newsportal, die ZNS-Nachrichtenplattform



**Bernhard Michatz, Rechtsanwalt
Geschäftsführer
Spitzenverband ZNS (Spiz)**

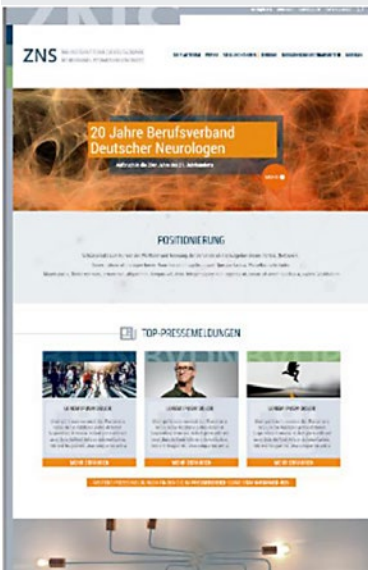
© Spiz



Was bietet die neue ZNS-Nachrichtenplattform?

Die konzeptionelle Ausrichtung der neuen ZNS-Nachrichtenplattform der Berufsverbände lässt sich wie folgt charakterisieren:

- **Fokus:** Bündelt die gemeinsamen Kampagnen, News, Termine, NeuroTransmitter. Keine Doppelung der Inhalte auf mehreren Seiten, da Google Double Content als Spam ansieht. Durch Bündelung des Inhalts mehr Power für Google.
- **Zielgruppen:** Journalisten, Meinungsbildner, Politiker, aber auch Mitglieder der Verbände sowie die interessierte Öffentlichkeit. Thematische Recherche von angehenden Neurologen und Psychiatern, Studierenden, Assistenzärzten, Medienvertretern und Politikern.
- **Inhalte:** Politische Aussagen (Stellungnahmen), Pressemeldungen, NeuroTransmitter, Termine, Kleinanzeigen, etc.
- **Netzwerkcharakter:** Netzwerk der drei Verbände, Netzwerke der Mitglieder unterstützen.
- **Ziel:** Öffentlichkeit für die Tätigkeiten des Verbands generieren und bessere Suchergebnisse auf Google erzielen.
- **Taktik:** Sichtbarkeit der Verbandstätigkeit durch Bündelung der drei Verbände stärken.
- **Vorteile:** Erreicht bei den gemeinsamen Themen eine höhere Positionierung bei Google, als es der einzelne Verband kann (mehr aktueller Content).



Die neue ZNS-Nachrichtenplattform der Berufsverbände

der Berufsverbände der Neurologen, Psychiater und Nervenärzte, stehen. Sie bündelt die gemeinsamen Kampagnen, Informationen, Pressemeldungen, Stellungnahmen, Termine, das NeuroTransmitter-Archiv und vieles mehr.

Mit der ZNS-Nachrichtenplattform sind unsere Verbandswebseiten und zukünftig auch alle Online- und Social-Media-Kanäle, wie Facebook verknüpft. Neben dem Marketing mit Suchmaschinenoptimierung belegen wir für die Bereitstellung von Dokumenten, Bildern und Filmen noch weitere Kanäle. In den kommenden Monaten werden wir unsere Aktivitäten ausweiten.

? Was zeichnet für Sie eine gute Verbandswebseite aus? Welche Inhalte und welche Funktionen dürfen nicht fehlen?

Michatz: Kurz gesagt, dass man alles gut durchdenkt und richtig macht. Das fängt bei der Zielsetzung und dem Konzept an. Sie müssen sich vorab Gedanken machen, was sie mit der Webseite bezwecken möchte.

Haben sie das geklärt, ergibt sich die Struktur beinahe von allein. Eine gute Webseite verfügt auch über ein klares Design, das mit der Markenstrategie einhergeht. Es zeichnet sich dadurch aus, dass es nicht einfach nur propper aussieht, sondern maximale Funktionalität bietet. Eine prägnante und einfache URL, die sich beim Besucher leicht einprägt und gleichzeitig für Google relevant ist, ist ohnehin Pflicht. Außerdem ist auf einen gut strukturierten Inhalt mit Mehrwert für den Besucher zu achten. Die Webseite sollte aber nicht nur strukturierte Informationen bieten, sondern auch über eine übersichtliche Navigation verfügen und vernetzt sein. Besonders wichtig ist, dass die Besucher einfach Kontakt aufnehmen können.

Ein weiterer Aspekt liegt in der Einbettung von Social-Media-Kanälen. Damit zeigt sich, dass ein Verband am Puls der Zeit und bereit ist, eine Beziehung zu den Besuchern aufzubauen. Ein Großteil der Nutzer springt ab, wenn ihre Seite länger als drei Sekunden zum Laden braucht. Daher sollte sich die Seite schnell öffnen lassen. Last but not least geht es um die Suchmaschinenoptimierung. Was nützt ihnen die schönste

Webseite, wenn sie keiner findet? Mit Suchmaschinenoptimierung positionieren sie sich in der Google-Suche idealerweise so, dass Interessenten direkt zu ihnen finden.

? Welche Vorteile von Social Media sehen Sie für Berufsverbände?

Michatz: Mit Blick auf die Ziele und die Ausrichtung geht es für unsere Berufsverbände zunächst einmal um eine höhere Sichtbarkeit, die Gewinnung von neuen Mitgliedern, eine direkte Kommunikation, die Stärkung der Mitgliederbindung und ein stärkeres Engagement der Zielpersonen mit unseren Verbänden.

? Wie wird sich die Thematik in Zukunft entwickeln?

Michatz: Bei der Technologie werden wir auch weiterhin eine rasante Entwicklung bei vorhandenen, aber auch in Bezug auf neue Plattformen erleben. Eine weitere entscheidende Rolle werden die kürzlich geänderten rechtlichen Rahmenbedingungen wie das Urheberrecht spielen, die sich primär auf den Inhalt auswirken. Und dann das Content-Angebot selbst.

» Was nützen die Inhalte, Botschaften oder Themen auf unseren Berufsverbandseiten, wenn keiner sie findet?«

„Curated Content“ ist in diesem Zusammenhang nur ein Schlagwort. Der Zusatzaufwand für die Kuratierung der Inhalte auf allen Plattformen – Webseite, Social Media, E-Mail, Blog etc. – ist nicht sehr groß, da die gleichen Inhalte adaptiert auf allen Plattformen geteilt werden können. Hier geht es vielmehr um die Anwendung leistungsfähiger Content-Plattformen in Kombination mit einem gezielten Monitoring über alle Kanäle hinweg und einem Themen-Früherkennungssystem.

? Werden künftig mehr Berufsverbände auf Social Media setzen?

Michatz: Da die Welt immer digitaler wird, bin ich mir sehr sicher, dass immer mehr Berufsverbände auf Social Media Marketing setzen werden. Wir sind dankbar, dass wir bei diesem Prozess von den Experten von „Brandcontrast“ begleitet werden.

! Herr Michatz, herzlichen Dank für das Interview.



Internetangebote der Berufsverbände BDN, BVDN und BVDP

Neue Homepage, Newsplattform und Kampagnenseiten

Das Internetangebot der Berufsverbände wird vollständig neu gestaltet. Die Webseiten werden sich künftig auf den Mitgliederservice fokussieren, eine gemeinsame Newsplattform wird tagesaktuelle Informationen bieten und Kampagnenseiten werden Politik und Öffentlichkeit adressieren.

Der BDN betreibt eine Webseite (www.bv-neurologe.de) im Verbund mit dem BVDP (www.bvpsychiater.de) und dem BVDN (www.bvdn.de). Dieser Webseitenverbund ist technisch, grafisch und strukturell nicht mehr auf dem aktuellen Stand und muss und soll daher in ein neues System transferiert werden.

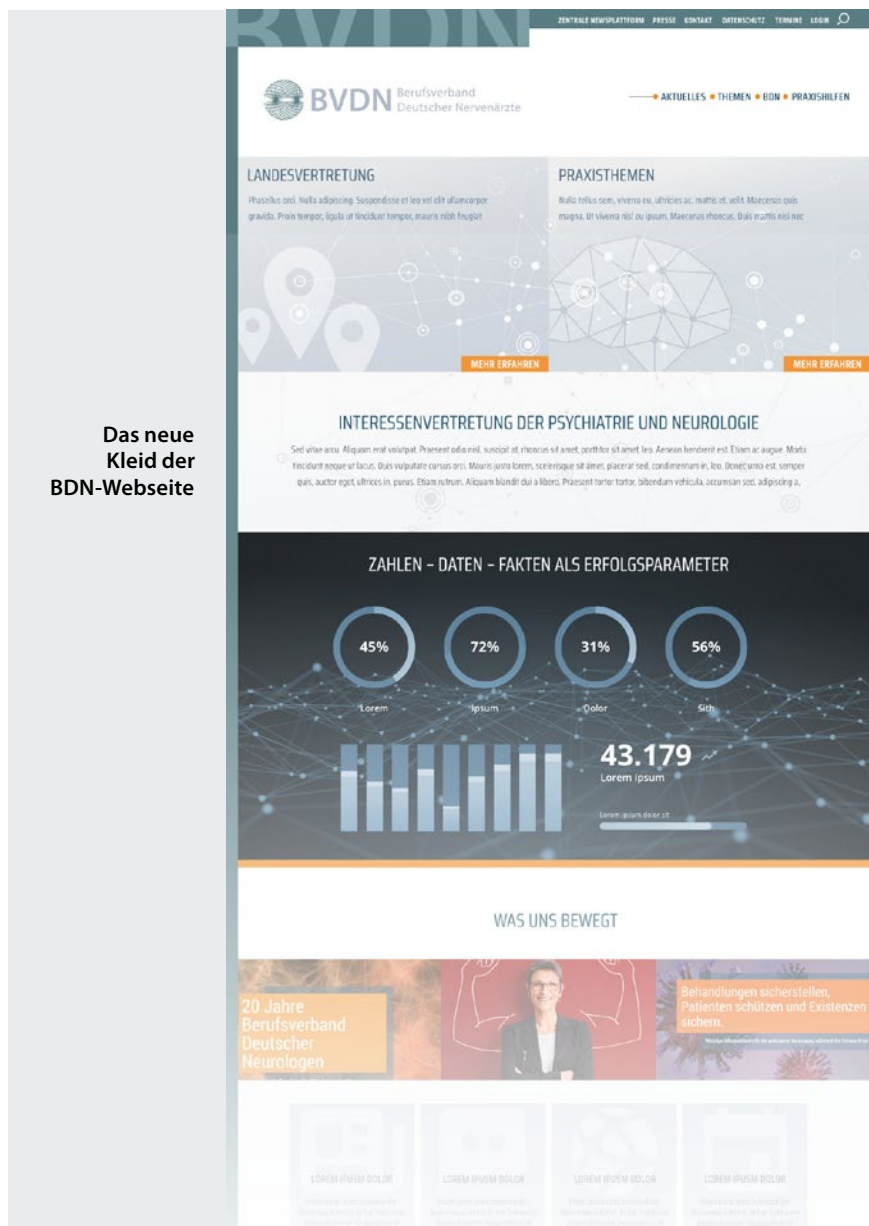
Unterscheidbare Mitglieder einer Familie entwickeln

Weil die aktuellen Webseiten der drei Berufsverbände über ein beinahe identisches Angebot an Informationen verfügen, ähneln sich ihre Internetauftritte inhaltlich sehr: Vor allem die aktuellen Nachrichten, sonstigen Meldungen, Stellungnahmen und die Publikationen des NeuroTransmitter sowie die Termine sind nahezu gleich.

Auch optisch sind die Seiten mehr oder weniger kongruent aufgebaut. Von außen ist kaum eine Differenzierung oder Abgrenzung festzustellen. Alle Seiten haben die gleiche Navigation und unterscheiden sich bei den Themenfeldern nur marginal. Ziel der neuen Strategie ist es, die drei Verbandswebseiten von BDN, BVDP und BVDN so zu gestalten, dass sie zwar wiedererkennbar zu einer Familie von Webseiten gehören, sich aber durch Farbgebung, Zielsetzung und Inhalte im nötigen Maße unterscheiden.

Inhaltliche Neuordnung sowie Suchmachschienoptimierung

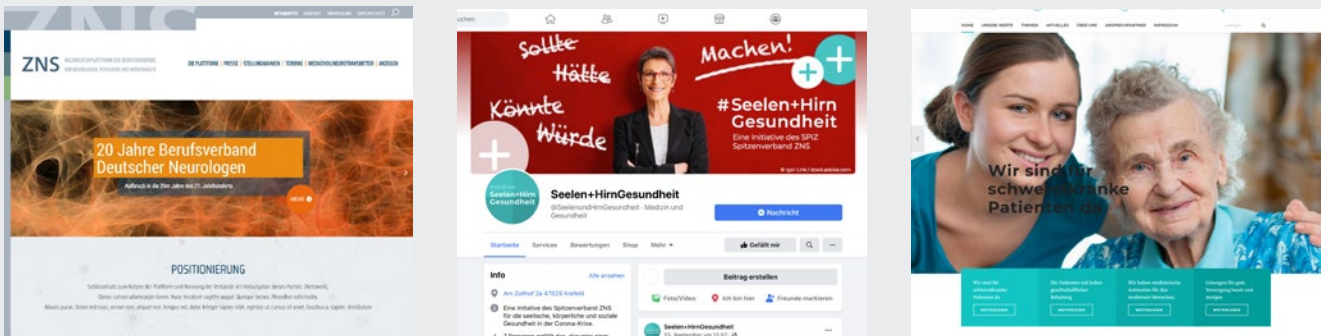
Google hat, genau wie (Nicht-Fach-) Nutzer Schwierigkeiten, die verschiedenen Verbände klar auseinanderzuhalten.



Das neue Kleid der BDN-Webseite



Gestalterische Klammer für die Seiten aller drei Berufsverbände und die zentrale ZNS-Nachrichtenplattform; kein Double Content und klare Positionierung durch Konzentration auf eigene Themen; Mitgliederbereich mit erweiterten Angeboten; Banner zu den assoziierten Verbänden sowie weiteren Partnerwebseiten.



Die zentrale ZNS-Nachrichtenplattform für Journalisten, Politik und Meinungsbildner zur thematischen Recherche; hohe Google-Relevanz bei gemeinsamen Themen; Verbunden mit Facebook & Co.



Die Kampagnenwebseiten für konkrete Zielgruppen sind mit den Verbandswebseiten verlinkt und erlauben eine emotionale Ansprache mit fokussierten Informationsangeboten.

Wichtige Themen sollten daher künftig – wo rechtlich und sinnvoll möglich – nicht hinter dem Login versteckt und zumindest unter Verwendung relevanter Keywords angeteasert werden. Die Pressebereiche werden in Zukunft klarer vom Inhalt für andere Nutzer getrennt und auch besser aufbereitet sein (Pressemeldungen als PDF sind Leser- und Google-unfreundlich).

Wirkung der Plattformen nutzen

Die neu aufgesetzten Verbandswebseiten werden spezifische Angebote für aktuelle und potenzielle Mitglieder, Politik und Experten enthalten. Eine gestalterische Klammer wird die Seiten für alle drei Berufsverbände und die zentrale ZNS-Nachrichtenplattform kennzeichnen. Geplant ist eine klare Positionie-

rung durch die Konzentration auf eigene Themen. Auf Double Content wird künftig verzichtet werden. Nach dem Login soll der Mitgliederbereich erweiterte Angebote, Banner zu den verbundenen Verbänden sowie weitere Partnerwebseiten (z. B. „Neurologen und Psychiater im Netz“) anbieten. Der Auftritt soll dabei insgesamt stärker, werblicher und emotionaler werden.



Konzeptionelle Ausrichtung der neuen Verbandswebseiten

- **Fokus:** Herausstellung der eigenen Position der einzelnen Verbände, Abgrenzung der Verbände untereinander, Mitgliederansprache und Werbung neuer Mitglieder
- **Inhalte:** Hilfe bei den Themen, die den Praktiker interessieren: Karriere, Fortbildung, Weiterbildung, Praxishilfen, Nachfolger finden, sich Selbstständig machen etc.
- **Zielgruppen:** bestehende Mitglieder, potenzielle Mitglieder
- **Ziel:** Mitglieder binden, Neumitglieder gewinnen
- **Umsetzung:** Darstellen, was der Verband für seine Mitglieder tut
- **Vorteile:** Klare Ansprache der Mitglieder mit eigenen Themen und Leistungsangeboten (Weiterbildung, Fortbildung, Praxishilfen, Nachwuchsgewinnung etc.). Diese eigenen Themen (kein Double Content) bewirken eine höhere Positionierung bei Google, als es der einzelne Verband bisher erreichen kann.

Kampagnenwebseiten erfolgreich

Neu sind die Kampagnenwebseiten, die speziell für konkrete Zielgruppen erstellt werden. Sie werden mit den Verbandswebseiten verlinkt und erlauben eine

emotionale Ansprache mit fokussierten Informationsangeboten. Zielgruppen sind Mitglieder, angehende Neurologen und Psychiater, die interessierte Öffentlichkeit, Netzwerkpartner, Politik und Redaktionen. Drei Seiten gibt es bereits.

20 Jahre BDN: Die Seite „20 Jahre BDN“ ist seit dem 13. Mai 2020 verfügbar. Bis zum Stichtag 19. August 2020 waren kumuliert 789 Besuche mit 1.947 Seitenaufrufe zu verzeichnen.

Corona: Die Seite „Corona-Praxishilfe“ ging am 6. April 2020 online und wurde bis zum Stichtag bereits von 11.340 Besuchern mit 90.720 Seitenaufrufen genutzt.

#Seelen+HirnGesundheit: Auf der am 10. Juni 2020 bereitgestellten SPiZ-Seite „#Seelen+HirnGesundheit“ in der Corona-Krise informierten sich bislang 4.150 Besucher mit 20.750 Seitenaufrufen.

Die Inhalte der zentralen ZNS-Nachrichtenplattform werden künftig auch intensiv über Social-Media-Kanäle ausgespielt.

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich

Hier steht eine Anzeige.



Neurologen und Psychiater im Netz

Mehr als 13 Millionen Besucher jährlich

„Neurologen und Psychiater im Netz“, das Informationsportal von BVD, BVDN und BDN erfreut sich von Jahr zu Jahr wachsender Beliebtheit. Die Plattform bietet niedergelassenen Neurologen, Nervenärzten und Psychiatern zudem eine gute Möglichkeit, sich und ihre Praxis in der Öffentlichkeit zu präsentieren.

Das Patienteninformationsportal von BDN, BVDN und BVD, „Neurologen und Psychiater im Netz“ (NPiN), hat sich weiter erfolgreich entwickelt und einen fulminanten Anstieg bei den Besucherzahlen erzielt. Im Vergleich zum Vorjahr nahm die Zahl der Besucher im Jahr 2019 um mehr als 50 % auf rund 13,6 Millionen zu. Bis Juni 2020 wurden knapp 8 Millionen Nutzer registriert und damit rund 30 % mehr als im gleichen Zeitraum des Vorjahres. Setzt sich diese Entwicklung weiter fort, sind für das Gesamtjahr 2020 mehr als 16 Millionen Nutzer zu erwarten.

Einzigartiges Informationsangebot

NPiN ist mit seinem Informationsangebot zu neurologischen und psychiatrischen Themen, die mit der Expertise der Berufsverbände BDN, BVDN und BVD sowie der Fachgesellschaft DGPPN erstellt wurden, einzigartig im Netz. Hier finden Patienten und Interessierte aktuelle Informationen aus Forschung, Klinik und Praxis sowie Ratgeberartikel mit konkreten Tipps. Kernstück sind die umfangreichen Kapitel zu neurologischen Erkrankungen mit speziellen Rubriken zur Vorbeugung, Früherkennung, Diagnose und Therapie. Hinzu kommen Serviceangebote für Patienten und Angehörige mit Hinweisen auf Hilfsangebote und Beratungsstellen sowie Früherkennungs- und Therapiezentren. Alle Seiten sind gut strukturiert, die grafische Aufbereitung ist attraktiv und verständlich. Dies alles macht NPiN zu einem qualitativ hochwertigen und attraktiven Angebot für Patienten und Interessierte. Die inhaltliche Kernkompetenz sowie die permanente Suchmaschinenoptimierung tragen dazu bei, die Position von NPiN als meistbesuchte, deutschsprachige Internetseite zu neuro-

logischen und psychiatrischen Themen weiter auszubauen.

Pressearbeit als Erfolgsgarant

Die weiter stark wachsenden Besucherzahlen sind zu einem wesentlichen Teil auf die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit zurückzuführen. Seit dem Start von NPiN im Herbst 2004 besteht eine enge Kooperation mit der Deutschen Presseagentur (DPA). Im Rahmen dieser Zusammenarbeit erstellt die NPiN-Redaktion Ratgeberartikel, die von der DPA bearbeitet und an zahlreiche Redaktionen von Zeitungen, Zeitschriften, Hörfunk, Fernsehen und Online-Medien ausgesendet werden. Zudem vermittelt die Redaktion Interviews mit den Experten der Berufsverbände, die in Print- und Onlinemedien, Agenturmeldungen sowie Hörfunk- und Fernsehbeiträgen veröffentlicht werden.

Zum Erfolg trägt auch die seit Jahren gute Zusammenarbeit mit dem Media Planet Verlag und dem Reflex Verlag bei. Beide erstellen Gesundheitspublikationen zu neurologischen und psychiatrischen Themen, die in großen Publikumsmedien wie „Die Welt“, dem „Handelsblatt“ oder dem „Focus“ erscheinen. Der BDN hat im Jahr 2019 Artikel für diese Publikationen verfasst und damit hunderttausende Leser über aktuelle Themen der Neurologie informiert.

Praxis-Homepage mit zertifizierter Videosprechstunde

Die NPiN sind das größte neurologische Informationsnetzwerk im deutschsprachigen Raum. Damit ist es auch die ideale Plattform für eine Praxis-Homepage, die niedergelassene Neurologen, Nervenärzte und Psychiater hier anmelden können, um Patienten über die Praxis, die ärztlichen Leistungen und andere

Angebote zu informieren. Sie enthält Angaben über Leistungsspektrum, Behandlungsschwerpunkte, Praxiszeiten und vieles mehr. Einen Eindruck von der Praxis vermitteln Bilder des Praxisteam und der Behandlungsräume. Wer bereits über eine Praxis-Homepage im Internet verfügt, kann sich eine Startseite in der Ärzteliste der NPiN einrichten lassen und diese mit seiner bereits bestehenden Homepage verlinken. Seit kurzem können sich Ärzte, die über eine Praxis-Homepage bei NPiN verfügen, auch eine zertifizierte Videosprechstunde nutzen. Diese kann gemeinsam mit der Praxis App „Mein Neurologe“ oder auch unabhängig davon gebucht werden. Gerade in der COVID-19-Pandemie hat sich die Nachfrage nach der Videosprechstunde deutlich erhöht, eine Entwicklung, die sich sicher weiter verstärken wird. Mit diesem Angebot schaffen die Berufsverbände eine sichere und komfortable Lösung für die Videosprechstunde, die nach den Vergütungsregelungen der KBV für alle Patienten abrechenbar ist.

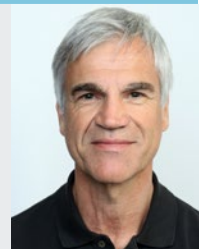
Die monatlichen Kosten für eine Praxis-Homepage bei NPiN liegen zwischen 8 und 12 € (zzgl. MwSt.). Bei Anmeldung bis zum 30. November 2020 ist die Homepage-Erstellung im Rahmen der diesjährigen Herbstaktion kostenfrei.

AUTOR

Jochen Lamp

Redaktion Monks –
Ärzte im Netz GmbH
Frankfurt

E-Mail: jochen.lamp@
monks.de





Professionalisierung in Strategie und Veränderungsmanagement

BDN-Führungsakademie vor dem Start

Wir sind im letzten Jahr angefragt worden, ob wir eine Führungsakademie haben, oder entsprechende Fortbildungsangebote. Hatten wir nicht. Die Idee fanden wir aber so gut, dass wir eine Fokusgruppe ins Leben gerufen und uns professionelle Unterstützung geholt haben. Mitte 2021 soll die BDN-Führungsakademie starten.

Ursprünglich dürften die meisten von uns angetreten sein, als gute Ärzte gute Medizin machen zu wollen. Hierauf haben wir in der Facharztausbildung hingearbeitet, unsere Erfahrungen in der Patientenbehandlung gemacht und uns fortgebildet (oder selber geforscht), um den Stand der Wissenschaft in eine gute Versorgung zu übersetzen. Aller spätestens wenn wir in Führungspositionen aufgestiegen sind oder uns für eine freiberufliche Tätigkeit entschieden haben, sind wir mit Unmengen bürokratischer Vorgaben, Vorschriften, Gesetzen, Richtlinien und vor allem aber auch mit den ökonomischen Rahmenbedingungen konfrontiert worden, die alle Bereiche unserer ärztlichen Tätigkeit durchdringen. Bei Nichtbeachtung werden wir zur Verantwortung gezogen. Dies gilt besonders für die wirtschaftlichen Implikationen unseres Handelns und für wirtschaftliche Zielvorgaben, die für uns nicht selten im Widerspruch zu den ärztlichen und ethischen Werten stehen.

Intuition reicht nicht

Auf viele dieser Herausforderungen waren wir mehr schlecht als recht, um nicht zu sagen eigentlich gar nicht vorbereitet, ganz anders als die Verhandlungspartner aus der Verwaltung oder den Institutionen. Das gleiche gilt für Fähigkeiten und Fertigkeiten im Bereich der Organisationsentwicklung. Ärzte glauben oft, dies intuitiv einfach so tun zu können. Sobald wir leitend tätig sind, reicht es aber nicht, ein guter Arzt zu sein. Im Gegenteil: Wenn wir gute Rahmenbedingungen für ein verantwortliches ärztli-

ches Handeln vorfinden wollen, müssen wir uns professionell auf Führungsaufgaben vorbereiten. Intuition reicht hier nicht aus. Nicht wenige Kollegen gehen in die innere Kündigung oder verbittern schlichtweg über die Jahre.

Wer Führungs- oder Leitungsaufgaben übernehmen will, ist daher gut beraten, sich mit den gesundheitspolitischen, ökonomischen, rechtlichen, strategischen, kommunikativen, organisatorischen und nicht zuletzt verhandlungspsychologischen Aspekten ärztlicher Tätigkeit zu beschäftigen.

Mehrwert für BDN-Mitglieder

An der BDN-Fokusgruppe waren unter anderem Prof. Dr. Elmar Busch, Essen, Prof. Dr. Wolfgang Heide, Celle, Prof. Dr. Stefan Isenmann, Wuppertal, und Prof. Dr. Martin Südmeyer, Potsdam, beteiligt. Der Aufbau einer Fortbildungsplattform ist für 2021 geplant.

Die Akademiethemen werden sich vom Pressetraining, über gesundheitspolitische Fragestellungen bis hin zu Führungsthemen erstrecken. Dabei steht die Qualität der angebotenen Fortbildungen im Vordergrund. Die Angebote richten sich an Oberärzte und angehende Chefärzte, aber auch an Leiter großer Praxen oder ambulanter Zentren. Damit wollen wir einen Mehrwert für BDN-Mitglieder schaffen, die von besonderen Konditionen profitieren sollen.

Initiiert wurde das Projekt von Gabriele Schuster, mit der wir im Jahr 2000 erfolgreich unsere Qualitätsmanagement-Akademie „Athene“ aufgebaut haben. Aus persönlichen Gründen wird sie die

neue Aufgabe nicht übernehmen können. Unterstützt wird das Projekt jetzt durch den im Bereich der Unternehmensberatung und Dienstleistung im Gesundheitswesen ebenfalls erfahrenen Kooperationspartner DeltaMed Süd, der seit über 20 Jahren Kliniken, Praxen sowie Apotheken in Deutschland und Österreich berät. Das Unternehmen besteht aus einem interdisziplinären Team aus Experten für Betriebs- und Rechtswissenschaft sowie Medizin und Pharmazie und ist darüber hinaus bestens vernetzt in der Selbstverwaltung. Die Schwerpunkte des Unternehmens liegen in den Bereichen Datenschutz, Qualitätsmanagement, Arbeitsschutz, Hygiene, Personalführung sowie Strategie und Betriebsführung.

Mitte 2021 soll es losgehen

Die Planungen befinden sich bereits in einem fortgeschrittenen Stadium, sodass mit einem Start der BDN-Führungsakademie Mitte 2021 zu rechnen ist. Wir werden Sie über den Fortgang des Akademieaufbaus weiterhin informieren und freuen uns auf viele großartige Fortbildungen in unserer eigenen BDN-Führungsakademie. Interessenten können sich schon jetzt mit uns in Verbindung setzen.

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich



Neue Fortbildungsplattform von BDN, BVDN und BVDP

Deutschlandweit einheitliches und praxisnahes Fortbildungskonzept

Passend zum 20-jährigen Jubiläum im September 2019 hat der BDN zusammen mit dem BVDN und dem BVDP die Fortbildungsaktivitäten vollständig neu aufgestellt und ausgerichtet. Mit der ausgegliederten Organisation von Veranstaltungen wurde ein einheitliches Konzept auf Deutschlandebene mit hohem Wiedererkennungswert geschaffen. Gleichzeitig vereint es viele wichtige Berufsverbandsziele: aktuelle, praxisrelevante Fortbildung für Mitglieder und Türöffner für Nichtmitglieder, die sich vielleicht zukünftig in einem Berufsverband engagieren möchten.

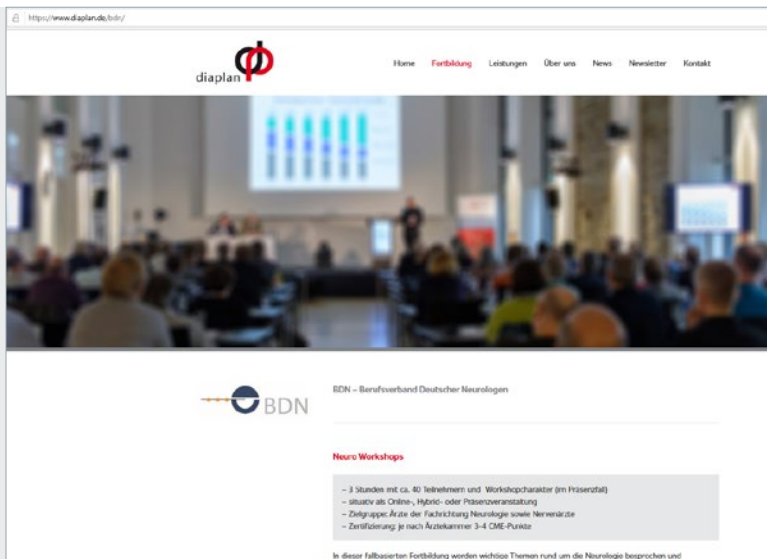
Ein versorgungsorientiertes Fortbildungskonzept ist eine wichtige Säule der Berufsverbandsarbeit – neben den genauso wichtigen Säulen der berufspolitischen Interessenvertretung, stetigen Information zu berufspolitischen Themen und der Schaffung von Rahmenbedingungen, damit wissenschaftlicher Fortschritt in der Versorgung tatsächlich ankommt.

Ein versorgungsorientiertes Fortbildungskonzept ist entscheidend, um einerseits als Berufsverband wichtige ge-

sundheitspolitische Entscheidungen beeinflussen zu können und andererseits für jeden einzelnen einen spürbaren Mehrwert zu bieten. Der BDN steht dabei für qualitativ hochwertige Fortbildung. Ausgestattet mit eigenem Corporate Design soll perspektivisch eine Fortbildungsmarke geschaffen und der jeweilige Berufsverband als Anbieter etabliert werden. Die Berufsverbände haben daher 2019 ein gemeinsames inhaltliches und optisches Konzept erarbeitet: mit klarer Trennung neurologi-

scher und psychiatrischer Themen für Kliniker und ambulant Tätige, das der sektorenübergreifenden Versorgungsrealität unter anderem auch für Ärztinnen und Ärzten in der Weiterbildung gerecht wird. Darüber hinaus sind gemeinsame, fachübergreifende Fortbildungen erwünscht. Ebenso sind interdisziplinäre Fortbildungen beispielsweise mit Internisten, Radiologen, Ophthalmologen, Urologen etc. angedacht.

Das Fortbildungskonzept besteht als vollständig komplementäres Angebot



Die neue Fortbildungsplattform „ZNS-Kolleg“ (linkes Bild) erreichen Sie online über <https://www.diaplan.de/bdn/>. Dort erhalten Sie einen Überblick über alle Veranstaltungen in einem Fortbildungskalender und können sich auf Wunsch direkt anmelden. Rechtes Bild: Prof. Dr. Gereon Nelles bei einem Live-Stream im Studio in Overath.



© U. Meier, Grevenbroich



Tab. 1: Formate 2020/2021

Anzahl	Format
1	ZNS-Tage
8–10	Neuro Kolleg online
10	Neuro Workshop
8	Neuro Skills
4	Neuro Forum
4	ZNS Kolleg

und Ergänzung zu den wissenschaftlich ausgerichteten Fortbildungen der Fachgesellschaften. Es geht daher nicht primär um wissenschaftliche Diskussionen und Interpretation wissenschaftlicher Studien, sondern um die praktische Umsetzung im Versorgungsalltag auf der Grundlage der externen Evidenzen. Dies beinhaltet auch den interaktiven Erfahrungsaustausch und die Vermittlung von Fertigkeiten.

Die Zertifizierung durch die Ärztekammern und Kodexkonformität sind selbstverständlich.

Neue Fortbildungsplattform ZNS-Kolleg

Die neue Fortbildungsplattform mit dem Markennamen „ZNS-Kolleg“ finden Sie online unter: www.diaplan.de/bdn.

Partner: Firma diaplan

Das Portal wurde in Zusammenarbeit mit der Firma diaplan, Gesellschaft für Dialog-Marketing mbH, erstellt. Der Spezialdienstleister für ärztliche Fortbildung ist bereits seit 35 Jahren am Markt tätig. Ein besonderer Schwerpunkt des in Overath ansässigen Unternehmens ist die Zusammenarbeit mit ärztlichen Verbänden: So zählen seit zehn Jahren der Bundesverband Niedergelassener Kardiologen und seit fünf Jahren der Berufsverband der Internisten zu seinen Kunden. Zur Expertise diaplans gehört es, ein komplettes Fortbildungsangebot zu konzipieren und die Abwicklung von A bis Z vollständig zu übernehmen. Durch die Zusammenarbeit mit dem BDN wird nun ein Schwerpunkt in der Neurologie gegründet, der stetig ausgebaut werden wird (weitere Informationen finden Sie unter www.diaplan.de).

Bewertung der Teilnehmer und Referenten des Neuro Kolleg Online

- „Sehr gutes Webinar weiter so“, „Herzlichen Dank für Ihren Einsatz“
- „Vielen herzlichen Dank für eine tolle, praxisnahe neurologische Fortbildung“
- „Vielen Dank für die Top-Organisation der Veranstaltung. Ich habe noch nie bei solchen Veranstaltungen einen so reibungslosen Ablauf erleben dürfen.“



Fortbildungskonzept

Das Fortbildungskonzept beinhaltet unterschiedliche Formate (Tab. 1): der „Neuro Workshop“, das „Neuro Forum“, die „Neuro Skills“, die ursprünglich als Präsenzveranstaltungen konzeptualisiert sind, sowie hierzu als Corona-taugliche Alternative das „Neuro Kolleg online“. Analog gibt es entsprechende Fortbildungsformate für die Psychiatrie sowie einmal im Jahr eine gemeinsame Veranstaltung von BVDN, BDN und BVDP, sowie die ZNS-Tage, die die Nachfolge der Neurologen- und Psychiatertage (NuP-Tage) darstellen.

Von den Einladungen bis hin zur eigens konzipierten Landingpage findet sich ein einheitliches Layout: Die Teilnehmer erkennen auf einen Blick, dass es sich um eine Veranstaltung des Berufsverbandes handelt und haben Programm, wichtige Informationen und eine digitale Anmelde-möglichkeit gebündelt vorliegen. Jede Veranstaltung erhält eine eigens eingerichtete Seite, auf der sich die Teilnehmer einloggen und dann bequem der Fortbildung folgen können. Chatmöglichkeiten und eine professionelle Moderation erlauben den direkten Kontakt und stellen sicher, dass auch von Bildschirm zu Bildschirm eine Diskussion erfolgen kann.

Neuro Kolleg online

Der Beginn der Fortbildungsinitiative wurde, wie viele Aktivitäten 2020, durch den Ausbruch der COVID-19-Pandemie stark beeinflusst. Die schon traditionellen NuP-Tage mussten sehr kurzfristig in der Frühphase des Lockdowns abgesagt werden und konnten nicht wie gewohnt im März in Köln stattfinden. Dies war der Startpunkt für eine Erfolgs-

geschichte, die zwar anders als ursprünglich gedacht ablief, aber nicht minder geglückt ist. Binnen kürzester Zeit wurde die Veranstaltung auf ein reines Online-Format umgestellt – mit überwältigendem Zuspruch. Mehr als 150 Ärzte nutzten die Möglichkeit, die Vorträge und Seminare von zu Hause aus zu besuchen.

Da Präsenzveranstaltungen mit persönlichem Kontakt bis heute mit großer Unsicherheit behaftet sind, entschied sich der Verband den Online-Gedanken weiter zu verfolgen und kann heute auf eine Erfolgsgeschichte zurückblicken. Die Veranstaltungsserie „Neuro Kolleg online“, die aktuelle Themen auch unter Einbeziehung von COVID-19 in den Fokus rückte, verzeichnete im Durchschnitt über 120 Teilnehmer. Dies war gepaart mit einer überaus positiven Rückmeldung durch die Evaluierung (Tab. 2) und viele persönliche dankende Worte von Teilnehmern und Referenten (siehe **Bewertung der Teilnehmer und Referenten des Neuro Kolleg Online**). Zusätzlich konnten zwei Veranstaltungen zum wichtigen Thema der Heimversorgung angeboten werden sowie zwei weitere Online-Veranstaltungen mit

Tab. 2: Resonanz Neuro Kolleg online

Termin	Angemeldete Teilnehmer	Ø Evaluierung
29.4.2020	173	1,5
14.5.2020	112	1,8
3.6.2020	126	1,5
17.6.2020	120	1,2



Abb. 1: Der Neuro-Workshop findet 2020 am 7. und 10. Oktober sowie am 11. und 21. November statt, je nach Wunsch am Samstagvormittag (9:15–12:15 Uhr) oder Mittwochabend (17:15–20:15 Uhr).

dem Schwerpunkt der Versorgung von Parkinson-Patienten.

Neuro-Workshop

Auch die neu entwickelte Serie „Neuro-Workshop“ erfreut sich online großer Beliebtheit. Hier erhält der Teilnehmer

in kompakten Kurzvorträgen praxisnah ein Update zur Therapie der Multiplen Sklerose und zu Bewegungsstörungen. Aber auch Epilepsie und vaskuläre Neurologie werden thematisiert, ebenso wie das stark durch die Patienten nachgefragte Thema der Cannabinoide – ein weites Feld, auf dem in den kommenden Jahren noch viel Entwicklung zu erwarten ist.

Noch in diesem Jahr werden hier weitere Termine angeboten werden (Abb. 1), unter Vorbehalt weiter als Online-Fortbildung und mit der Möglichkeit, bequem von zu Hause aus Informationen zu gewinnen und sich dennoch via Chat mit den Kollegen auszutauschen und nebenbei die erforderlichen CME-Punkte zu sammeln.

Ausblick: Neuerungen für 2021

Für 2021 sind gleich eine ganze Reihe Neuerungen geplant: So werden sich die ehemaligen NuP-Tage als ZNS-Tage erstmalig in neuem Gewand präsentieren: Ein Name, der Programm ist und neben hochkarätigen wissenschaftlichen Vorträgen auch weiterhin die beliebten Seminare einbinden und genügend Raum für berufspolitische Diskussionen lassen wird. Notieren Sie sich schon heute den Termin: 18. bis 20. März 2021.

Die gesamte Struktur (Abb. 2) gliedert sich in das ZNS-Kolleg, unter dem die einzelnen Formate angesiedelt sind und es jedem erlauben, die für sich passende Fortbildung auszuwählen. Verbunden durch die ZNS-Tage als gemeinsame Veranstaltung finden sich dann sowohl

kurze Online-Angebote als auch ganztägige Fortbildungen mit breitem Themenspektrum.

Neben einem neuen Internetauftritt, der die moderne Ausrichtung des Verbands auch online zeigen wird und verstärkt Informationsmöglichkeiten zu den Fortbildungen enthält, werden außerdem neue Fortbildungsformate aufgesetzt, die den Wunsch nach einem hohen Praxis- und Fallbezug erfüllen: Das Format „Neuro Skills“ wird dort ansetzen und Einblicke in bestimmte Untersuchungsmethoden aufzeigen. Themen wie kognitive Störungen bei Multipler Sklerose werden kombiniert mit praktischen Übungen zur Anwendung neuropsychologischer Instrumente. Auch die Neuroradiologie im Verhältnis zur Neuropsychologie soll aufgegriffen werden und welche Konsequenz es für die Therapie hat, wenn unterschiedliche Ergebnisse vorliegen.

Die „Neuro-Workshops“ sollen mit neuen Themenschwerpunkten fortgesetzt werden. Zusätzlich ist die Weiterführung von „Neuro online“ zu aktuellen Themen eine gute Möglichkeit, die Mitglieder kurz und prägnant zu informieren.

Außerdem ist die Etablierung der Veranstaltung „Neuro Forum“ mit einem Blick über den Tellerrand für 2021 geplant: Wie spielen Kardiologie und Neurologie zusammen? Was ist mit der Diabetologie? Und was gibt es in der Neurochirurgie Neues?

Auch wenn die aktuelle Zeit keine sicheren Vorhersagen erlaubt, welche Fortbildungsformen 2021 wann möglich sein werden – der BDN bietet in allen Sparten – ob online, hybrid oder präsent – spannende Konzepte und interessante Fortbildungsmöglichkeiten, aus der Praxis für die Praxis.

Der BDN hat sich für 2021 viel vorgenommen – seien Sie dabei!

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich

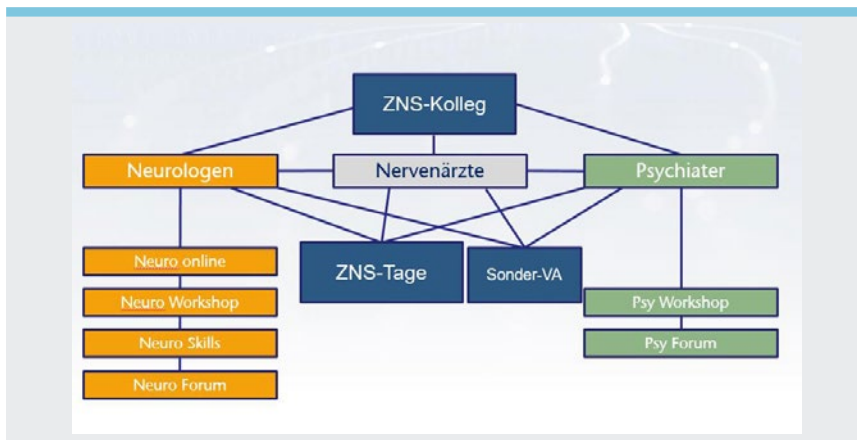


Abb. 2: Struktur des ZNS-Kolleg



Diskussion mit dem Präsidenten der Bundesärztekammer

Einladung zum BDN-Forum 2020

Über die Wege, auch in Zeiten permanenten ökonomischen Drucks gute Medizin zu machen, wollen wir beim diesjährigen BDN-Forum mit dem Präsidenten der Bundesärztekammer, Dr. Klaus Reinhardt, sprechen. Diskutieren Sie mit – vor Ort oder im Livestream über den DGN-Kongresskanal.

Die Corona-Krise hat einmal mehr deutlich gemacht, dass das Verhältnis von Ökonomie und Medizin neu überdacht werden muss. Dr. Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer, sagt hierzu: „Kliniken sind Einrichtungen der Daseinsfürsorge und keine Industriebetriebe, die sich ausschließlich an Rentabilitätszahlen ausrichten.“

Menschen statt Margen

Bereits 2013 haben die Delegierten auf dem 116. Deutschen Ärztetag mit großer Mehrheit dem Leitantrag „Menschen statt Margen in der Medizin“ zugestimmt. Darin forderte die Ärzteschaft, das Gesundheitssystem stärker an den Bedürfnissen der Patienten, statt an rein

ökonomischen Prinzipien auszurichten. Die Sorge galt auch der steigenden Zahl der Behandlungsfälle in Klinik und Praxis bei gleichzeitiger Rückläufigkeit der zur Verfügung stehenden Arztstunden und der Zunahme des ökonomischen Drucks durch fortwährende Unterfinanzierung, die mit Verdichtung von Arbeit und Überlastung einhergeht. Das ist sieben Jahre her. Inzwischen hat sich das Bündnis „Junge Ärzte“ gegründet, das zusammen mit 23 unterstützenden Verbänden ein Ende der Profitmaximierung fordert, und sich für eine „Medizin für den Menschen“ und für „Gesundheit vor Gewinn“ stark macht.

Rettet die Medizin

Im Jahr 2019 hat eine größere Gruppe von Ärzten in Zusammenarbeit mit zahlreichen Fachgesellschaften die Forderungen an die Öffentlichkeit gerichtet, Gesundheitsversorgung nach dem Bedarf der Patienten und nicht nach betriebswirtschaftlichen Anreizen auszurichten. „Rettet die Medizin“ lautete der Appell und intendierte insbesondere die Inaugenscheinnahme des Systems der Fallpauschalen zur Krankenhausfinanzierung.

Umgekehrt bietet die Ökonomie die Grundlage für eine anspruchsvolle und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung. Hier sind auch die Ärzte in der Pflicht, verantwortlich zu handeln und Ressourcen sinnvoll und gezielt einzusetzen. Bei der Frage der Gewichtung – zum Beispiel: Was möchte sich die Gesellschaft generell an medizinischem Standard leisten? – brauchen wir hinge-

gen auch einen Konsens, den die Politik verantworten muss. Den hierfür notwendigen gesellschaftlichen Diskurs scheuen Ärzte und Politiker aber oftmals. So sehen wir insbesondere im Fachgebiet der Neurologie rasante medizinische Fortschritte, die die Gesellschaft aber gleichzeitig vor ungeahnte ökonomische Herausforderungen stellen. Zu denken ist hier beispielsweise an zukünftige Antikörpertherapien

zur Behandlung von Demenzen.

Nach Corona ist vieles nicht mehr so wie zuvor. Sollten wir dies nicht zum Anlass nehmen, uns als Ärzte, als Experten für Gesundheit, mehr in die politischen Diskussionen einzubringen? Braucht es nicht neue Allianzen zwischen Ärzten und verantwortungsvollen Ökonomen jenseits von Partialinteressen?

Namhafte Referenten

Wir freuen uns außerordentlich, diese und andere Fragen im BDN-Forum zu beleuchten. In diesem Jahr konnten wir den Präsidenten der Bundesärztekammer, Dr. Klaus Reinhardt, für das BDN-Forum gewinnen. Ferner wird Dr. Dr. Klaus Piwernetz aus seiner aktuellen Buchpublikation „Strategiewechsel jetzt!“ referieren, sodass es hoffentlich zu einer spannenden Diskussion und einem regen Gedankenaustausch kommen wird.

Hierzu laden wir Sie herzlich ein, sei es vor Ort oder im Livestream über den DGN-Kongresskanal.

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich
Prof. Dr. med. Martin Südmeyer, Potsdam

BDN-Forum 2020

Strategiewechsel jetzt! Brauchen wir neue Allianzen unter stärkerer Beteiligung der deutschen Ärzteschaft für eine gute Medizin?

Referent: Dr. med. Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer

Diskussion: Dr. med. Uwe Meier, 1. Vorsitzender BDN, Präsident Spitzenverband ZNS

Prof. Dr. med. Martin Südmeyer, 2. Vorsitzender BDN

Moderation: Dr. med. Dr. rer. nat. Klaus Piwernetz, medimaxx health management GmbH

5. November, 14:30–15:30 Uhr

Hörsaal der Kaiserin-Friedrich Stiftung, Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin

Plus Livestream über den DGN-Kongresskanal



Reform der ambulanten Vergütung

Auswirkungen des neuen EBM in der Neurologie

Da war doch noch etwas in der Hochphase des Lockdown: Nach vielen Jahren trat zum 1. April 2020 im Rahmen einer „kleinen“ Reform ein neuer EBM in Kraft. Lesen Sie eine kritische Analyse der Auswirkungen auf die Neurologie und einen Abriss unserer aktuellen und künftigen berufspolitischen Aktivitäten.

Thematisch hatte Corona im ersten Halbjahr auch die Fachmedien fest im Griff. Hätte es kein Corona gegeben, hätte der neue EBM, an dem etwa sieben Jahre gebastelt worden war und der nun als „kleine EBM-Reform“ präsentiert wurde, viel mehr Beachtung gefunden. Die lange Entwicklung dieser Reform hat damit zu tun, dass mit ihr ursprünglich viel größere Ziele verbunden waren, die auch noch in die Amtszeit des damaligen KBV-Chefs Dr. Andreas Köhler fielen. Dass am Ende nur eine kleine Reform herauskam, ist auf die Starrheit des Systems zurückzuführen, die wiederum

etwas mit der Vielzahl der Partialinteressen in der Ärzteschaft zu tun hat. Das wäre wahrscheinlich ein beherrschbares Problem, wenn es nicht Budgetgrenzen gäbe und im Falle dieser Reform sogar noch das Primat der Punktsummenneutralität. Die KBV war also mit einer unmöglich lösbaren Aufgabe konfrontiert: Sie sollte die Honorarverteilung verbessern und durch neue Kalkulationsschlüssel unterfinanzierte Leistungen höher bewerten, dies aber unter den Bedingungen einer historisch verfestigten und durch BSG-Urteile abgesicherten Unterfinanzierung, eines zu finan-

zierenden medizinischen Fortschritts und dies bei teilweise steigenden Bedarfen – alles ohne zusätzliches Geld. Das bedeutet logischerweise im Klartext: Umverteilung. Es muss einzelnen Fachgruppen etwas genommen werden, damit unterfinanzierte Leistungen besser vergütet werden. Hierfür braucht die KBV ein Rational und die Abstimmung mit allen Fachgruppen. Es ist absehbar, dass dies zu heftigen Diskussionen und zu massiven Widerständen derjenigen führt, die etwas abgeben müssen. Die spezielle Logik der Honorarsystematik tut ein Übriges.



Bei jeder EBM-Reform – und sei sie noch so klein – geht es auch um Verteilungskämpfe, da unter dem Strich alles kostenneutral sein soll.



Logik der Honorarsystematik

Grundsätzlich muss man verstehen, dass die Bundesvorgaben zur Entwicklung der Honorare zwei Ebenen betreffen: die EBM-Reform und die Weiterentwicklung des EBM. Der Unterschied besteht darin, dass die EBM-Reform grundsätzliche Änderungen an den Stellschrauben der Kalkulationsalgorithmen selbst vornimmt, während die Weiterentwicklung des EBM Kalkulationen korrigiert und neue Leistungen aufnimmt. Auch wenn diese Grenze in der praktischen Umsetzung nicht scharf zu trennen ist und nicht alles widerspruchsfrei dieser Logik folgte, ist es dennoch wichtig, den Unterschied zu verstehen.

Was war Gegenstand der Reform?

Ein grundsätzliches Problem, um nicht zu sagen ein historischer Webfehler der Honorarsystematik ist die Besserstellung der technischen Leistungen gegenüber dem zeitlichen Ressourceneinsatz der Ärzte selbst. Zur Erinnerung: Jeder Leistungskalkulation liegt ein Arztanteil und ein technischer Anteil zugrunde sowie das Primat, dass alle ärztlichen Leistungen gleich (!) vergütet werden. Es ist also egal, ob ich Internist, Radiologe oder Humangenetiker bin, für alle gilt der gleiche Maßstab.

Es gab durchaus immer wieder Überlegungen, bestimmte ärztliche Leistungen als höherwertig anzusehen und auch höher zu bewerten – und damit bei begrenzten Budgets „minderwertigere“ Leistungen abzuwerten. Die Ärzteschaft hat bisher dieser Versuchung widerstanden, weil sie diese Form des Verteilungskampfes vermeiden wollte. Da aber die Leistungen eines Rheumatologen, eines Nuklearmediziners oder eines Pädaudiologen mit völlig unterschiedlichem Einsatz technischer Ressourcen einhergehen, müssen diese ihren tatsächlichen Kosten entsprechend bei der Kalkulation berücksichtigt werden. Zieht ein Radiologe seine Technikkosten von seinen vertragsärztlichen Einnahmen ab, sollte er dasselbe verdienen wie ein ärztlicher Psychotherapeut. Das ist natürlich faktisch nicht der Fall und das wissen auch alle Entscheidungsträger. Die Einkommensunterschiede sind riesig und Grund hierfür ist eben nicht nur die geleistete Arbeitszeit. Wenn etwa der Radiologe de-

facto dreimal so viel verdient wie ein Psychotherapeut liegt das nicht daran, dass er dreimal so viel arbeitet. Ein Psychotherapeut wird ebenso wie ein Rheumatologe niemals so viel arbeiten können, um Einkommensunterschiede gegenüber einem Radiologen auszugleichen. Ursächlich dafür ist, dass ein Radiologe andere organisatorische Spielräume hat. Wenn das Röntgen einer Wirbelsäule einen bestimmten kalkulatorischen Wert einnimmt, der sich aus Technik und Arzteinsatz zusammensetzt, kann er mit einigem Geschick im formal angesetzten Zeitraum mehr Leistungen erbringen, einfach durch routinierteres, schnelleres Arbeiten sowie durchdachtes Delegieren. Das geht in der ärztlichen Zuwendung nicht, da ein Gespräch ein Gespräch ist und zeitlich nicht gestaucht werden kann. Mit anderen Worten: Schneller sprechen hilft nicht. Dies ist einer der Gründe, warum Fachgruppen mit hohem Technikdurchsatz historisch über ein viel höheres Einkommen verfügen und Fachgruppen mit hohem Zuwendungsanteil die historischen Verlierer sind. Aber auch für die reinen Technikfächer ergibt sich – betriebswirtschaftlich gesehen – ein Dilemma: Da auch hier die Budgets begrenzt sind, resultiert je nach Art der notwendigen Honorarbegrenzung ein inflationärer Verfall der Preise, wenn die Leistungsfrequenz gesteigert wird.

Diese sehr verkürzte Reflexion dieses schwierigen Themas soll nicht nur das Dilemma einer leistungsgerechten Honorarverteilung deutlich machen, mit der die wenigsten glücklich sein dürften, es soll auch aufzeigen, dass hieraus keine leistungsgerechten Anreize entstehen, die primär den patientenorientierten Bedarfen gerecht werden. Aber nur letzteres kann die Orientierung einer moralisch integren und gerechten Honorarverteilung sein.

Neurologie auch Zuwendungsfach

Betriebswirtschaftliche Anreize, möglichst viel hochbewertete Technik am Fließband zu produzieren, steht einer patientengerechten „guten“ Versorgung nicht im Weg, sie schwächt diese auch, weil über das Honorarverteilungssystem der kommunizierenden Röhren der bedarfsgerechten Medizin kontinu-

ierlich und systemimmanent Mittel entzogen werden. Letztlich brauchte es daher die Intervention des Gesetzgebers, die Selbstverwaltung per Gesetz zu zwingen, die Höherbewertung der Gesprächsleistungen endlich umzusetzen. Obwohl eine moderne Neurologie selbstverständlich auf einer High-Tech-Diagnostik basiert, war es folgerichtig und notwendig, dass wir unermüdlich unser Fach erklärt und dargelegt haben, dass wir eben nicht nur (!) ein technisches und somatisches Fach sind, sondern unsere Patienten auch komplexe zentrale neuropsychologische und psychische Beschwerden haben, denen wir ganz wesentlich über das diagnostische und das therapeutische Gespräch begegnen. Neurologie ist eben auch ein Zuwendungsfach. Die Behandlung und Betreuung von Patienten mit komplexen motorischen Einschränkungen, Dyskognition, Demenz, Sprach- und Sprechproblemen, Fatigue-Syndromen etc. ist daher extrem komplex und zeitaufwändig, eine neurologische Praxis kann nicht wie am Fließband betrieben werden. Dies hat in der Vergangenheit zu einer systematischen honorartechnischen Benachteiligung geführt, weshalb wir über die Berufsverbände für die Einführung von Betreuungsziffern und Gesprächsleistungen gekämpft haben. Die Neurologie konnte sich darüber von ganz unten im Honorar-Ranking bis in die obere Hälfte vorarbeiten.

Neurologen profitieren deutlich

Auch in dieser EBM-Reform hat die Neurologie in der Summe von der dann tatsächlich erfolgten Umverteilung profitiert. Die Anwendung der neuen Kalkulationsarchitektur hat zwar, wie bei allen anderen Fächern auch, zu einer Abwertung der Grundpauschalen und einiger technischer Leistungen geführt, die Aufwertung der zeitgebundenen Gesprächs- und Behandlungsleistungen überkompensieren dies allerdings. So hat die Grundpauschale zwar um 19 % verloren, das neurologische Gespräch aber um 71 % gewonnen. Damit konnten wir auch eine historische Ungleichbewertung der psychiatrischen und neurologischen Gespräche nivellieren. Weil es bereits vorher höher bewertet wurde, konnte das psychiatrische Gespräch nur



um 13,2% gesteigert werden. Die originären, neurologisch-technischen Leistungen wie EEG und EMG haben ebenfalls gewinnen können, die EPs haben nicht verloren, während Leistungen wie Duplex und ECD, die auch von anderen Fachgruppen durchgeführt werden, der Reformlogik folgend eingebüßt haben. Auch wenn es in dieser Reform eigentlich um die Anwendung eines neuen Kalkulationsalgorithmus ging, sind nun trotzdem einige neue Ziffern vorhanden: Überprüfung der DuoDopa-Pumpe bei Parkinson-Patienten, die Muskel- und/oder Nervenonografie und weitere Ziffern der praxisklinischen Betreuung (Überwachung bei Erstgabe Fingolimod und bei Immunglobulingabe).

Alles in allem gehören die Neurologen zu den Profiteuren der Reform. Die KBV schreibt in der Zusammenfassung der Reform auf ihrer Homepage: „Von der Anhebung profitieren vor allem Hausärzte sowie die Fachgruppen der Psychotherapie, Psychosomatik, Psychiatrie, Neurologie und Nervenheilkunde. Auch grundversorgende Fachärzte sollen mehr Honorar für Gesprächsleistungen bekommen.“ Diese Entwicklung gab unseren Verhandlungsstrategien Recht. Die rein technischen Fächer haben insgesamt eine Absenkung um bis 8,6% zu verzeichnen. Bei uns zeigen die Simulationen ein Plus von über 4% (**Abb. 1, Abb. 2**).

Ländervertretungen sind gefordert

Dies ist zwar zunächst ein respektables Ergebnis, aber es gibt für die Verbände überhaupt keinen Grund, sich zurückzulehnen: Zum einen handelt es sich hierbei nur um Simulationsergebnisse, zum anderen enthält die Reform weiterhin Ungerechtigkeiten, Fehlkalkulationen und entspricht nicht dem aktuellen Wissenstand. Die Simulationsergebnisse beschreiben zunächst nur, wie sich das Ergebnis der Fachgruppe im Durchschnitt darstellen würde, wenn sich in der Zukunft die Abrechnungsfrequenzen genauso wiederholen würden wie zur Zeit der Berechnung. Nicht alle Praxen profitieren gleichermaßen von den Steigerungen. Es gibt deutliche Gewinner, aber auch ein paar Verlierer. Letztere sollten ihre Abrechnungsstatistiken kritisch überprüfen, ob diese tatsächlich auch alle Betreuungs- und Gesprächs-

leistungen abbilden. Nur was von unseren tatsächlich erbrachten Leistungen auch angefordert wird, kann in der Honorarverteilung berücksichtigt werden. Auf diesen Umstand haben wir in den Seminaren des Berufsverbands seit Jahren hingewiesen.

Ein anderer Punkt ist, dass die Entwicklung in der Realität der Simulation nur folgt, wenn die Honorarverteilung auf Länderebene tatsächlich den Vorgaben des Bundes folgt. Zwar ist die Kalkulation der EBM-Leistungen Bundes Sache und für die Länder verbindlich, die Verteilung des zur Verfügung stehenden Honorars auf die einzelnen Fachgruppen ist aber Ländersache und wird länderspezifisch im sogenannten HVM vorgegeben. Da das Budget nicht ausreicht, alle Leistungen zu vergüten, sind die Fächer von budgetbegrenzenden Maßnahmen unterschiedlich betroffen. Hier gibt es viele, oft kaum transparente Tricks, die Bundesvorgaben zu vereiteln. Wir brauchen daher eine starke und wachsame Ländervertretung. Wir sind deshalb im engen Austausch mit den BVDN-Vertretern in den Ländern und den BDN-Landessprechern, damit wir unser Gewicht in die Verhandlungen einbringen können. Jedoch ist die Allianz der Reformverlierer groß und stark.

Webfehler der Reform

Es gibt noch einen ganz anderen Grund, warum wir mit der Reform nur bedingt glücklich sein können. Die Umverteilung von der Technik zur Zuwendung betrifft nicht etwa nur die, nennen wir sie Zuwendungsfächer. Vielmehr wurde dieser Algorithmus auf alle Leistungen angewandt. Es wurde also auch das Gespräch des Radiologen oder des Chirurgen aufgewertet. Hierbei handelt es sich natürlich nicht um diagnostische und therapeutische Gespräche, sondern um Aufklärung und Beratung etc. Ich habe die Radiologen und Chirurgen hier mit vollem Respekt als Beispiel genannt. Radiologen und Chirurgen erfüllen selbstverständlich eine wichtige Versorgungsleistung. Diese besteht aber eben darin, zu röntgen und zu tomografieren, beziehungsweise zu operieren. Dafür sollten beide Gruppen auch das Geld bekommen, das ihnen zusteht. Natürlich gehören auch Aufklärung und Beratung zur

Aufgabe beider Facharztgruppen, diese sind aber bereits in bestehenden EBM-Leistungen in der Kalkulation berücksichtigt. Mit der EBM-Reform wurden jetzt die originären Radiologen- und Chirurgen-Leistungen geschwächt und der „Gesprächsanteil“ gestärkt. Das ist ein unsinniger Anreiz und kann nicht zu einer besseren Versorgung beitragen. Aus unserer Sicht ist dies ein Webfehler der Reform. Hier ging es nur darum, von dem vom Gesetzgeber verordneten Gesprächskuchen vermeintlich ein Stückchen abzubekommen. Dieser Ansatz macht weder die Vertreter der technischen Fächer glücklich, noch entfaltet er die gewünschte Wirkung. Mit dem Gießkannenprinzip und mit viel bürokratischem Aufwand wurden so die Vorgaben des Gesetzgebers konterkariert. Hinter der Reformlogik steckt damit nicht nur ein Webfehler, es geht auch nach meinen Erfahrungen und Eindrücken um historisch gepflegte Ressentiments gegenüber den Zuwendungsfächern, in denen „nur geredet“ und keine „echte Medizin gemacht“ werde.

Wie geht es weiter?

Mit dem Ergebnis der Reform können wir uns natürlich nicht zufrieden geben. Es gibt noch sehr viele Aufgaben und zum Teil schon sehr alte Forderungen von uns, die nun endlich realisiert werden müssen. Wir waren darüber seit Jahren in sehr guten Verhandlungen mit der KBV. In den letzten Jahren stand allerdings alles im Zeichen der Reform, alle Verhandlungen zur Weiterentwicklung wurden zurückgestellt. Eine Atempause gab es auch nach Verabschiedung der Reform nicht. KBV und Berufsverbände haben die Verhandlungen zur Weiterentwicklung bereits im Juni wieder aufgenommen. Wie lauten unsere Forderungen?

Wir haben eine lange Liste an Positionen, die wir früher bereits mit der KBV besprochen haben und die auch für die KBV nachvollziehbar waren, sodass diese mit entsprechend positivem Votum und unserer argumentativen Hilfe in die Verhandlungen mit den Krankenkassen mitgenommen werden. Hierzu zählen:

- Höherbewertung und Differenzierung neurophysiologischer Leistungen im Bereich NLG und EMG,



- Höherbewertung und Differenzierung der Liquorentnahme mit Aufnahme der Druckmessung und der therapeutischen LP,
- Emboliedetektion,
- Botulinumtoxintherapie,
- Kontrolle des Geräts bei einer tiefen Hirnstimulation,
- Überwachung der Therapie bei hochaktiver Multipler Sklerose.

Ein weiteres Thema wird die Neukalkulation der neurologischen Grundpauschale sein.

Telemedizin

Last but not least gilt es, über unsere Aktivitäten zu alternativen, nicht physikalischen Patientenkontakten während des Corona-Lockdowns zu berichten. Als Verbände haben wir uns mit Nachdruck und mit Wirksamkeit in der Öffentlichkeit dafür eingesetzt, dass wir die Versorgung unserer Patienten unbedingt aufrechterhalten, in keine anderen Sektoren abschieben, Kliniken entlasten und gleichzeitig unsere Patienten und uns selbst schützen. Über die eigens dafür in kürzester Zeit erstellte Kampagnenseite „<https://neurologen-psiater-corona-praxishilfe.info>“ haben wir im NeuroTransmitter bereits berichtet. Auf Seite 11 dieser Ausgabe finden Sie weitere Informationen. Um die Versorgung sicherzustellen, aber gleichzeitig den Patientendurchsatz in den oft völlig überfüllten Praxen zu verringern, haben wir uns dafür eingesetzt, dass zu dem im EBM geforderten persönlichen Patientenkontakt, der die gleichzeitige Präsenz im selben Raum beinhaltet, Alternativen ermöglicht werden. Dies war zum einen die Videosprechstunde zum anderen der

Telefonkontakt. Die KBV hat die Möglichkeiten der Videosprechstunde erweitert und die Limitierungen der Frequenz aufgehoben. Da zahlreiche unserer älteren, zum Teil demenzten Patienten und viele unserer kognitiv beeinträchtigten Patienten mit diesem Medium überfordert sind, haben wir uns mit Nachdruck dafür eingesetzt, dass gerade diese schwer betroffenen Patienten nicht benachteiligt sein dürfen und für sie eine Telefonsprechstunde möglich sein muss, zumal diese Patienten auch oft ein besonderes Infektionsrisiko haben. Nur durch viel Druck konnten wir diese Regelung durchsetzen, die sich in der Praxis äußerst bewährt hat. Viele Probleme, etwa bei der Anpassung von Medikamenten, ließen sich bei den uns meist langjährig bekannten Patienten ohne weiteres telefonisch klären, ohne dass die fehlende Bildinformation hier zu Einschränkungen geführt hätte. Diese Regelung war der KBV und dem GKV-Spitzenverband jedoch ein Dorn im Auge, sodass sie bereits im dritten Quartal wieder zurückgezogen wurde. Wir haben aber derart gut Erfahrungen damit gemacht, dass wir fordern, diese Regelung auch für die Regelversorgung fortbestehen zu lassen. Dadurch können wir unseren schwer betroffenen und zum Teil immobilen Patienten medizinisch überflüssige Wege in die Praxis ersparen.

Fazit für die Praxis

Die Verhandlungsstrategien der Verbände haben ihre Wirkung entfaltet, die Neurologen gehören zu den Profiteuren der EBM-Reform. Die zuwendungsintensiven Fächer haben gewonnen. Die Reform beinhaltet aber auch erhebliche, grundlegende

Schwächen in Form von Fehlanreizen, die die Leistungsanforderungen aller Ärzte und damit die Versorgungsrealität auch negativ beeinflussen dürften. Dies hat nicht nur perspektivisch Auswirkungen auf die Patientenversorgung, sondern auch auf die Honorarverteilung. Aus diesem Grund und damit die Länder die gesetzlich geforderte Umverteilung auch tatsächlich umsetzen, ist eine starke Ländervertretung gefragt. Auf Bundesebene werden wir uns vehement für die notwendigen Anpassungen des Neuro-EBM stark machen durch Korrektur der Grundpauschale, Neukalkulation und Differenzierung einiger Positionen sowie Einführung neuer Leistungen. Die Darstellung der Mechanik der EBM-Reform zeigt aber auch ein grundsätzliches Dilemma. Das System ist extrem inflexibel, verkrustet und Veränderungen lassen sich durch die vielen zu berücksichtigenden Partialinteressen und das Primat der Ausgabenneutralität nur sehr verhalten in Richtung einer bedarfs- und patientengerechten Versorgung durchsetzen. In wenigen Fächern hat der medizinische Fortschritt aber so gravierende Auswirkungen wie in der Neurologie. Ein Musterbeispiel dafür ist die Komplexität der MS-Behandlung, die in keiner Weise mit einer Neurologie von vor 20 Jahren vergleichbar ist. Diese und andere Entwicklungen in der Neurologie werden die Versorgung auch künftig komplexer gestalten. Man denke etwa nur an die wahrscheinlich bevorstehende Einführung von Antikörpertherapien bei Demenzen. Hier werden wir künftig ganz neue Wege der Versorgung und der Vergütung einführen müssen.

Wir bleiben dran!

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich

Kleinanzeigen aus der Praxis

Praxisbörse

Neurologische Praxis sucht Facharzt für Neurologie (m/w/d) zur Anstellung ab 1/2021. Praxis mit Schwerpunkt Multiple Sklerose, Bewegungsstörungen, BoNT, Funktionsdiagnostik. Südöstlicher Stadtrand von Berlin, S-Bahnbereich S5, Gehalt VB, bei Qualifikation/Eignung bis OA-Gehalt.

Kontakt: neurologiestelle@freenet.de

Halber Kassenarztsitz in psychiatrischer Gemeinschaftspraxis im nördlichen Schleswig-Holstein abzugeben. Familienfreundliche Bedingungen, gutes Arbeitsklima.

Kontakt: dat@neuropraxis-sl.de

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: bvdn.bund@t-online.de

Nächster Einsendeschluss: 26. Oktober 2020



Gerade bei MS-Patienten sollte der Neurologe unbegründete Ängste ausräumen und klare Vorschläge im Hinblick auf eine mögliche Impfprophylaxe machen.

Autoimmunerkrankungen

Impfsicherheit bei Multipler Sklerose

Die Multiple Sklerose (MS) ist grundsätzlich keine Kontraindikation für eine Impfung. Impfungen sind nicht ursächlich für die MS und lösen in der Regel auch keine Schübe aus. Impfungen schützen vielmehr vor Infektionen oder schwächen sie ab und bieten dadurch einen Schutz vor MS-Krankheitsaktivität. Im Hinblick auf eine Behandlung mit immunsuppressiven Therapien sind allerdings bestimmte zeitliche Abstände zu beachten.

MATHIAS MÄURER

Die Multiple Sklerose (MS) ist eine häufige chronisch entzündliche Autoimmunerkrankung des zentralen Nervensystems, die schon im jungen Erwachsenenalter zu schwerer und bleibender Behinderung führen kann. Wie bei vielen Autoimmunerkrankungen sind Frauen häufiger als Männer betroffen. Der Erkrankungsgipfel liegt zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr, also in einer entscheidenden beruflichen und privaten Lebensphase.

In den letzten Jahren haben die zunehmenden Erkenntnisse zur MS-Pathophysiologie der Entwicklung wirksamer Medikamente Vorschub geleistet, die vorzugsweise früh im Krankheitsverlauf eingesetzt werden sollten. In dieser Frühphase lässt sich der Erkrankungsverlauf mit einer entzündungshemmenden Therapie noch sehr gut modulieren, wodurch eine strukturelle Hirnschädigung und die daraus resultierende Behinderung unterbunden werden kann. Hierfür stehen immer wirksamere entzündungshemmende Medikamente zur Verfügung. Die vergangenen Jahre waren insbesondere durch die Einführung von zelldepletierenden Substanzen geprägt, die über die Reduktion von T- und B-Lymphozyten im peripheren Blut eine gute Krankheitskontrolle gewährleisten und vor allem die Versorgungssituation von Patienten mit hochaktivem Krankheitsverlauf verbessert haben. Allerdings ist ein solcher Eingriff in das Immunsystem – trotz insgesamt positiver Sicherheitsdaten der klinischen Studien – immer mit einem Risiko für bestimmte Infektionserkrankungen verbunden. Die Prävention von Infektionserkrankungen ist daher bei MS-Patienten, insbesondere vor dem Hintergrund einer möglichen Versorgung mit zelldepletierenden Therapien von Bedeutung.

Impfungen gehören zu den effektivsten und sichersten Präventivmaßnahmen in der Medizin. Mithilfe der weltweiten Impfkampagnen konnten manche Infektionserkrankungen in den Industrieländern nahezu ausgerottet werden. Trotz dieser

Erfolgsgeschichte werden vor allem im Internet eine Fülle impfkritischer Informationen verbreitet, die zur Verunsicherung von MS-Patienten beitragen, die eigentlich nicht nur aufgrund ihrer chronischen Erkrankung, sondern auch im Hinblick auf ihre therapeutische Versorgung von einer umfassenden Impfprophylaxe profitieren würden.

Aus diesem Grund ist es notwendig, dass der behandelnde Neurologe in der Lage ist, unbegründete Ängste auszuräumen und klare Vorschläge im Hinblick auf eine mögliche Impfprophylaxe zu machen. Ziel des Artikels ist es daher, die Sicherheit moderner Impfstoffe zu kommunizieren und ungerechtfertigte Impfkritik zu entkräften. Darüber hinaus werden Empfehlungen gegeben, welche Impfungen im Hinblick auf moderne Immuntherapien ratsam sind.

Allgemeines zur Impfung

Eine Impfung dient dem präventiven Schutz gegenüber übertragbaren Erkrankungen. Durch eine spezifische Immunisierung des menschlichen Organismus mit einem abgeschwächten (= attenuierten) Erreger oder Bestandteilen eines Erregers soll das körpereigene Immunsystem zu einer Immunantwort angeregt werden, die zukünftigen Schutz gegen die Infektion mit dem pathogenen Wild-Typ-Erreger gewährleistet.

Die meisten heute verwendeten Impfstoffe wirken durch die Induktion einer humoralen Immunantwort. Die im Rahmen der humoralen Immunantwort gebildeten Antikörper sind in der Lage, Mikroorganismen zu neutralisieren und zu beseitigen, bevor sie im Körper eine Infektionskrankheit hervorrufen können. Voraussetzung ist, dass die Impfstoffe in der Lage sind, langlebige Plasmazellen zu entwickeln, die hochaffine Antikörper produzieren, und dass B-Gedächtniszellen generiert werden können. Dafür wird die Hilfe von Antigen-spezifischen CD4-positiven T-follikulären Helferzellen benötigt.

Die wirksamsten Impfstoffe bestehen aus intakten Mikroorganismen, die so abgeschwächt werden, dass sie zwar keine Krankheit mehr verursachen können, aber ihre vollständige Immunogenität behalten. In dieser Form sind sie in der Lage, sowohl das angeborene als auch adaptive Immunsystem (humoral und zellvermittelt) zu aktivieren und eine schützende Immunität auszulösen. So induzieren virale attenuierte Impfstoffe häufig eine lang anhaltende spezifische Immunität, so dass etwa die Immunisierung von Kindern mit abgeschwächten Masernviren für einen lebenslangen Impfschutz ausreicht. Allerdings sind bei attenuierten Lebendimpfungen bestimmte Sicherheitsaspekte zu beachten: So hat der abgeschwächte orale Polio-Lebendimpfstoff nach Sabin, der nahezu zu einer Ausrottung der Polio beigetragen hat, in seltenen Fällen zu einer paralytischen Impfpoliomyelitis geführt. Das Problem der Impfviruserkrankung kann dadurch umgangen werden, dass man auf inaktivierte Viren (Totimpfstoff) zurückgreift. Daher wird in Europa derzeit der inaktivierte Polioimpfstoff nach Salk routinemäßig eingesetzt. Auch für die jährliche Grippeimpfung werden inaktivierte (abgetötete) Influenzaviren verwendet.

Impfstoffe der neueren Generation

Impfstoffe der neueren Generation wurden entwickelt, um die mit abgeschwächten Mikroorganismen verbundenen Sicherheitsbedenken auszuräumen. Diese Impfstoffe bestehen aus Bestandteilen (Antigenen), die aus Mikroben oder inaktivierten Toxinen (Toxoiden) aufgereinigt und zusammen mit einem Hilfsstoff (Adjuvans) verabreicht werden. Die Verwendung eines Adjuvans ist notwendig, um eine T-Zell-abhängige Immunantwort gegen Proteinantigene zu erzeugen. Adjuvantien führen über eine Aktivierung des angeborenen Immunsystems zu einer erhöhten Expression von kostimulatorischen Molekülen und der Produktion von Zytokinen wie Interleukin(IL)-12, die das Wachstum und die Differenzierung von T-Zellen stimulieren. Derzeit werden große Anstrengungen unternommen, um sichere und wirksame Adjuvantien für den Menschen zu entwickeln. Aluminiumhydroxidgel und Squalen, eine Lipidformulierung, die Phagozyten aktivieren kann, werden eingesetzt. Neuere Adjuvantien verwenden Bestandteile aus Bakterienzellwänden oder Saponin, ein natürlich vorkommendes Glykosid.

Diphtherie und Tetanus sind zwei Infektionen, deren lebensbedrohliche Folgen durch die Immunisierung mit Toxoidpräparaten weitgehend unter Kontrolle gebracht wurden. Impfstoffe aus bakteriellen Polysaccharidantigenen werden gegen Pneumokokken und Haemophilus influenzae eingesetzt. Polysaccharide können B-Zellen T-Zell-unabhängig aktivieren. Die T-Zell-unabhängige Aktivierung ist zwar schnell, führt aber häufig zu einer Antikörperreaktion mit geringer Affinität. Daher sind Polysaccharide vor allem bei Säuglingen und Kleinkindern schlecht immunogen. Hochaffine Antikörperantworten gegen Polysaccharidantigene können aber erzeugt werden, wenn Polysaccharide an Proteine gekoppelt werden. Solche Konjugatimpfstoffe sind über den „Hapten-Carrier-Effekt“ in der Lage eine T-B-Zell-Kooperation herbeizuführen, die letztlich zu Bildung hochaffiner Antikörper führt. Die derzeit verwendeten Impfstoffe gegen H. influenzae, Pneumokokken und Meningokokken sind Konjugatimpfstoffe.

Heutzutage werden in der Impfstoffforschung die immunogensten mikrobiellen Antigene identifiziert und durch rekombinante DNA-Technologie in großen Mengen hergestellt. Auf diese Weise können die synthetischen Antigene als Impfstoffe verwendet werden. Der Impfstoff gegen das Hepatitis B-Virus und das humane Papillomavirus (HPV) beruhen auf dieser Technologie. Im Falle des HPV-Impfstoffs, der zur Vorbeugung unter anderem von Gebärmutterhalskrebs entwickelt wurde, werden rekombinante virale Proteine aus vier Stämmen (HPV 6, 11, 16 und 18) in Hefe hergestellt und mit einem Adjuvans kombiniert.

Impfsicherheit

Impfstoffe werden zwar sorgfältigen klinischen Prüfungen unterzogen, trotzdem ist die Erfahrung zum Zeitpunkt der Zulassung meist begrenzt und seltene Nebenwirkungen und Langzeiteffekte sind erst im Verlauf erkennbar. Gerade bei Impfungen besteht aber eine niedrige Risikotoleranz, da in der Regel gesunde Erwachsene oder gesunde Kinder geimpft werden.

Wie jedes Arzneimittel haben auch Impfstoffe unerwünschte Arzneimittelwirkungen. Hier muss zwischen einer (üblichen) Impfreaktion und Impfkomplicationen unterschieden werden. Als übliche Impfreaktion wird die vorübergehende Lokal- und Allgemeinreaktion bezeichnet, die bei der Auseinandersetzung des menschlichen Organismus mit dem Impfstoff entstehen kann. Hierbei handelt es sich um eine Rötung, Schwellung oder Schmerzhaftigkeit an der Injektionsstelle für die Dauer von ein bis drei Tagen (gelegentlich auch länger) sowie systemische Reaktionen wie Fieber < 39,5° C, Kopf- und Gliederschmerzen, Mattigkeit, Unwohlsein, Übelkeit, Unruhe, Schwellung der regionalen Lymphknoten, ebenfalls für die Dauer von ein bis drei Tagen. Bei attenuierten Lebendimpfstoffen gelten auch die Symptome einer „Impfkrankheit“ zirka ein bis drei Wochen nach der Verabreichung als übliche Impfreaktion, wie etwa eine leichte Parotisschwellung oder ein flüchtiges Exanthem nach der Masern-, Mumps-, Röteln- oder Varizellenimpfung oder milde gastrointestinale Beschwerden nach der oralen Rotavirus- oder Typhusimpfung. Diese Impfreaktionen sind nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) nicht meldepflichtig.

Im Gegensatz dazu fordert der Gesetzgeber jedoch in § 6 Abs. 1 Nr. 3 IfSG die namentliche Meldung einer jeden „über das übliche Ausmaß hinausgehenden Impfreaktion“. Zu diesen Impfkomplicationen gehören Fieberkrämpfe, anaphylaktische Reaktionen, Blutbildveränderungen oder die akute Polyneuritis/Polyradikulitis. Als Impfschaden im Sinne § 2 IfSG schließlich gilt „... die gesundheitliche und wirtschaftliche Folge einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung durch die Schutzimpfung; ein Impfschaden liegt auch vor, wenn mit vermehrungsfähigen Erregern geimpft wurde und eine andere als die geimpfte Person geschädigt wurde“.

Moderne Impfstoffe sind gut verträglich, Impfkomplicationen werden nur in seltenen Fällen beobachtet. Bleibende Schäden sind eine Rarität, vor allem vor dem Hintergrund der ungefähr 45 Millionen Impfdosen, die jährlich zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden. Die Rate anerkannter Impfschäden im Jahr 2009 lag bei 0,046 pro

100.000 Einwohner – das entspricht einer absoluten Zahl von 38 Personen. Hält man sich vor Augen, das im gleichen Jahr alleine 49 Fälle von subakut sklerosierende Panenzephalitis (SSPE), einer schweren und immer tödlich verlaufenden Komplikation der Maserninfektion, an das Robert Koch-Institut (RKI) gemeldet wurden, so fällt die Nutzen-Risiko-Bewertung einer Impfung relativ eindeutig aus.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass Impfungen sehr viel geringere Komplikationsraten aufweisen als die Erkrankungen, gegen die sich die Impfung richtet. Außerdem sollte bei einer

Impfung auch immer das individuelle Restrisiko gegen den Nutzen einer Impfung für die Gesamtheit der Bevölkerung abgewogen werden – dies ist ja derzeit Inhalt der aktuellen politischen Diskussion.

Impfung und MS

Infektionserkrankungen können über den Mechanismus des „molecular mimicry“ eine Autoimmunreaktion triggern – es kommt zum Beispiel aufgrund einer strukturellen Ähnlichkeit zwischen mikrobiellen Epitopen und Epitopen des ZNS zu

Tab. 1: Immuntherapien bei Multipler Sklerose und zu berücksichtigende Impfabstände (mod. nach Winkelmann A et al. 2016 [9])

Medikament	Wirkort	Impfabstände Totimpfstoff	Impfabstände Lebendimpfstoff
Alemtuzumab	CD52-Rezeptor (T/B-Zell Depletion)	Impfungen sechs Wochen vor Behandlungsbeginn abschließen, gegebenenfalls auch kürzere Impfabstände (zwei Wochen) vor Therapiebeginn möglich (Off-Label-Gebrauch)	<ul style="list-style-type: none"> — KI während Therapie — alle Impfungen sechs Wochen vor Behandlungsbeginn abschließen; Impfungen frühestens nach B/T-Zell-Repletion (zirka zwölf Monate nach Therapie)
Dimethylfumarat	Multiple Mechanismen	<ul style="list-style-type: none"> — jederzeit möglich — im Idealfall Immunisierung mindestens zwei, besser vier Wochen vor Therapiebeginn abschließen 	<ul style="list-style-type: none"> — laut FI keine KI oder besondere Warnhinweise für Lebendimpfstoffe während der Therapie — dennoch sollten Lebendimpfstoffe während der Therapie nur in Ausnahmefällen nach individueller Nutzen-Risiko-Abwägung verabreicht werden — bei ausgeprägter Lymphopenie unter Dimethylfumarat-Therapie sind Lebendimpfungen kontraindiziert
Fingolimod	S1P-Rezeptor	<ul style="list-style-type: none"> — jederzeit möglich — im Idealfall Immunisierung mindestens zwei, besser vier Wochen vor Therapiebeginn abschließen 	<ul style="list-style-type: none"> — laut FI-A von Interferon β-Präparaten keine KI oder besonderen Warnhinweise für Lebendimpfstoffe während der Therapie — dennoch sollte die Impfung mit Lebendimpfstoffen während der Therapie nur als Einzelfallentscheidung nach individueller Nutzen-Risiko-Abwägung erfolgen — die Gelbfieberimpfung wird nicht empfohlen
Interferon β -1a, Interferon β -1b, pegyliertes Interferon β -1a	Typ I-IFN-Rezeptor (IFNA-R)	<ul style="list-style-type: none"> — jederzeit möglich — im Idealfall Immunisierung mindestens zwei, besser vier Wochen vor Therapiebeginn abschließen 	<ul style="list-style-type: none"> — laut FI-A von Interferon β-Präparaten keine KI oder besonderen Warnhinweise für Lebendimpfstoffe während der Therapie — dennoch sollte die Impfung mit Lebendimpfstoffen während der Therapie nur als Einzelfallentscheidung nach individueller Nutzen-Risiko-Abwägung erfolgen — die Gelbfieberimpfung wird nicht empfohlen
Natalizumab	α 4-Integrin-Rezeptor	<ul style="list-style-type: none"> — jederzeit möglich — im Idealfall Immunisierung mindestens zwei, besser vier Wochen vor Therapiebeginn abschließen 	<ul style="list-style-type: none"> — KI während Therapie — Impfungen mindestens vier Wochen vor oder frühestens drei Monate nach Therapie
Ocrelizumab	CD20- Rezeptor (B-Zell-Depletion)	<ul style="list-style-type: none"> — alle Impfungen sechs Wochen vor Behandlungsbeginn abschließen (besondere Warnhinweise in FI), gegebenenfalls auch kürzere Impfabstände (zwei Wochen) vor Therapiebeginn möglich (Off-Label-Gebrauch) — für optimalen Impferfolg frühestens sechs Monate nach der letzten Ocrelizumab-Gabe — Influenza-Impfung auch während der Therapie und innerhalb des 6-Monats-Intervalls nach Therapieende empfohlen 	<ul style="list-style-type: none"> — KI während Therapie — alle Impfungen sechs Wochen vor Behandlungsbeginn abschließen (besondere Warnhinweise in FI) — Impfungen frühestens nach B-Zell Repletion (Wert > unterer Normalwert oder Ausgangswert; zirka 18 Monate nach Therapie) — Säuglinge, die in utero gegenüber Ocrelizumab exponiert waren: Lebendimpfungen frühestens nach vollständiger Normalisierung der B-Zell-Werte
Teriflunomid	DNS-Biosynthese	<ul style="list-style-type: none"> — jederzeit möglich — im Idealfall Immunisierung mindestens zwei, besser vier Wochen vor Therapiebeginn abschließen 	<ul style="list-style-type: none"> — KI während Therapie — Impfungen mindestens vier Wochen vor oder frühestens sechs Monate nach Therapie

FI = Fachinformation; KI = kontraindiziert; VZV = Varizella-Zoster-Virus

einer Kreuzreaktion und Entstehung einer akuten autoimmunen Enzephalomyelitis. Dementsprechend ist eine solche Kreuzreaktion auch im Rahmen einer Impfung denkbar, zumal sich dies mit den historischen Erfahrungen der frühen Tollwutimpfung deckt. Hier war das gelegentliche Auftreten einer akuten autoimmunen Enzephalomyelitis (ADEM) zwar auf die (technisch bedingte) Verunreinigungen mit tierischem Nervengewebe zurückzuführen – ein Problem, das durch die moderne Impfstoffentwicklung längst behoben werden konnte – jedoch gilt die Komplikation immer noch als Argument von Impfkritikern, dass durch Impfungen Autoimmunerkrankungen wie die MS ausgelöst werden können.

Was die Frage betrifft, ob Impfungen eine MS verursachen können, so herrscht mittlerweile wissenschaftlich Einigkeit darüber, dass MS weder durch inaktivierte Impfstoffe noch durch attenuierte Lebendimpfstoffe verursacht werden kann. Einzelfallberichte, die einen solchen Zusammenhang postulieren, sind nur begrenzt verwertbar und in größeren Fall-Kontrollstudien nie bestätigt worden.

Schwieriger ist die Frage zu beantworten, ob Impfstoffe in der Lage sind, Schübe bei MS-Patienten auszulösen. Bei Lebendimpfstoffen ist dies denkbar, da sie die Kriterien einer aktiven Infektion mit einem replikationsfähigen (wenn auch abgeschwächten) Organismus erfüllen. So gibt es Hinweise, dass der Gelbfieber-Impfstoffstamm, der aus einem natürlich vorkommenden Virus stammt und seine Neurotoxizität auch nach zahlreichen Passagen nicht vollständig verloren hat, bei MS-Patienten zu Schüben führen kann, wobei die zugrunde liegende Stichprobengröße dieser Beobachtung relativ klein war. Über diese Berichte hinaus, gibt es jedoch keine eindeutigen Hinweise, dass andere Lebendimpfstoffe, wie zum Beispiel gegen Masern, Mumps und Röteln (MMR), die MS verschlechtern – und für inaktivierte Impfstoffe wurde nie ein Zusammenhang zwischen Impfung und Krankheitsaktivität gefunden, im Gegenteil sogar eher Evidenz einer geringeren Krankheitsaktivität. Selbst für Impfstoffe, die häufig in der Öffentlichkeit mit der MS oder Schubauslösung in Zusammenhang gebracht werden, wie die Impfung gegen humane Papillomviren (HPV) oder Hepatitis-B-Impfstoffe, gibt es keine Zusammenhänge zwischen Impfung und klinischem Verlauf. Impfungen schützen nachweislich eher vor Infektionen oder schwächen sie ab und bieten damit einen „indirekten“ Schutz vor MS-Krankheitsaktivität. Demnach sollte der Impfschutz von MS-Patienten entsprechend den Empfehlungen der STIKO aktualisiert oder vervollständigt werden. Inaktivierte Impfstoffe (= Totimpfstoffe) können grundsätzlich bei Personen mit einer Autoimmunkrankheit wie der MS ohne oder unter einer immunsuppressiven Therapie angewendet werden. Auch Lebendimpfstoffe können bei MS gemäß den STIKO-Empfehlungen gegeben werden, sollten aber vor einer geplanten Immuntherapie verabreicht werden.

Impfungen und Immuntherapie bei MS

Mittlerweile existiert eine große Anzahl unterschiedlicher MS-Therapeutika. Für die Auswahl der Therapie spielt es inzwischen auch eine Rolle, ob und gegen welche Erreger geimpft werden sollte. Es besteht grundsätzliche Einigkeit darüber, dass

inaktivierte Impfstoffe auch bei immunsupprimierten Patienten keinen Schaden anrichten. Die Daten zur Wirksamkeit von Impfungen in Kombination mit den verschiedenen verfügbaren MS-Medikamenten sind allerdings noch lückenhaft.

Im Gegensatz zu den Totimpfstoffen sollten Lebendimpfstoffe unter immunsuppressiver MS-Therapie nicht angewendet werden. Trotzdem kann es Situationen geben, in denen Nutzen und Risiken einer Lebendimpfung gegeneinander abgewogen werden müssen, zum Beispiel bei MS-Patienten unter Fingolimod-Behandlung, die bisher keinen Kontakt mit Varizellen hatten – hier kann eine Varizellenimpfung in Betracht gezogen werden, da schwere Komplikationen der natürlichen Infektion das Risiko der Lebendimpfung überwiegen.

Was den Zeitpunkt einer Impfung bei MS-Patienten betrifft, die vor dem Beginn einer immunsuppressiven Therapie stehen, so herrscht weitgehende Einigkeit. Impfungen sollten generell frühzeitig vor Behandlungsbeginn erfolgen. Zwischen Totimpfstoffen und Beginn einer Immuntherapie sollten mindestens zwei Wochen liegen, bei Impfung mit Lebendimpfstoffen sind mindestens vier bis sechs Wochen Abstand einzuhalten. Die Notwendigkeit von Booster-Impfungen unter einer Immuntherapie ist zu beachten, Titerkontrollen können helfen, den Impferfolg zu bewerten. Einen Überblick über Impfabstände bei Gebrauch unterschiedlicher Immuntherapien gibt **Tab. 1**.

Da die Schutzwirkung von Impfungen hauptsächlich durch die Bildung von Antikörpern vermittelt wird, sollten Impfungen besonders vor B-Zell-depletierenden Therapien in Erwägung gezogen werden, vor allem Impfungen gegen bekapselte Bakterien wie Pneumokokken. Aber auch bei Therapien mit Alemtuzumab oder Cladribin sollte bedacht werden, dass nach Therapiebeginn B-Zellen deutlich supprimiert werden.

Für viele Immuntherapien ist der Nachweis einer Immunität gegen Varizella zoster (VZV) erforderlich. Diejenigen, die noch keine Immunität haben, sollten geimpft werden. Zusätzlich sollte VZV-seropositive Patienten, die sich einer Immuntherapie unterziehen, auch eine Impfung gegen Zoster-Reaktivierung und ihre Folgen angeboten werden. Hier steht seit kurzem ein inaktivierter Impfstoff gegen Herpes zoster zur Verfügung.

Patienten mit geplanter Fingolimod- oder Alemtuzumab-Behandlung, die vor allem auf die Modulation von T-Zellen abzielt, sollte die Möglichkeit einer Impfung gegen HPV angeboten werden, da bei beiden MS-Therapien vermehrt Berichte über Warzen und Zervixdysplasien existieren.

Fazit für die Praxis

Impfungen gehören zu den effektivsten und sichersten Präventivmaßnahmen in der Medizin. Moderne Impfstoffe sind gut verträglich, Impfkomplicationen werden nur in seltenen Fällen beobachtet, bleibende Schäden sind eine Rarität. Impfungen haben eine sehr viel geringere Komplikationsrate als die Erkrankungen, gegen die sich die Impfung richtet. Impfungen lösen keine MS aus, eine Veränderung der Krankheitsaktivität ist ebenfalls unwahrscheinlich. Impfungen schützen vielmehr vor Infektionen oder schwächen sie ab und bieten damit einen Schutz vor MS-Krankheitsaktivität. Dementsprechend sollte alle MS-Patienten einen Impfschutz gemäß den Empfehlungen der STIKO erhalten, insbesondere vor dem Hintergrund, dass im Krankheitsverlauf auch eine Behandlung mit immu-

suppressiven Therapien notwendig werden könnte. Falls der Impfschutz noch vor Beginn einer immunsuppressiven Therapie aufgefrischt werden muss, so sollten zwischen Totimpfstoffen und Beginn einer Immuntherapie mindestens zwei Wochen Abstand eingehalten werden, bei Impfung mit Lebendimpfstoffen sind mindesten vier bis sechs Wochen Abstand einzuhalten.

Literatur

1. Abbas AK et al., Lichtman AH, Pilai S. Cellular and Molecular Immunology. Elsevier 9th Edition, 2018
2. Farez MF, Correale J. Yellow fever vaccination and increased relapse rate in travelers with multiple sclerosis. Arch Neurol 2011;68:1267–71
3. Langer-Gould A et al. Epstein-Barr virus, cytomegalovirus, and multiple sclerosis susceptibility: a multiethnic study. Neurology 2017;89:1330–7
4. Löbermann M, Winkelmann A, Reisinger EC, Zettl UK. Vaccination and multiple sclerosis. Nervenarzt 2010 Feb;81(2):181–93
5. Loebermann M, Winkelmann A, Hartung HP, Hengel H, Reisinger EC, Zettl UK. Vaccination against infection in patients with multiple sclerosis. Nat Rev Neurol 2012 Jan 24;8(3):143–51
6. Schneeweiss B, Pfeleiderer M, Keller-Stanislawski B. Vaccination safety update. Dtsch Arztebl Int 2008 Aug;105(34-35):590–5
7. Stuart G, Krikorian K. The neuro-paralytic accidents of anti-rabies treatment. Ann Trop Med Parasitol 1928;22:327–77
8. Wagner N, Assmus F, Arendt G, Baum E, Baumann U, Bogdan C et al. Impfen bei Immundefizienz. Bundesgesundheitsbl 2019;62(4):494–515
9. Winkelmann A et al. Disease-modifying therapies and infectious risks in multiple sclerosis. Nat Rev Neurol 2016;12:217–33
10. Zrzavy T, Kollaritsch H, Rommer PS et al. Vaccination in Multiple Sclerosis: Friend or Foe? Front Immunol 2019 Aug 7;10:1883

Interessenkonflikt

Der Autor erklärt, dass er sich bei der Erstellung des Beitrages von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließ und den Erhalt von Honoraren für Vorträge und Beratung für die Firmen Bayer, Biogen, Glaxo-SmithKline, Genzyme, Novartis, Roche Teva, Merck, Allmirall, Celgene, Grünenthal und Sanofi. 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.

AUTOR

Prof. Dr. med. Mathias Mäurer

Chefarzt, Neurologie und Neurologische Frührehabilitation
Klinikum Würzburg
Mitte, Standort
Juliuspital
Juliuspromenade 19
97070 Würzburg



E-Mail: mathias.maeurer@kwm-klinikum.de

Aktuelle CME-Kurse aus der Neurologie

► **Therapie essenzieller Tremorsyndrome**

aus: NeuroTransmitter 7/2020
von: J. S. Becktepe, F. Gövert
zertifiziert bis: 7.8.2021
CME-Punkte: 2

► **Individualisierte Therapie bei fortgeschrittenem Parkinson-Syndrom**

aus: NeuroTransmitter 5/2020
von: E. H. Kwon, L. Tönges
zertifiziert bis: 5.5.2021
CME-Punkte: 2

► **Myopathien: Aktueller Stand der Diagnostik bei Muskelerkrankungen**

aus: NeuroTransmitter 12/2019
von: A. Mensch, I. Schneider, S. Zierz
zertifiziert bis: 3.12.2020
CME-Punkte: 2

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

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

Als e.Med-Abonnent steht Ihnen außerdem das komplette CME-Kursangebot von SpringerMedizin.de zur Verfügung: Hier finden Sie aktuell über 550 CME-zertifizierte Fortbildungskurse aus allen medizinischen Fachrichtungen!

Testen Sie die CME.SpringerMedizin.de 14 Tage lang kostenlos und unverbindlich mit einem e.Med-Abo:
www.springermedizin.de/eMed



CME-Fragebogen

Impfsicherheit bei Multipler Sklerose

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 29.10.2020:

NT2010ut

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 Aussage zu attenuierten Lebendimpfstoffen ist falsch?

- Sie verursachen keine Krankheit, behalten aber ihrer vollständige Immunität.
- Sie aktivieren sowohl das angeborene als auch adaptive Immunsystem.
- Sie stellen die sicherste Gruppe von Impfstoffen dar.
- Sie gehören zu den wirksamsten Impfstoffen.
- Es werden intakte Mikroorganismen geimpft.

? Welche Aussage zu Adjuvantien ist falsch?

- Adjuvantien sind Hilfsstoffe zur Verbesserung der Impfantwort.
- Adjuvantien verringern die Impfreaktion.
- Adjuvantien aktivieren das angeborene Immunsystem.
- Aluminiumhydroxidgel und Squalen sind Adjuvantien, die Phagozyten aktivieren.
- Neuere Adjuvantien verwenden Bestandteile aus Bakterienzellwänden.

? Bei welcher Impfung wird ein Konjugatimpfstoff verwendet?

- Pneumokokken
- Poliomyelitis
- Masern
- Hepatitis
- Humane Papillomaviren (HPV)

? Welche Impfung ist kein Totimpfstoff?

- Tetanus
- Diphtherie

- Haemophilus influenza
- Polioimpfstoff nach Salk
- Polioimpfstoff nach Sabin

? Was ist keine „übliche Impfreaktion“?

- Rötung und Schwellung an der Injektionsstelle
- Fieber bis 39,5° Celsius
- Kopf- und Gliederschmerzen
- Anaphylaktische Reaktion
- Lokale Lymphknotenschwellung

? Wie hoch ist ungefähr die Rate anerkannter Impfschäden bezogen auf 100.000 Einwohner in Deutschland?

- 0,05
- 0,1
- 0,5
- 1
- 5

? Was muss nach § 6 Abs. 1 Nr. 3 IfSG (Infektionsschutzgesetz) als Impfkomplication gemeldet werden?

- Fieber
- Schwellung an der Injektionsstelle
- Akute Polyradikulitis
- Myalgien
- Flüchtiges Exanthem nach Varicellenimpfung

? Wieviel Zeit sollte mindestens zwischen Impfung mit einem Totimpfstoff und Beginn einer Immuntherapie liegen?

- Eine Woche

- Zwei Wochen
- Sechs Wochen
- Drei Monate
- Ein Jahr

? Wieviel Zeit sollte mindestens zwischen Impfung mit einem attenuierten Lebendimpfstoff und Beginn einer Immuntherapie liegen?

- Ein bis zwei Wochen, bei Indikation einer oralen Dauertherapie mit Steroiden
- Zwei bis drei Wochen
- Vier bis sechs Wochen
- Zehn bis zwölf Wochen
- 22 bis 24 Wochen

? Welche Aussage zu Impfungen ist falsch?

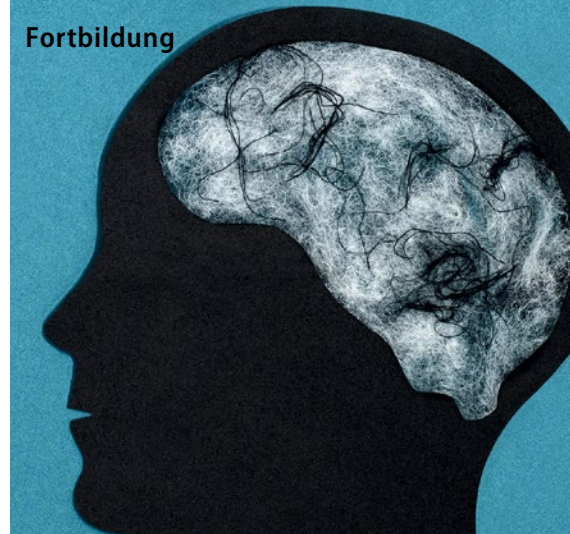
- Inaktivierte Impfstoffe richten auch bei immunsupprimierten Patienten keinen Schaden an.
- Im Gegensatz zu Totimpfstoffen sollten Lebendimpfstoffe unter immunsuppressiver Multiple-Sklerose-Therapie nicht angewendet werden.
- Vor der Anwendung von B-Zell-depletierenden Therapien sollte eine Impfung gegen Pneumokokken erfolgen.
- Für viele Immuntherapien ist der Nachweis einer Immunität gegen Varizella zoster erforderlich.
- Varizella-Zoster-Virus-negative Patienten sollten vor Beginn einer Immuntherapie einen inaktivierten Impfstoff gegen Herpes zoster erhalten.



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 anerkennungsfähig.

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

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



Neurologische Kasuistik

Verhaltensauffälligkeiten mit Gangstörung

Ein 34-jähriger Mann wurde wegen eines differenzialdiagnostisch organischen Psychosyndroms mit Gereiztheit und Antriebssteigerung von seinem Hausarzt an die Psychiatrie überwiesen. Zu der komplexen psychiatrisch-neurologischen Abklärung wurde der Mann stationär aufgenommen.

Anamnese und Befund im Verlauf

Geburt und frühkindliche Entwicklung seien normal verlaufen, berichtete der Patient. Er sei Einzelkind gewesen. Die übrige Familienanamnese war negativ. Nach der Einschulung hätten sich Lern- und Koordinationsschwierigkeiten eingestellt. Ansonsten gab es keine relevanten Vorerkrankungen.

In der Schulzeit hätten sich zunehmend Verhaltensauffälligkeiten mit intermittierender Reizbarkeit gezeigt. Eine retrospektiv am ehesten extrapyramidal einzuordnende Gangstörung ist durch überlassene Fotoaufnahmen der Familie bei dem Patienten spätestens im Teenageralter dokumentiert (**Abb. 1**).

Da bereits im 18. Lebensjahr eine Abklärung erfolgte, wurden die Altkarten der zu dieser Zeit zuständigen neurologischen Klinik angefordert. In der Untersuchung zeigte sich damals eine Paraspastik, die im weiteren Verlauf progredient war, eine extrapyramidale Gangstörung und ein leichtes „organisches Psychosyndrom“ ohne nähere Angaben. Der Patient machte zu dieser Zeit eine Ausbildung als Betriebsanlagen-elektroniker.

Frage 1

Was sind die initialen Differenzialdiagnosen?

- Primär progrediente multiple Sklerose (PPMS)
- Spastische Spinalparalyse
- Olivo-ponto-zerebelläre Atrophie (OPCA)
- Morbus Wilson
- Multisystematopathie (MSA)

Zu Antwort a: Die Beteiligung verschiedener Funktionssysteme (extrapyramidal, pyramidal, psychisch) in der Erstmanifestation einer PPMS wäre sehr ungewöhnlich. Die Magnetresonanztomografie (MRT) war allerdings unauffällig, ebenso wie der Liquor.

Zu Antwort b: Auch hier geht der Befund über eine rein spinale Erkrankung hinaus, und die negative Familienanamnese spricht zumindest gegen die familiäre spastische Spinalparalyse „Stümpell-Lorrain“. Selbst für die komplexe Form mit Neuropathie, Optikusatrophie, mentale Retardierung und Epilepsie gab es im vorliegenden Fall keine Anhaltspunkte. Es sind jedoch auch Fälle mit juvenilem Parkinsonismus beschrieben.

Zu Antwort c: Dieser beschreibende Begriff als Untergruppe der MSA war 1996 die Entlassungsdiagnose der damals behandelnden neurologischen Klinik. Ein Verlaufs-MRT circa fünf Jahre später war aber unauffällig, was gegen einen atrophierenden Prozess in diesem Zeitraum spricht.

Zu Antwort d: Psychische Auffälligkeiten und ein extrapyramidales Syndrom würden gut zum Morbus Wilson passen. Eine Paraspastik hingegen aber nicht. Die Laboruntersuchungen und das Coeruloplasmin waren auch unauffällig.

Zu Antwort e: Siehe Antwort c.

Weiterer Verlauf

Es erfolgten in den nächsten Jahren ambulante Behandlungsversuche mit Liorezal, Akatinol, Perazin und Lithium. Im Verlauf war die Gangstörung langsam progredient, mit einer Rollstuhlpflichtigkeit seit dem 22. Lebensjahr des Patienten. Seither war er auch erwerbsunfähig. Später traten Schluckstörungen und eine Dysarthrie hinzu, die die Anlage einer PEG erforderlich machten. Immer wieder wurde Reizbarkeit dokumentiert.

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 9/2020

Starke Tagesmüdigkeit, höheres Schlafbedürfnis

NT 7–8/2020

Schwindel und mehr

NT 6/2020

Progressive supranukleäre Blickparese

NT 5/2020

Post-Stroke-Depression und Post-Stroke-Fatigue

NT 4/2020

Depressiv und immer wieder müde ...

NT 3/2020

Augenbewegungsstörung bei Kopfschmerzpatienten

NT 1–2/2020

Schreien und Schlagen im Schlaf

NT 12/2019

Kopfschmerzen beim Rübenaufladen

Das Online-Archiv unter

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



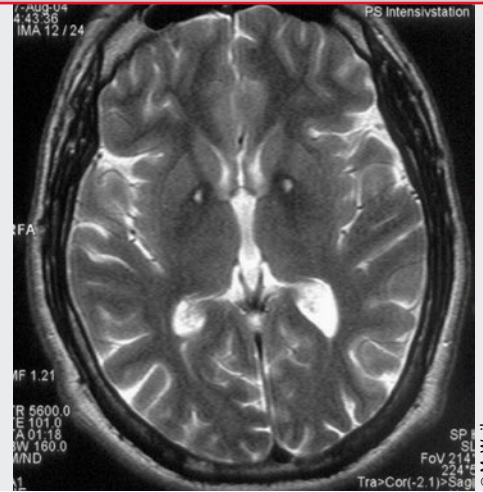
Hier steht eine Anzeige.



Abb. 1:
Extra-
pyramidale,
parkinso-
noide
Gang-
störung
bei dem
damals
13-jährigen
Patienten



Abb. 2:
„Eye of the
Tiger“-Phä-
nomen im
T2-MRT bei
„neurode-
generation
with brain
iron accu-
mulation“
(NBIA)



Im Rahmen des stationären Aufenthalts im 34. Lebensjahr wurde erneut eine zerebrale MRT-Aufnahme durchgeführt. Hier zeigte sich im Globus pallidus ein „Tigeraugen-Phänomen“ (Abb. 2). Aufgrund dieses spezifischen MRT-Befundes und des klinischen Bildes wurde die Diagnose einer NBIA (neurodegeneration with brain iron accumulation) gestellt. In der genetischen Diagnostik bestätigte sich die klinische Verdachtsdiagnose durch Nachweis einer Pantothenatkinase assoziierten Neurodegeneration (PKAN)-2-Mutation.

Der Patient versuchte danach ambulant, sich in einer ländlich psychiatrischen Institutsambulanz behandeln zu lassen. Vermutlich wegen der prädominant neurologischen Symptomatik und der fehlenden therapeutischen Aussichten erfolgten nur zwei kurze Kontakte. Sein Zustand verschlechterte sich weiter.

Etwa zwei Jahre später wurde er in einer Pflegeeinrichtung aufgenommen und war im Rollstuhl weitgehend selbstständig. Über das Krankheitsbild gut aufgeklärt und informiert engagierte er sich in der Selbsthilfegruppe „Hoffnungsbaum e. V.“, der deutschen Patientenorganisation für NBIA (www.hoffnungsbaum.de). Da sich die Pflegeeinrichtung in einer ländlichen Gegend befand, erfolgte in den nächsten Jahren keine konsequente fachärztliche Versorgung. Bei zunehmender Spastik und Pflegebedürftigkeit wurde er sieben Jahre nach dem stationären Aufenthalt in ein Bezirkskrankenhaus eingewiesen. Dort wurde im Wesentlichen ein komorbides obstruktives Schlafapnoesyndrom (OSAS) diagnostiziert, eine Therapie mit Lioresal und Physiotherapie begonnen. Es wurde eine Rehabilitation eingeleitet, über deren Verlauf nichts bekannt ist. Im Weiteren war der Patient komplett im-

mobil und konstant pflegebedürftig, aber weniger psychisch auffällig.

In seinem 42. Lebensjahr beging der Patient einen geplanten und erfolgreichen Suizid, indem er seine CPAP-Maske beziehungsweise das Beatmungssystem und Papiertaschentücher mit einem Gasfeuerzeug in Brand setzte. Er erlag der Rauchgasvergiftung und/oder seinen Verbrennungen.

Frage 2

Welche Aussage trifft zur NBIA/PKAN zu?

- Es liegt eine autosomal dominante Vererbung vor.
- Der vorliegende Fall ist relativ typisch.
- Das Tigeraugenphänomen entsteht durch Eisenablagerung.
- Eine kausale Therapie mit Orphan Drugs ist möglich.
- Morbus Hallervorden-Spatz ist ein Synonym.

Zu Antwort a: Diese Antwort ist falsch. Die meisten Formen von NBIA oder PKAN sind sporadisch oder autosomal rezessiv vererbt. Dies traf auch im vorliegenden Fall zu. Das PKAN-Gen befindet sich auf dem Chromosom 20p13. Die Pantothenatkinase reguliert die Biosynthese von Coenzym A.

Zu Antwort b: Diese Antwort ist richtig. Die klassische klinische Verlaufsform beginnt, wie auch im vorliegenden Fall, um das zehnte Lebensjahr mit einem juvenilen Parkinson-Syndrom. Patienten mit einem späteren Beginn haben auch oft einen eher langsamen Verlauf mit

- Dystonie,
- Dysarthrie,
- Rigidität,
- Gangstörung,
- unspezifischen Verhaltensauffälligkeiten
- aber üblicherweise auch einem Parkinson-Syndrom.

Pyramidenbahnzeichen wie im vorliegenden Fall sind fakultativ, es gibt auch Fälle mit Athetose, Retinitis, Retinadegeneration und Fußdeformitäten. Zur NBIA/PKAN werden im weiteren Sinn auch die infantile neuroaxonale Dystrophie (INAD; Seitelberger-Erkrankung) gezählt. In der Literatur wird von den NBIA als einer Gruppe von Erkrankungen gesprochen. PKAN-Mutation-positive Fälle machen circa 50 % der NBIA aus.

Zu Antwort c: Auch diese Antwort ist richtig. Diagnostisch wegweisend ist das „Tigeraugen-Phänomen“ im MRT, das durch pathologische Eisenablagerungen in den Basalganglien erklärt wird (Abb. 2).

Zu Antwort d: Eine kausale Therapie ist nicht bekannt.

Zu Antwort e: Der frühere Name „Morbus Hallervorden-Spatz“ ist in älteren Lehrbüchern noch weit verbreitet, sollte aber wegen unethischer Aktivitäten der Erstbeschreiber während der Euthanasie im Dritten Reich nicht mehr verwendet werden [1].

Literatur

- Harper PS. Naming of syndromes and unethical activities: The case of Hallervorden and Spatz. *Lancet* 1996;348:1224–25

AUTOR

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

Vorsitzender der Fortbildungsakademie,
Vorstand Förderverein
Allersberger Straße 89,
90461 Nürnberg

E-Mail: markus.weih@gmx.de



Hier steht eine Anzeige.



Hier steht eine Anzeige.



S1P-Rezeptoragonist Siponimod punktet bei SPMS

Der orale selektive Sphingosin-1-Phosphat-Rezeptoragonist Siponimod (Mayzent®) ist seit Beginn dieses Jahres bei aktiver sekundär progredienter Multiple Sklerose (SPMS) zugelassen. Aktuelle Erkenntnisse zu dieser neuen Therapieoption, basierend auf der placebokontrollierten Phase-III-Studie EXPAND [Kappos L et al. Lancet 2018;391:1263–73] bei SPMS-Patienten sowie deren offener Verlängerungsphase [Kappos L et al. Presented at AAN 2020, S 40.003], wurden jetzt beim virtuellen ACTRIMS/ECTRIMS-Kongress 2020 vorgestellt. Mithilfe eines virtuellen Placeboarms habe man nachweisen können, dass der Vorteil von Siponimod gegenüber Placebo auch längerfristig bestehen bleibt [Rouyrre N et al. MS Virtual 2020, P0013], berichtete der Neurologe Prof. Dr. Bruce Cree von der Universität San Francisco, Kalifornien/USA. In der auf bis zu sieben Jahre angelegten, offenen Verlängerungsstudie EXPAND-Extension erhielten alle Patienten auf Wunsch Siponimod. Zur Beurteilung des Erfolges sei bei Patienten mit Therapiewechsel aus der aktuellen Dauer bis zur bestätigten Krankheitsprogression nach sechs Monaten (6mCDP) eine hypothetische 6mCDP ohne Therapiewechsel berechnet worden, erläuterte Cree. Dieses in der Onkologie geläufige Modell (Rank Preserving Structural Failure Time, RPSFT) deute auf eine anhaltende 50- bis 60%ige Verlängerung der 6mCDP

unter Verum hin, argumentierte Cree. Diese Daten sollten seiner Meinung nach jedoch durch reale Praxisdaten validiert werden. Eine kognitive Beeinträchtigung ist bei allen MS-Formen möglich, findet sich mit 80 % bei Patienten mit SPMS jedoch besonders häufig. Daten der zweijährigen EXPAND-Studie zeigten sowohl bei aktiver als auch bei nicht aktiver SPMS einen signifikanten Vorteil von Siponimod gegenüber Placebo bezüglich der kognitiven Verarbeitungsgeschwindigkeit, so die Neurologin Prof. Dr. Iris-Katharina Penner, Universität Düsseldorf [Penner IK et al. MS Virtual 2020, P0806]. Davon profitieren insbesondere Patienten mit aktiver SPMS, wie sich mithilfe des SDMT-Score (Symbol Digit Modalities-Test) nachweisen ließ. Nach Abschluss der Studie war in dieser Gruppe eine klinisch relevante SDMT-Verschlechterung unter Verum signifikant seltener, zugleich verbesserten sich hierunter mehr Patienten um mindestens vier SDMT-Punkte als in der Gruppe mit nicht aktiver SPMS.

Die Vorteile von Siponimod in punkto Behinderung, Kognition und Schubrate bei aktiver SPMS blieben nach bisherigen EXPAND-Resultaten in der langfristigen Behandlung über bis zu fünf Jahre bestehen, betonte der Neurologe Prof. Dr. Gavin Giovannoni, Queen Mary Universität, London/England. Konkret fand sich eine etwa 70%ige Verzögerung der Zeit bis zur Ver-

schlechterung und bei Patienten unter kontinuierlicher Siponimod-Einnahme (in beiden Studienteilen) eine signifikante, etwa 40%ige Reduktion der jährlichen Schubrate (ARR), im Vergleich zu Patienten, die erst in der Extensionsphase auf Siponimod umgestellt wurden [Giovannoni G et al. MS Virtual 2020, P0238]. Das ebenfalls günstige langfristige Sicherheitsprofil der Substanz unterstütze nach Ansicht von Giovannoni einen frühzeitigen Therapiebeginn bei aktiver SPMS.

Auf den Nutzen des kostenlos verfügbaren MS ProDiscuss™-Fragebogens zur Beurteilung der MS-Progression bei der alltäglichen Arzt-Patienten-Interaktion wies Prof. Dr. Tjalf Ziemssen, Universität Dresden, hin. Ein Online-Survey bei 301 spezialisierten Ärzten und Krankenschwestern und fast 7.000 involvierten Patienten habe ergeben, dass dessen maximal vier Minuten erfordernde Anwendung sowohl den Umgang mit Symptomen als auch tägliche Aktivitäten erleichtere und die kognitive Funktion verbessere, so der Neurologe [Ziemssen T et al. MS Virtual 2020, P0885].

Dr. Andreas Häckel

Virtuelles Symposium „Dynamics of decision making in MS – are we taking the long view?“ anlässlich des MSVirtual 2020 ACTRIMS-ECTRIMS Kongresses 11.–13.9.2020; Veranstalter: Novartis

Breite Datenlage für Nusinersen auch für Erwachsene mit 5q-SMA

Es gibt zunehmend mehr Evidenz dafür, dass das Antisense-Oligonukleotid Nusinersen

SMA-Behandlungszentren

Nach gesicherter SMA-Diagnose sollte aufgrund der Komplexität der Erkrankung die Überweisung des Patienten an ein spezialisiertes Zentrum mit interdisziplinärer Betreuung erfolgen. Die Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke e. V. (DGM) stellt eine aktuelle Liste der SMA-Behandlungszentren zur Verfügung: <http://bit.ly/SMA-DGM>.

sen (Spinraza®) bei Erwachsenen mit 5q-assoziierter spinaler Muskelatrophie (5q-SMA) eine vergleichbare Effektivität aufweist, wie bei Säuglingen und Kindern. Diese Erkenntnisse deuten darauf hin, dass das Alter möglicherweise keinen Einfluss auf die therapeutische Wirksamkeit von Nusinersen bei 5q-SMA hat.

Die 5q-SMA ist eine genetisch bedingte Erkrankung der Motoneuronen und führt bei Kindern und Erwachsenen zu einer progredienten Muskelschwäche. „Allein schon den Status quo der Erkrankung zu erhalten ist für viele Patienten von großer Bedeutung“, betonte Prof. Dr. Maggie C. Walter, Friedrich-

Baur-Institut, Neurologische Klinik und Poliklinik am Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München. Dahinter stünden konkrete Wünsche nach alltäglichen, selbstständig durchgeführten Handlungen: Essen, Zähne putzen oder eine Tastatur bedienen seien nur einige Beispiele, die für viele Patienten zu einem selbstbestimmten Leben gehörten.

Mit Nusinersen wurden mittlerweile über 11.000 Patienten weltweit in der klinischen Praxis und im Rahmen von Härtefallprogrammen und klinischen Studien behandelt. Für Säuglinge und Kleinkinder mit 5q-SMA konnte durch die Ergebnisse der

Hier steht eine Anzeige.



Hier steht eine Anzeige.



S1P-Rezeptoragonist Siponimod punktet bei SPMS

Der orale selektive Sphingosin-1-Phosphat-Rezeptoragonist Siponimod (Mayzent®) ist seit Beginn dieses Jahres bei aktiver sekundär progredienter Multiple Sklerose (SPMS) zugelassen. Aktuelle Erkenntnisse zu dieser neuen Therapieoption, basierend auf der placebokontrollierten Phase-III-Studie EXPAND [Kappos L et al. Lancet 2018;391:1263–73] bei SPMS-Patienten sowie deren offener Verlängerungsphase [Kappos L et al. Presented at AAN 2020, S 40.003], wurden jetzt beim virtuellen ACTRIMS/ECTRIMS-Kongress 2020 vorgestellt. Mithilfe eines virtuellen Placeboarms habe man nachweisen können, dass der Vorteil von Siponimod gegenüber Placebo auch längerfristig bestehen bleibt [Rouyrre N et al. MS Virtual 2020, P0013], berichtete der Neurologe Prof. Dr. Bruce Cree von der Universität San Francisco, Kalifornien/USA. In der auf bis zu sieben Jahre angelegten, offenen Verlängerungsstudie EXPAND-Extension erhielten alle Patienten auf Wunsch Siponimod. Zur Beurteilung des Erfolges sei bei Patienten mit Therapiewechsel aus der aktuellen Dauer bis zur bestätigten Krankheitsprogression nach sechs Monaten (6mCDP) eine hypothetische 6mCDP ohne Therapiewechsel berechnet worden, erläuterte Cree. Dieses in der Onkologie geläufige Modell (Rank Preserving Structural Failure Time, RPSFT) deute auf eine anhaltende 50- bis 60%ige Verlängerung der 6mCDP

unter Verum hin, argumentierte Cree. Diese Daten sollten seiner Meinung nach jedoch durch reale Praxisdaten validiert werden. Eine kognitive Beeinträchtigung ist bei allen MS-Formen möglich, findet sich mit 80 % bei Patienten mit SPMS jedoch besonders häufig. Daten der zweijährigen EXPAND-Studie zeigten sowohl bei aktiver als auch bei nicht aktiver SPMS einen signifikanten Vorteil von Siponimod gegenüber Placebo bezüglich der kognitiven Verarbeitungsgeschwindigkeit, so die Neurologin Prof. Dr. Iris-Katharina Penner, Universität Düsseldorf [Penner IK et al. MS Virtual 2020, P0806]. Davon profitieren insbesondere Patienten mit aktiver SPMS, wie sich mithilfe des SDMT-Score (Symbol Digit Modalities-Test) nachweisen ließ. Nach Abschluss der Studie war in dieser Gruppe eine klinisch relevante SDMT-Verschlechterung unter Verum signifikant seltener, zugleich verbesserten sich hierunter mehr Patienten um mindestens vier SDMT-Punkte als in der Gruppe mit nicht aktiver SPMS.

Die Vorteile von Siponimod in punkto Behinderung, Kognition und Schubrate bei aktiver SPMS blieben nach bisherigen EXPAND-Resultaten in der langfristigen Behandlung über bis zu fünf Jahre bestehen, betonte der Neurologe Prof. Dr. Gavin Giovannoni, Queen Mary Universität, London/England. Konkret fand sich eine etwa 70%ige Verzögerung der Zeit bis zur Ver-

schlechterung und bei Patienten unter kontinuierlicher Siponimod-Einnahme (in beiden Studienteilen) eine signifikante, etwa 40%ige Reduktion der jährlichen Schubrate (ARR), im Vergleich zu Patienten, die erst in der Extensionsphase auf Siponimod umgestellt wurden [Giovannoni G et al. MS Virtual 2020, P0238]. Das ebenfalls günstige langfristige Sicherheitsprofil der Substanz unterstütze nach Ansicht von Giovannoni einen frühzeitigen Therapiebeginn bei aktiver SPMS.

Auf den Nutzen des kostenlos verfügbaren MS ProDiscuss™-Fragebogens zur Beurteilung der MS-Progression bei der alltäglichen Arzt-Patienten-Interaktion wies Prof. Dr. Tjalf Ziemssen, Universität Dresden, hin. Ein Online-Survey bei 301 spezialisierten Ärzten und Krankenschwestern und fast 7.000 involvierten Patienten habe ergeben, dass dessen maximal vier Minuten erfordernde Anwendung sowohl den Umgang mit Symptomen als auch tägliche Aktivitäten erleichtere und die kognitive Funktion verbessere, so der Neurologe [Ziemssen T et al. MS Virtual 2020, P0885].

Dr. Andreas Häckel

Virtuelles Symposium „Dynamics of decision making in MS – are we taking the long view?“ anlässlich des MSVirtual 2020 ACTRIMS-ECTRIMS Kongresses 11.–13.9.2020; Veranstalter: Novartis

Breite Datenlage für Nusinersen auch für Erwachsene mit 5q-SMA

Es gibt zunehmend mehr Evidenz dafür, dass das Antisense-Oligonukleotid Nusinersen

SMA-Behandlungszentren

Nach gesicherter SMA-Diagnose sollte aufgrund der Komplexität der Erkrankung die Überweisung des Patienten an ein spezialisiertes Zentrum mit interdisziplinärer Betreuung erfolgen. Die Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke e. V. (DGM) stellt eine aktuelle Liste der SMA-Behandlungszentren zur Verfügung: <http://bit.ly/SMA-DGM>.

bei Erwachsenen mit 5q-assoziierter spinaler Muskelatrophie (5q-SMA) eine vergleichbare Effektivität aufweist, wie bei Säuglingen und Kindern. Diese Erkenntnisse deuten darauf hin, dass das Alter möglicherweise keinen Einfluss auf die therapeutische Wirksamkeit von Nusinersen bei 5q-SMA hat.

Die 5q-SMA ist eine genetisch bedingte Erkrankung der Motoneuronen und führt bei Kindern und Erwachsenen zu einer progredienten Muskelschwäche. „Allein schon den Status quo der Erkrankung zu erhalten ist für viele Patienten von großer Bedeutung“, betonte Prof. Dr. Maggie C. Walter, Friedrich-

Baur-Institut, Neurologische Klinik und Poliklinik am Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München. Dahinter stünden konkrete Wünsche nach alltäglichen, selbstständig durchgeführten Handlungen: Essen, Zähne putzen oder eine Tastatur bedienen seien nur einige Beispiele, die für viele Patienten zu einem selbstbestimmten Leben gehörten.

Mit Nusinersen wurden mittlerweile über 11.000 Patienten weltweit in der klinischen Praxis und im Rahmen von Härtefallprogrammen und klinischen Studien behandelt. Für Säuglinge und Kleinkinder mit 5q-SMA konnte durch die Ergebnisse der

Zulassungsstudien bereits früh eine breite Datenbasis geschaffen werden.

Für Erwachsene mit 5q-SMA präsentierte Prof. Dr. Tim Hagenacker, Klinik für Neurologie am Universitätsklinikum Essen, die Daten einer deutschlandweiten, nicht interventionellen Beobachtungsstudie mit 124 Patienten aus zehn neuromuskulären Zentren [Hagenacker T et al. *Lancet Neurol* 2020;19:317–25]. Die Patienten erhielten Nusinersen über mindestens sechs Monate und bis zu 14 Monate. Wie Hagenacker berichtete, habe sich der Krankheitsverlauf bei einer Vielzahl der erwachsenen Patienten kontinuierlich stabilisiert oder verbessert. So steigerte sich der mittlere HFMSE (Hammersmith Functional Motor Scale Expanded)-Score um 3,12 Punkte ($p < 0,0001$). Auch die mittlere 6-Minuten-Geh-

strecke (+ 46,0 Meter) und der mittlere RULM (Revised Upper Limb Module)-Score (+ 1,09 Punkte) verbesserten sich signifikant (jeweils $p < 0,0001$). Diese aktuellen Daten unterstützten laut Hagenacker die Bedeutung eines frühen Therapiebeginns auch für Erwachsene, denn bei der später einsetzenden 5q-SMA scheine der Therapieerfolg vom motorischen Ausgangszustand abhängig zu sein.

Gudrun Girschbach

Online-Pressesgespräch „5q-assoziierte spinale Muskelatrophie – wie beeinflusst eine Therapie mit Nusinersen das Leben von Erwachsenen?“, 23.7.2020; Veranstalter: Biogen

Stress: Belastungsstörungen auf neuronaler Ebene lindern

➔ Das aus natürlichen Wirkstoffen in niedriger Dosierung bestehende Arzneimittel Neurexan® wurde in der NEURIM-Studie darauf geprüft, ob es durch Stress hervorgerufene emotionale Reaktionen des Gehirns beeinflussen kann. Autonome und neuroendokrine Stressreaktionen im Hypothalamus und in der Amygdala sind mit dem bildgebenden Verfahren der funktionellen Magnetresonanztomografie (fMRT) darstellbar.

Die aktuelle doppelblinde, placebokontrollierte NEURIM-Studie [Herrmann L et al., *Sci Rep* 10, 3802 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41598-020-60392-w>] im Crossover-Design habe gezeigt, dass das natürliche Arzneimittel Neurexan® auf neuronaler Ebene zu einer Stressreduktion führe, erläuterte Prof. Dr. Göran Hajak, Chefarzt an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bamberg. Die entspannende Wirkung des Arzneimittels bleibe auch unter emotionalen Stressbedingungen erhalten. Die Studie mit 40 gesunden männlichen Probanden habe die Hypothese bestätigt, dass das natürliche Arzneimittel die Aktivierung der Amygdala als Reaktion auf negative Reize reduzieren könne und eine durch Stress verursachte Hypervigilanz vermindere.

Die niedrig dosierten Bestandteile des Arzneimittels (Passiflora incarnata, Avena

sativa, Coffea arabica, Zincum isovalerianicum; „Natur mal vier“ = Nx4) würden im Vergleich zu Placebo die stressbedingt erhöhte Aktivität der linken Amygdala vermindern und damit die Reaktion des Gehirns in einer Region reduzieren, in der negative emotionale Reize verarbeitet werden, fasste Hajak zusammen. Dies sei ein direkter Protektionseffekt für die Regulation von Emotionen durch negative Einflüsse.

Langfristige Folgen einer stressbedingten Veränderung der Stressachsenfunktion (HPA-Achse) könnten erhöhte Blutzuckerspiegel, Gewichtszunahme, Schilddrüsenerkrankung, niedrige Testosteronwerte, Verdauungs- oder Herz-Kreislaufprobleme beziehungsweise Schwächung des Immunsystems sein, erläuterte Hajak. Erhöhte Cortisolspiegel trügen zum Beispiel zu einer chronischen Insomnie bei. Wie bereits früher habe gezeigt werden können, vermindere das Nx4-Arzneimittel den Spiegel des Stresshormons Cortisol bei akut Gestressten und trage damit zu einer Verbesserung des Schlafs bei [Doering BK et al., *Life Sciences* 2016, 146:139–46].

Dagmar Jäger-Becker

Virtuelle Pressekonferenz „NEURIM – Neueste Studienergebnisse und ihre Bedeutung“, 29.7.2020; Veranstalter: Heel

Pharmaforum

Fortgeschrittener Morbus Parkinson

Zur Kontrolle motorischer Fluktuationen beim fortgeschrittenen Morbus Parkinson werden als Ergänzung zu L-Dopa verschiedene Wirkstoffe eingesetzt. Trotz dieser Add-on-Therapien ist die Erkrankung jedoch langfristig oft nicht ausreichend kontrollierbar. Eine aktuelle Post-hoc-Analyse der O18-Studie zeigte nun, dass Patienten, die L-Dopa alleine oder in Kombination mit Add-on-Therapien erhalten, langfristig von der zusätzlichen Gabe von Safinamid durch eine signifikante Verbesserung der motorischen Symptome sowie einer signifikanten Reduktion der Off-Zeit profitieren [*J Parkinsons Dis* 2020;10(1):89–97]. **Red**

Nach Informationen von Zambon

Farmako erweitert Produktportfolio

Das Unternehmen Farmako bietet seit August 2020 auch pharmazeutisches CBD-Isolat an. Der pharmazeutische Großhändler vertreibt bereits seit Anfang 2019 medizinische Cannabisblüten. Im vierten Quartal 2020 soll das Portfolio um weitere Cannabisblüten und Cannabisvoll-extrakte erweitert werden. Vollextrakte böten im Vergleich zu Blüten eine verbesserte Dosierbarkeit sowie Reproduzierbarkeit und eine vereinfachte Handhabung für den Patienten, so das Unternehmen. Auch enthielten die Voll-extrakte neben THC und CBD noch Terpene sowie Flavonoide und kämen ohne Stabilisatoren oder Antioxidanzien aus. Ärzten bietet Farmako Unterstützung bei der Verordnung oder Beantragung auf kassenärztliche Erstattung an. **Red**

Nach Informationen von Farmako

Prodrug-Stimulanz bei adulter ADHS

In 50–60% der Fälle persistiert die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ins Erwachsenenalter. Die S3-Leitlinie empfiehlt die Pharmakotherapie nach der Psychoedukation als primäre Behandlungsoption bei Erwachsenen, als Erstlinientherapie werden dabei Stimulanzien genannt. Für die adulte ADHS ist seit 2019 das Prodrug-Stimulanz Lisdexamfetamin verfügbar. Durch das Prodrug-Prinzip flutet der Wirkstoff langsam an, wird kontinuierlich freigesetzt und erreicht eine Wirkdauer von 14 Stunden. **Red**

Nach Informationen von Takeda

Hier steht eine Anzeige.



Hier steht eine Anzeige.



S1P-Rezeptoragonist Siponimod punktet bei SPMS

Der orale selektive Sphingosin-1-Phosphat-Rezeptoragonist Siponimod (Mayzent®) ist seit Beginn dieses Jahres bei aktiver sekundär progredienter Multiple Sklerose (SPMS) zugelassen. Aktuelle Erkenntnisse zu dieser neuen Therapieoption, basierend auf der placebokontrollierten Phase-III-Studie EXPAND [Kappos L et al. Lancet 2018;391:1263–73] bei SPMS-Patienten sowie deren offener Verlängerungsphase [Kappos L et al. Presented at AAN 2020, S 40.003], wurden jetzt beim virtuellen ACTRIMS/ECTRIMS-Kongress 2020 vorgestellt. Mithilfe eines virtuellen Placeboarms habe man nachweisen können, dass der Vorteil von Siponimod gegenüber Placebo auch längerfristig bestehen bleibt [Rouyrre N et al. MS Virtual 2020, P0013], berichtete der Neurologe Prof. Dr. Bruce Cree von der Universität San Francisco, Kalifornien/USA. In der auf bis zu sieben Jahre angelegten, offenen Verlängerungsstudie EXPAND-Extension erhielten alle Patienten auf Wunsch Siponimod. Zur Beurteilung des Erfolges sei bei Patienten mit Therapiewechsel aus der aktuellen Dauer bis zur bestätigten Krankheitsprogression nach sechs Monaten (6mCDP) eine hypothetische 6mCDP ohne Therapiewechsel berechnet worden, erläuterte Cree. Dieses in der Onkologie geläufige Modell (Rank Preserving Structural Failure Time, RPSFT) deute auf eine anhaltende 50- bis 60%ige Verlängerung der 6mCDP

unter Verum hin, argumentierte Cree. Diese Daten sollten seiner Meinung nach jedoch durch reale Praxisdaten validiert werden. Eine kognitive Beeinträchtigung ist bei allen MS-Formen möglich, findet sich mit 80 % bei Patienten mit SPMS jedoch besonders häufig. Daten der zweijährigen EXPAND-Studie zeigten sowohl bei aktiver als auch bei nicht aktiver SPMS einen signifikanten Vorteil von Siponimod gegenüber Placebo bezüglich der kognitiven Verarbeitungsgeschwindigkeit, so die Neurologin Prof. Dr. Iris-Katharina Penner, Universität Düsseldorf [Penner IK et al. MS Virtual 2020, P0806]. Davon profitieren insbesondere Patienten mit aktiver SPMS, wie sich mithilfe des SDMT-Score (Symbol Digit Modalities-Test) nachweisen ließ. Nach Abschluss der Studie war in dieser Gruppe eine klinisch relevante SDMT-Verschlechterung unter Verum signifikant seltener, zugleich verbesserten sich hierunter mehr Patienten um mindestens vier SDMT-Punkte als in der Gruppe mit nicht aktiver SPMS.

Die Vorteile von Siponimod in punkto Behinderung, Kognition und Schubrate bei aktiver SPMS blieben nach bisherigen EXPAND-Resultaten in der langfristigen Behandlung über bis zu fünf Jahre bestehen, betonte der Neurologe Prof. Dr. Gavin Giovannoni, Queen Mary Universität, London/England. Konkret fand sich eine etwa 70%ige Verzögerung der Zeit bis zur Ver-

schlechterung und bei Patienten unter kontinuierlicher Siponimod-Einnahme (in beiden Studienteilen) eine signifikante, etwa 40%ige Reduktion der jährlichen Schubrate (ARR), im Vergleich zu Patienten, die erst in der Extensionsphase auf Siponimod umgestellt wurden [Giovannoni G et al. MS Virtual 2020, P0238]. Das ebenfalls günstige langfristige Sicherheitsprofil der Substanz unterstütze nach Ansicht von Giovannoni einen frühzeitigen Therapiebeginn bei aktiver SPMS.

Auf den Nutzen des kostenlos verfügbaren MS ProDiscuss™-Fragebogens zur Beurteilung der MS-Progression bei der alltäglichen Arzt-Patienten-Interaktion wies Prof. Dr. Tjalf Ziemssen, Universität Dresden, hin. Ein Online-Survey bei 301 spezialisierten Ärzten und Krankenschwestern und fast 7.000 involvierten Patienten habe ergeben, dass dessen maximal vier Minuten erfordernde Anwendung sowohl den Umgang mit Symptomen als auch tägliche Aktivitäten erleichtere und die kognitive Funktion verbessere, so der Neurologe [Ziemssen T et al. MS Virtual 2020, P0885].

Dr. Andreas Häckel

Virtuelles Symposium „Dynamics of decision making in MS – are we taking the long view?“ anlässlich des MSVirtual 2020 ACTRIMS-ECTRIMS Kongresses 11.–13.9.2020; Veranstalter: Novartis

Breite Datenlage für Nusinersen auch für Erwachsene mit 5q-SMA

Es gibt zunehmend mehr Evidenz dafür, dass das Antisense-Oligonukleotid Nusinersen

SMA-Behandlungszentren

Nach gesicherter SMA-Diagnose sollte aufgrund der Komplexität der Erkrankung die Überweisung des Patienten an ein spezialisiertes Zentrum mit interdisziplinärer Betreuung erfolgen. Die Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke e. V. (DGM) stellt eine aktuelle Liste der SMA-Behandlungszentren zur Verfügung: <http://bit.ly/SMA-DGM>.

bei Erwachsenen mit 5q-assoziierter spinaler Muskelatrophie (5q-SMA) eine vergleichbare Effektivität aufweist, wie bei Säuglingen und Kindern. Diese Erkenntnisse deuten darauf hin, dass das Alter möglicherweise keinen Einfluss auf die therapeutische Wirksamkeit von Nusinersen bei 5q-SMA hat.

Die 5q-SMA ist eine genetisch bedingte Erkrankung der Motoneuronen und führt bei Kindern und Erwachsenen zu einer progredienten Muskelschwäche. „Allein schon den Status quo der Erkrankung zu erhalten ist für viele Patienten von großer Bedeutung“, betonte Prof. Dr. Maggie C. Walter, Friedrich-

Baur-Institut, Neurologische Klinik und Poliklinik am Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München. Dahinter stünden konkrete Wünsche nach alltäglichen, selbstständig durchgeführten Handlungen: Essen, Zähne putzen oder eine Tastatur bedienen seien nur einige Beispiele, die für viele Patienten zu einem selbstbestimmten Leben gehörten.

Mit Nusinersen wurden mittlerweile über 11.000 Patienten weltweit in der klinischen Praxis und im Rahmen von Härtefallprogrammen und klinischen Studien behandelt. Für Säuglinge und Kleinkinder mit 5q-SMA konnte durch die Ergebnisse der

Zulassungsstudien bereits früh eine breite Datenbasis geschaffen werden.

Für Erwachsene mit 5q-SMA präsentierte Prof. Dr. Tim Hagenacker, Klinik für Neurologie am Universitätsklinikum Essen, die Daten einer deutschlandweiten, nicht interventionellen Beobachtungsstudie mit 124 Patienten aus zehn neuromuskulären Zentren [Hagenacker T et al. *Lancet Neurol* 2020;19:317–25]. Die Patienten erhielten Nusinersen über mindestens sechs Monate und bis zu 14 Monate. Wie Hagenacker berichtete, habe sich der Krankheitsverlauf bei einer Vielzahl der erwachsenen Patienten kontinuierlich stabilisiert oder verbessert. So steigerte sich der mittlere HFMSE (Hammersmith Functional Motor Scale Expanded)-Score um 3,12 Punkte ($p < 0,0001$). Auch die mittlere 6-Minuten-Geh-

strecke (+ 46,0 Meter) und der mittlere RULM (Revised Upper Limb Module)-Score (+ 1,09 Punkte) verbesserten sich signifikant (jeweils $p < 0,0001$). Diese aktuellen Daten unterstützten laut Hagenacker die Bedeutung eines frühen Therapiebeginns auch für Erwachsene, denn bei der später einsetzenden 5q-SMA scheine der Therapieerfolg vom motorischen Ausgangszustand abhängig zu sein.

Gudrun Girschbach

Online-Pressesgespräch „5q-assoziierte spinale Muskelatrophie – wie beeinflusst eine Therapie mit Nusinersen das Leben von Erwachsenen?“, 23.7.2020; Veranstalter: Biogen

Stress: Belastungsstörungen auf neuronaler Ebene lindern

➔ Das aus natürlichen Wirkstoffen in niedriger Dosierung bestehende Arzneimittel Neurexan® wurde in der NEURIM-Studie darauf geprüft, ob es durch Stress hervorgerufene emotionale Reaktionen des Gehirns beeinflussen kann. Autonome und neuroendokrine Stressreaktionen im Hypothalamus und in der Amygdala sind mit dem bildgebenden Verfahren der funktionellen Magnetresonanztomografie (fMRT) darstellbar.

Die aktuelle doppelblinde, placebokontrollierte NEURIM-Studie [Herrmann L et al., *Sci Rep* 10, 3802 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41598-020-60392-w>] im Crossover-Design habe gezeigt, dass das natürliche Arzneimittel Neurexan® auf neuronaler Ebene zu einer Stressreduktion führe, erläuterte Prof. Dr. Göran Hajak, Chefarzt an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bamberg. Die entspannende Wirkung des Arzneimittels bleibe auch unter emotionalen Stressbedingungen erhalten. Die Studie mit 40 gesunden männlichen Probanden habe die Hypothese bestätigt, dass das natürliche Arzneimittel die Aktivierung der Amygdala als Reaktion auf negative Reize reduzieren könne und eine durch Stress verursachte Hypervigilanz vermindere.

Die niedrig dosierten Bestandteile des Arzneimittels (Passiflora incarnata, Avena

sativa, Coffea arabica, Zincum isovalerianicum; „Natur mal vier“ = Nx4) würden im Vergleich zu Placebo die stressbedingt erhöhte Aktivität der linken Amygdala vermindern und damit die Reaktion des Gehirns in einer Region reduzieren, in der negative emotionale Reize verarbeitet werden, fasste Hajak zusammen. Dies sei ein direkter Protektionseffekt für die Regulation von Emotionen durch negative Einflüsse.

Langfristige Folgen einer stressbedingten Veränderung der Stressachsenfunktion (HPA-Achse) könnten erhöhte Blutzuckerspiegel, Gewichtszunahme, Schilddrüsenerkrankung, niedrige Testosteronwerte, Verdauungs- oder Herz-Kreislaufprobleme beziehungsweise Schwächung des Immunsystems sein, erläuterte Hajak. Erhöhte Cortisolspiegel trügen zum Beispiel zu einer chronischen Insomnie bei. Wie bereits früher habe gezeigt werden können, vermindere das Nx4-Arzneimittel den Spiegel des Stresshormons Cortisol bei akut Gestressten und trage damit zu einer Verbesserung des Schlafs bei [Doering BK et al., *Life Sciences* 2016, 146:139–46].

Dagmar Jäger-Becker

Virtuelle Pressekonferenz „NEURIM – Neueste Studienergebnisse und ihre Bedeutung“, 29.7.2020; Veranstalter: Heel

Pharmaforum

Fortgeschrittener Morbus Parkinson

Zur Kontrolle motorischer Fluktuationen beim fortgeschrittenen Morbus Parkinson werden als Ergänzung zu L-Dopa verschiedene Wirkstoffe eingesetzt. Trotz dieser Add-on-Therapien ist die Erkrankung jedoch langfristig oft nicht ausreichend kontrollierbar. Eine aktuelle Post-hoc-Analyse der O18-Studie zeigte nun, dass Patienten, die L-Dopa alleine oder in Kombination mit Add-on-Therapien erhalten, langfristig von der zusätzlichen Gabe von Safinamid durch eine signifikante Verbesserung der motorischen Symptome sowie einer signifikanten Reduktion der Off-Zeit profitieren [*J Parkinsons Dis* 2020;10(1):89–97]. **Red**

Nach Informationen von Zambon

Farmako erweitert Produktportfolio

Das Unternehmen Farmako bietet seit August 2020 auch pharmazeutisches CBD-Isolat an. Der pharmazeutische Großhändler vertreibt bereits seit Anfang 2019 medizinische Cannabisblüten. Im vierten Quartal 2020 soll das Portfolio um weitere Cannabisblüten und Cannabisvoll-extrakte erweitert werden. Vollextrakte böten im Vergleich zu Blüten eine verbesserte Dosierbarkeit sowie Reproduzierbarkeit und eine vereinfachte Handhabung für den Patienten, so das Unternehmen. Auch enthielten die Voll-extrakte neben THC und CBD noch Terpene sowie Flavonoide und kämen ohne Stabilisatoren oder Antioxidanzien aus. Ärzten bietet Farmako Unterstützung bei der Verordnung oder Beantragung auf kassenärztliche Erstattung an. **Red**

Nach Informationen von Farmako

Prodrug-Stimulanz bei adulter ADHS

In 50–60% der Fälle persistiert die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ins Erwachsenenalter. Die S3-Leitlinie empfiehlt die Pharmakotherapie nach der Psychoedukation als primäre Behandlungsoption bei Erwachsenen, als Erstlinientherapie werden dabei Stimulanzien genannt. Für die adulte ADHS ist seit 2019 das Prodrug-Stimulanz Lisdexamfetamin verfügbar. Durch das Prodrug-Prinzip flutet der Wirkstoff langsam an, wird kontinuierlich freigesetzt und erreicht eine Wirkdauer von 14 Stunden. **Red**

Nach Informationen von Takeda

Zulassungsstudien bereits früh eine breite Datenbasis geschaffen werden.

Für Erwachsene mit 5q-SMA präsentierte Prof. Dr. Tim Hagenacker, Klinik für Neurologie am Universitätsklinikum Essen, die Daten einer deutschlandweiten, nicht interventionellen Beobachtungsstudie mit 124 Patienten aus zehn neuromuskulären Zentren [Hagenacker T et al. *Lancet Neurol* 2020;19:317–25]. Die Patienten erhielten Nusinersen über mindestens sechs Monate und bis zu 14 Monate. Wie Hagenacker berichtete, habe sich der Krankheitsverlauf bei einer Vielzahl der erwachsenen Patienten kontinuierlich stabilisiert oder verbessert. So steigerte sich der mittlere HFMSE (Hammersmith Functional Motor Scale Expanded)-Score um 3,12 Punkte ($p < 0,0001$). Auch die mittlere 6-Minuten-Geh-

strecke (+ 46,0 Meter) und der mittlere RULM (Revised Upper Limb Module)-Score (+ 1,09 Punkte) verbesserten sich signifikant (jeweils $p < 0,0001$). Diese aktuellen Daten unterstützten laut Hagenacker die Bedeutung eines frühen Therapiebeginns auch für Erwachsene, denn bei der später einsetzenden 5q-SMA scheine der Therapieerfolg vom motorischen Ausgangszustand abhängig zu sein.

Gudrun Girschbach

Online-Pressesgespräch „5q-assoziierte spinale Muskelatrophie – wie beeinflusst eine Therapie mit Nusinersen das Leben von Erwachsenen?“, 23.7.2020; Veranstalter: Biogen

Stress: Belastungsstörungen auf neuronaler Ebene lindern

➔ Das aus natürlichen Wirkstoffen in niedriger Dosierung bestehende Arzneimittel Neurexan® wurde in der NEURIM-Studie darauf geprüft, ob es durch Stress hervorgerufene emotionale Reaktionen des Gehirns beeinflussen kann. Autonome und neuroendokrine Stressreaktionen im Hypothalamus und in der Amygdala sind mit dem bildgebenden Verfahren der funktionellen Magnetresonanztomografie (fMRT) darstellbar.

Die aktuelle doppelblinde, placebokontrollierte NEURIM-Studie [Herrmann L et al., *Sci Rep* 10, 3802 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41598-020-60392-w>] im Crossover-Design habe gezeigt, dass das natürliche Arzneimittel Neurexan® auf neuronaler Ebene zu einer Stressreduktion führe, erläuterte Prof. Dr. Göran Hajak, Chefarzt an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bamberg. Die entspannende Wirkung des Arzneimittels bleibe auch unter emotionalen Stressbedingungen erhalten. Die Studie mit 40 gesunden männlichen Probanden habe die Hypothese bestätigt, dass das natürliche Arzneimittel die Aktivierung der Amygdala als Reaktion auf negative Reize reduzieren könne und eine durch Stress verursachte Hypervigilanz vermindere.

Die niedrig dosierten Bestandteile des Arzneimittels (Passiflora incarnata, Avena

sativa, Coffea arabica, Zincum isovalerianicum; „Natur mal vier“ = Nx4) würden im Vergleich zu Placebo die stressbedingt erhöhte Aktivität der linken Amygdala vermindern und damit die Reaktion des Gehirns in einer Region reduzieren, in der negative emotionale Reize verarbeitet werden, fasste Hajak zusammen. Dies sei ein direkter Protektionseffekt für die Regulation von Emotionen durch negative Einflüsse.

Langfristige Folgen einer stressbedingten Veränderung der Stressachsenfunktion (HPA-Achse) könnten erhöhte Blutzuckerspiegel, Gewichtszunahme, Schilddrüsenerkrankung, niedrige Testosteronwerte, Verdauungs- oder Herz-Kreislaufprobleme beziehungsweise Schwächung des Immunsystems sein, erläuterte Hajak. Erhöhte Cortisolspiegel trügen zum Beispiel zu einer chronischen Insomnie bei. Wie bereits früher habe gezeigt werden können, vermindere das Nx4-Arzneimittel den Spiegel des Stresshormons Cortisol bei akut Gestressten und trage damit zu einer Verbesserung des Schlafs bei [Doering BK et al., *Life Sciences* 2016, 146:139–46].

Dagmar Jäger-Becker

Virtuelle Pressekonferenz „NEURIM – Neueste Studienergebnisse und ihre Bedeutung“, 29.7.2020; Veranstalter: Heel

Pharmaforum

Fortgeschrittener Morbus Parkinson

Zur Kontrolle motorischer Fluktuationen beim fortgeschrittenen Morbus Parkinson werden als Ergänzung zu L-Dopa verschiedene Wirkstoffe eingesetzt. Trotz dieser Add-on-Therapien ist die Erkrankung jedoch langfristig oft nicht ausreichend kontrollierbar. Eine aktuelle Post-hoc-Analyse der O18-Studie zeigte nun, dass Patienten, die L-Dopa alleine oder in Kombination mit Add-on-Therapien erhalten, langfristig von der zusätzlichen Gabe von Safinamid durch eine signifikante Verbesserung der motorischen Symptome sowie einer signifikanten Reduktion der Off-Zeit profitieren [*J Parkinsons Dis* 2020;10(1):89–97]. **Red**

Nach Informationen von Zambon

Farmako erweitert Produktportfolio

Das Unternehmen Farmako bietet seit August 2020 auch pharmazeutisches CBD-Isolat an. Der pharmazeutische Großhändler vertreibt bereits seit Anfang 2019 medizinische Cannabisblüten. Im vierten Quartal 2020 soll das Portfolio um weitere Cannabisblüten und Cannabisvoll-extrakte erweitert werden. Vollextrakte böten im Vergleich zu Blüten eine verbesserte Dosierbarkeit sowie Reproduzierbarkeit und eine vereinfachte Handhabung für den Patienten, so das Unternehmen. Auch enthielten die Voll-extrakte neben THC und CBD noch Terpene sowie Flavonoide und kämen ohne Stabilisatoren oder Antioxidanzien aus. Ärzten bietet Farmako Unterstützung bei der Verordnung oder Beantragung auf kassenärztliche Erstattung an. **Red**

Nach Informationen von Farmako

Prodrug-Stimulanz bei adulter ADHS

In 50–60% der Fälle persistiert die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ins Erwachsenenalter. Die S3-Leitlinie empfiehlt die Pharmakotherapie nach der Psychoedukation als primäre Behandlungsoption bei Erwachsenen, als Erstlinientherapie werden dabei Stimulanzien genannt. Für die adulte ADHS ist seit 2019 das Prodrug-Stimulanz Lisdexamfetamin verfügbar. Durch das Prodrug-Prinzip flutet der Wirkstoff langsam an, wird kontinuierlich freigesetzt und erreicht eine Wirkdauer von 14 Stunden. **Red**

Nach Informationen von Takeda

Zulassungsstudien bereits früh eine breite Datenbasis geschaffen werden.

Für Erwachsene mit 5q-SMA präsentierte Prof. Dr. Tim Hagenacker, Klinik für Neurologie am Universitätsklinikum Essen, die Daten einer deutschlandweiten, nicht interventionellen Beobachtungsstudie mit 124 Patienten aus zehn neuromuskulären Zentren [Hagenacker T et al. *Lancet Neurol* 2020;19:317–25]. Die Patienten erhielten Nusinersen über mindestens sechs Monate und bis zu 14 Monate. Wie Hagenacker berichtete, habe sich der Krankheitsverlauf bei einer Vielzahl der erwachsenen Patienten kontinuierlich stabilisiert oder verbessert. So steigerte sich der mittlere HFMSE (Hammersmith Functional Motor Scale Expanded)-Score um 3,12 Punkte ($p < 0,0001$). Auch die mittlere 6-Minuten-Geh-

strecke (+ 46,0 Meter) und der mittlere RULM (Revised Upper Limb Module)-Score (+ 1,09 Punkte) verbesserten sich signifikant (jeweils $p < 0,0001$). Diese aktuellen Daten unterstützten laut Hagenacker die Bedeutung eines frühen Therapiebeginns auch für Erwachsene, denn bei der später einsetzenden 5q-SMA scheine der Therapieerfolg vom motorischen Ausgangszustand abhängig zu sein.

Gudrun Girrbach

Online-Pressesgespräch „5q-assoziierte spinale Muskelatrophie – wie beeinflusst eine Therapie mit Nusinersen das Leben von Erwachsenen?“, 23.7.2020; Veranstalter: Biogen

Stress: Belastungsstörungen auf neuronaler Ebene lindern

➔ Das aus natürlichen Wirkstoffen in niedriger Dosierung bestehende Arzneimittel Neurexan® wurde in der NEURIM-Studie darauf geprüft, ob es durch Stress hervorgerufene emotionale Reaktionen des Gehirns beeinflussen kann. Autonome und neuroendokrine Stressreaktionen im Hypothalamus und in der Amygdala sind mit dem bildgebenden Verfahren der funktionellen Magnetresonanztomografie (fMRT) darstellbar.

Die aktuelle doppelblinde, placebokontrollierte NEURIM-Studie [Herrmann L et al., *Sci Rep* 10, 3802 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41598-020-60392-w>] im Crossover-Design habe gezeigt, dass das natürliche Arzneimittel Neurexan® auf neuronaler Ebene zu einer Stressreduktion führe, erläuterte Prof. Dr. Göran Hajak, Chefarzt an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bamberg. Die entspannende Wirkung des Arzneimittels bleibe auch unter emotionalen Stressbedingungen erhalten. Die Studie mit 40 gesunden männlichen Probanden habe die Hypothese bestätigt, dass das natürliche Arzneimittel die Aktivierung der Amygdala als Reaktion auf negative Reize reduzieren könne und eine durch Stress verursachte Hypervigilanz vermindere.

Die niedrig dosierten Bestandteile des Arzneimittels (Passiflora incarnata, Avena

sativa, Coffea arabica, Zincum isovalerianicum; „Natur mal vier“ = Nx4) würden im Vergleich zu Placebo die stressbedingt erhöhte Aktivität der linken Amygdala vermindern und damit die Reaktion des Gehirns in einer Region reduzieren, in der negative emotionale Reize verarbeitet werden, fasste Hajak zusammen. Dies sei ein direkter Protektionseffekt für die Regulation von Emotionen durch negative Einflüsse.

Langfristige Folgen einer stressbedingten Veränderung der Stressachsenfunktion (HPA-Achse) könnten erhöhte Blutzuckerspiegel, Gewichtszunahme, Schilddrüsenerkrankung, niedrige Testosteronwerte, Verdauungs- oder Herz-Kreislaufprobleme beziehungsweise Schwächung des Immunsystems sein, erläuterte Hajak. Erhöhte Cortisolspiegel trügen zum Beispiel zu einer chronischen Insomnie bei. Wie bereits früher habe gezeigt werden können, vermindere das Nx4-Arzneimittel den Spiegel des Stresshormons Cortisol bei akut Gestressten und trage damit zu einer Verbesserung des Schlafs bei [Doering BK et al., *Life Sciences* 2016, 146:139–46].

Dagmar Jäger-Becker

Virtuelle Pressekonferenz „NEURIM – Neueste Studienergebnisse und ihre Bedeutung“, 29.7.2020; Veranstalter: Heel

Pharmaforum

Fortgeschrittener Morbus Parkinson

Zur Kontrolle motorischer Fluktuationen beim fortgeschrittenen Morbus Parkinson werden als Ergänzung zu L-Dopa verschiedene Wirkstoffe eingesetzt. Trotz dieser Add-on-Therapien ist die Erkrankung jedoch langfristig oft nicht ausreichend kontrollierbar. Eine aktuelle Post-hoc-Analyse der O18-Studie zeigte nun, dass Patienten, die L-Dopa alleine oder in Kombination mit Add-on-Therapien erhalten, langfristig von der zusätzlichen Gabe von Safinamid durch eine signifikante Verbesserung der motorischen Symptome sowie einer signifikanten Reduktion der Off-Zeit profitieren [J Parkinsons Dis 2020;10(1):89–97]. **Red**

Nach Informationen von Zambon

Farmako erweitert Produktportfolio

Das Unternehmen Farmako bietet seit August 2020 auch pharmazeutisches CBD-Isolat an. Der pharmazeutische Großhändler vertreibt bereits seit Anfang 2019 medizinische Cannabisblüten. Im vierten Quartal 2020 soll das Portfolio um weitere Cannabisblüten und Cannabisvoll-extrakte erweitert werden. Vollextrakte böten im Vergleich zu Blüten eine verbesserte Dosierbarkeit sowie Reproduzierbarkeit und eine vereinfachte Handhabung für den Patienten, so das Unternehmen. Auch enthielten die Voll-extrakte neben THC und CBD noch Terpene sowie Flavonoide und kämen ohne Stabilisatoren oder Antioxidanzien aus. Ärzten bietet Farmako Unterstützung bei der Verordnung oder Beantragung auf kassenärztliche Erstattung an. **Red**

Nach Informationen von Farmako

Prodrug-Stimulanz bei adulter ADHS

In 50–60% der Fälle persistiert die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ins Erwachsenenalter. Die S3-Leitlinie empfiehlt die Pharmakotherapie nach der Psychoedukation als primäre Behandlungsoption bei Erwachsenen, als Erstlinientherapie werden dabei Stimulanzien genannt. Für die adulte ADHS ist seit 2019 das Prodrug-Stimulanz Lisdexamfetamin verfügbar. Durch das Prodrug-Prinzip flutet der Wirkstoff langsam an, wird kontinuierlich freigesetzt und erreicht eine Wirkdauer von 14 Stunden. **Red**

Nach Informationen von Takeda

Zulassungsstudien bereits früh eine breite Datenbasis geschaffen werden.

Für Erwachsene mit 5q-SMA präsentierte Prof. Dr. Tim Hagenacker, Klinik für Neurologie am Universitätsklinikum Essen, die Daten einer deutschlandweiten, nicht interventionellen Beobachtungsstudie mit 124 Patienten aus zehn neuromuskulären Zentren [Hagenacker T et al. *Lancet Neurol* 2020;19:317–25]. Die Patienten erhielten Nusinersen über mindestens sechs Monate und bis zu 14 Monate. Wie Hagenacker berichtete, habe sich der Krankheitsverlauf bei einer Vielzahl der erwachsenen Patienten kontinuierlich stabilisiert oder verbessert. So steigerte sich der mittlere HFMSE (Hammersmith Functional Motor Scale Expanded)-Score um 3,12 Punkte ($p < 0,0001$). Auch die mittlere 6-Minuten-Geh-

strecke (+ 46,0 Meter) und der mittlere RULM (Revised Upper Limb Module)-Score (+ 1,09 Punkte) verbesserten sich signifikant (jeweils $p < 0,0001$). Diese aktuellen Daten unterstützten laut Hagenacker die Bedeutung eines frühen Therapiebeginns auch für Erwachsene, denn bei der später einsetzenden 5q-SMA scheine der Therapieerfolg vom motorischen Ausgangszustand abhängig zu sein.

Gudrun Girrbach

Online-Pressesgespräch „5q-assoziierte spinale Muskelatrophie – wie beeinflusst eine Therapie mit Nusinersen das Leben von Erwachsenen?“, 23.7.2020; Veranstalter: Biogen

Stress: Belastungsstörungen auf neuronaler Ebene lindern

➔ Das aus natürlichen Wirkstoffen in niedriger Dosierung bestehende Arzneimittel Neurexan® wurde in der NEURIM-Studie darauf geprüft, ob es durch Stress hervorgerufene emotionale Reaktionen des Gehirns beeinflussen kann. Autonome und neuroendokrine Stressreaktionen im Hypothalamus und in der Amygdala sind mit dem bildgebenden Verfahren der funktionellen Magnetresonanztomografie (fMRT) darstellbar.

Die aktuelle doppelblinde, placebokontrollierte NEURIM-Studie [Herrmann L et al., *Sci Rep* 10, 3802 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41598-020-60392-w>] im Crossover-Design habe gezeigt, dass das natürliche Arzneimittel Neurexan® auf neuronaler Ebene zu einer Stressreduktion führe, erläuterte Prof. Dr. Göran Hajak, Chefarzt an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bamberg. Die entspannende Wirkung des Arzneimittels bleibe auch unter emotionalen Stressbedingungen erhalten. Die Studie mit 40 gesunden männlichen Probanden habe die Hypothese bestätigt, dass das natürliche Arzneimittel die Aktivierung der Amygdala als Reaktion auf negative Reize reduzieren könne und eine durch Stress verursachte Hypervigilanz vermindere.

Die niedrig dosierten Bestandteile des Arzneimittels (Passiflora incarnata, Avena

sativa, Coffea arabica, Zincum isovalerianicum; „Natur mal vier“ = Nx4) würden im Vergleich zu Placebo die stressbedingt erhöhte Aktivität der linken Amygdala vermindern und damit die Reaktion des Gehirns in einer Region reduzieren, in der negative emotionale Reize verarbeitet werden, fasste Hajak zusammen. Dies sei ein direkter Protektionseffekt für die Regulation von Emotionen durch negative Einflüsse.

Langfristige Folgen einer stressbedingten Veränderung der Stressachsenfunktion (HPA-Achse) könnten erhöhte Blutzuckerspiegel, Gewichtszunahme, Schilddrüsenerkrankung, niedrige Testosteronwerte, Verdauungs- oder Herz-Kreislaufprobleme beziehungsweise Schwächung des Immunsystems sein, erläuterte Hajak. Erhöhte Cortisolspiegel trügen zum Beispiel zu einer chronischen Insomnie bei. Wie bereits früher habe gezeigt werden können, vermindere das Nx4-Arzneimittel den Spiegel des Stresshormons Cortisol bei akut Gestressten und trage damit zu einer Verbesserung des Schlafs bei [Doering BK et al., *Life Sciences* 2016, 146:139–46].

Dagmar Jäger-Becker

Virtuelle Pressekonferenz „NEURIM – Neueste Studienergebnisse und ihre Bedeutung“, 29.7.2020; Veranstalter: Heel

Pharmaforum

Fortgeschrittener Morbus Parkinson

Zur Kontrolle motorischer Fluktuationen beim fortgeschrittenen Morbus Parkinson werden als Ergänzung zu L-Dopa verschiedene Wirkstoffe eingesetzt. Trotz dieser Add-on-Therapien ist die Erkrankung jedoch langfristig oft nicht ausreichend kontrollierbar. Eine aktuelle Post-hoc-Analyse der O18-Studie zeigte nun, dass Patienten, die L-Dopa alleine oder in Kombination mit Add-on-Therapien erhalten, langfristig von der zusätzlichen Gabe von Safinamid durch eine signifikante Verbesserung der motorischen Symptome sowie einer signifikanten Reduktion der Off-Zeit profitieren [*J Parkinsons Dis* 2020;10(1):89–97]. **Red**

Nach Informationen von Zambon

Farmako erweitert Produktportfolio

Das Unternehmen Farmako bietet seit August 2020 auch pharmazeutisches CBD-Isolat an. Der pharmazeutische Großhändler vertreibt bereits seit Anfang 2019 medizinische Cannabisblüten. Im vierten Quartal 2020 soll das Portfolio um weitere Cannabisblüten und Cannabisvoll-extrakte erweitert werden. Vollextrakte böten im Vergleich zu Blüten eine verbesserte Dosierbarkeit sowie Reproduzierbarkeit und eine vereinfachte Handhabung für den Patienten, so das Unternehmen. Auch enthielten die Voll-extrakte neben THC und CBD noch Terpene sowie Flavonoide und kämen ohne Stabilisatoren oder Antioxidanzien aus. Ärzten bietet Farmako Unterstützung bei der Verordnung oder Beantragung auf kassenärztliche Erstattung an. **Red**

Nach Informationen von Farmako

Prodrug-Stimulanz bei adulter ADHS

In 50–60% der Fälle persistiert die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ins Erwachsenenalter. Die S3-Leitlinie empfiehlt die Pharmakotherapie nach der Psychoedukation als primäre Behandlungsoption bei Erwachsenen, als Erstlinientherapie werden dabei Stimulanzien genannt. Für die adulte ADHS ist seit 2019 das Prodrug-Stimulanz Lisdexamfetamin verfügbar. Durch das Prodrug-Prinzip flutet der Wirkstoff langsam an, wird kontinuierlich freigesetzt und erreicht eine Wirkdauer von 14 Stunden. **Red**

Nach Informationen von Takeda

Zulassungsstudien bereits früh eine breite Datenbasis geschaffen werden.

Für Erwachsene mit 5q-SMA präsentierte Prof. Dr. Tim Hagenacker, Klinik für Neurologie am Universitätsklinikum Essen, die Daten einer deutschlandweiten, nicht interventionellen Beobachtungsstudie mit 124 Patienten aus zehn neuromuskulären Zentren [Hagenacker T et al. *Lancet Neurol* 2020;19:317–25]. Die Patienten erhielten Nusinersen über mindestens sechs Monate und bis zu 14 Monate. Wie Hagenacker berichtete, habe sich der Krankheitsverlauf bei einer Vielzahl der erwachsenen Patienten kontinuierlich stabilisiert oder verbessert. So steigerte sich der mittlere HFMSE (Hammersmith Functional Motor Scale Expanded)-Score um 3,12 Punkte ($p < 0,0001$). Auch die mittlere 6-Minuten-Geh-

strecke (+ 46,0 Meter) und der mittlere RULM (Revised Upper Limb Module)-Score (+ 1,09 Punkte) verbesserten sich signifikant (jeweils $p < 0,0001$). Diese aktuellen Daten unterstützten laut Hagenacker die Bedeutung eines frühen Therapiebeginns auch für Erwachsene, denn bei der später einsetzenden 5q-SMA scheine der Therapieerfolg vom motorischen Ausgangszustand abhängig zu sein.

Gudrun Girschbach

Online-Pressesgespräch „5q-assoziierte spinale Muskelatrophie – wie beeinflusst eine Therapie mit Nusinersen das Leben von Erwachsenen?“, 23.7.2020; Veranstalter: Biogen

Stress: Belastungsstörungen auf neuronaler Ebene lindern

➔ Das aus natürlichen Wirkstoffen in niedriger Dosierung bestehende Arzneimittel Neurexan® wurde in der NEURIM-Studie darauf geprüft, ob es durch Stress hervorgerufene emotionale Reaktionen des Gehirns beeinflussen kann. Autonome und neuroendokrine Stressreaktionen im Hypothalamus und in der Amygdala sind mit dem bildgebenden Verfahren der funktionellen Magnetresonanztomografie (fMRT) darstellbar.

Die aktuelle doppelblinde, placebokontrollierte NEURIM-Studie [Herrmann L et al., *Sci Rep* 10, 3802 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41598-020-60392-w>] im Crossover-Design habe gezeigt, dass das natürliche Arzneimittel Neurexan® auf neuronaler Ebene zu einer Stressreduktion führe, erläuterte Prof. Dr. Göran Hajak, Chefarzt an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bamberg. Die entspannende Wirkung des Arzneimittels bleibe auch unter emotionalen Stressbedingungen erhalten. Die Studie mit 40 gesunden männlichen Probanden habe die Hypothese bestätigt, dass das natürliche Arzneimittel die Aktivierung der Amygdala als Reaktion auf negative Reize reduzieren könne und eine durch Stress verursachte Hypervigilanz vermindere.

Die niedrig dosierten Bestandteile des Arzneimittels (Passiflora incarnata, Avena

sativa, Coffea arabica, Zincum isovalerianicum; „Natur mal vier“ = Nx4) würden im Vergleich zu Placebo die stressbedingt erhöhte Aktivität der linken Amygdala vermindern und damit die Reaktion des Gehirns in einer Region reduzieren, in der negative emotionale Reize verarbeitet werden, fasste Hajak zusammen. Dies sei ein direkter Protektionseffekt für die Regulation von Emotionen durch negative Einflüsse.

Langfristige Folgen einer stressbedingten Veränderung der Stressachsenfunktion (HPA-Achse) könnten erhöhte Blutzuckerspiegel, Gewichtszunahme, Schilddrüsenerkrankung, niedrige Testosteronwerte, Verdauungs- oder Herz-Kreislaufprobleme beziehungsweise Schwächung des Immunsystems sein, erläuterte Hajak. Erhöhte Cortisolspiegel trügen zum Beispiel zu einer chronischen Insomnie bei. Wie bereits früher habe gezeigt werden können, vermindere das Nx4-Arzneimittel den Spiegel des Stresshormons Cortisol bei akut Gestressten und trage damit zu einer Verbesserung des Schlafs bei [Doering BK et al., *Life Sciences* 2016, 146:139–46].

Dagmar Jäger-Becker

Virtuelle Pressekonferenz „NEURIM – Neueste Studienergebnisse und ihre Bedeutung“, 29.7.2020; Veranstalter: Heel

Pharmaforum

Fortgeschrittener Morbus Parkinson

Zur Kontrolle motorischer Fluktuationen beim fortgeschrittenen Morbus Parkinson werden als Ergänzung zu L-Dopa verschiedene Wirkstoffe eingesetzt. Trotz dieser Add-on-Therapien ist die Erkrankung jedoch langfristig oft nicht ausreichend kontrollierbar. Eine aktuelle Post-hoc-Analyse der O18-Studie zeigte nun, dass Patienten, die L-Dopa alleine oder in Kombination mit Add-on-Therapien erhalten, langfristig von der zusätzlichen Gabe von Safinamid durch eine signifikante Verbesserung der motorischen Symptome sowie einer signifikanten Reduktion der Off-Zeit profitieren [J Parkinsons Dis 2020;10(1):89–97]. **Red**

Nach Informationen von Zambon

Farmako erweitert Produktportfolio

Das Unternehmen Farmako bietet seit August 2020 auch pharmazeutisches CBD-Isolat an. Der pharmazeutische Großhändler vertreibt bereits seit Anfang 2019 medizinische Cannabisblüten. Im vierten Quartal 2020 soll das Portfolio um weitere Cannabisblüten und Cannabisvoll-extrakte erweitert werden. Vollextrakte böten im Vergleich zu Blüten eine verbesserte Dosierbarkeit sowie Reproduzierbarkeit und eine vereinfachte Handhabung für den Patienten, so das Unternehmen. Auch enthielten die Voll-extrakte neben THC und CBD noch Terpene sowie Flavonoide und kämen ohne Stabilisatoren oder Antioxidanzien aus. Ärzten bietet Farmako Unterstützung bei der Verordnung oder Beantragung auf kassenärztliche Erstattung an. **Red**

Nach Informationen von Farmako

Prodrug-Stimulanz bei adulter ADHS

In 50–60% der Fälle persistiert die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ins Erwachsenenalter. Die S3-Leitlinie empfiehlt die Pharmakotherapie nach der Psychoedukation als primäre Behandlungsoption bei Erwachsenen, als Erstlinientherapie werden dabei Stimulanzien genannt. Für die adulte ADHS ist seit 2019 das Prodrug-Stimulanz Lisdexamfetamin verfügbar. Durch das Prodrug-Prinzip flutet der Wirkstoff langsam an, wird kontinuierlich freigesetzt und erreicht eine Wirkdauer von 14 Stunden. **Red**

Nach Informationen von Takeda

Hier steht eine Anzeige.



Hier steht eine Anzeige.



Journal

A woman with long dark hair, wearing a vibrant red, floor-length, halter-neck gown with a decorative belt, stands in a dressing room. She is looking towards a large mirror on the left. The mirror's frame is adorned with a row of warm-toned light bulbs. Her reflection is visible in the mirror. The background is a dark, textured wall, and a portion of a red door is visible on the right. The overall atmosphere is dramatic and cinematic.

In keinem Roman wird der Narzissmus einer Frauengestalt derart augenfällig und folgerichtig in seinen Konsequenzen erzählt wie anhand des Psychoграмms von Mrs. Ambros.

© goldeneden / stock.adobe.com (Symbolbild mit Fotomodell)

Eine toxische Frau

Anmerkungen zu Vicki Baums Roman „Vor Rehen wird gewarnt“

1951 erschien in den USA ein Roman mit dem sonderbaren Titel „Danger from Deer“, dessen deutsche Ausgabe erst 1960 unter dem nicht weniger seltsamen Titel „Vor Rehen wird gewarnt“ herauskam. Verfasst hatte dieses Werk die Musikerin und Schriftstellerin Hedwig Baum, die bereits 1932 in die USA emigriert war und als amerikanische Staatsbürgerin unter dem Namen Vicki Baum vor allem mit ihrem Roman „Menschen im Hotel“ (auch „Grand Hotel“), 1932 unter der Regie von Ernst Lubitsch verfilmt mit Greta Garbo, Weltruhm erlangte. Was aber hat es nun mit den Rehen auf sich? Vicki Baum kreierte ein Paradoxon, Ann Ambros, die zentrale Figur in ihrem vielleicht besten Roman.

Schon mit zwölf Jahren fiel Hedwig Baum, geboren 1888 als Tochter eines jüdischen Regierungsbeamten in Wien, durch ihr musikalisches Talent auf und schlug die Laufbahn einer Konzertsarfenistin ein, ehe sie mit Mitte 20 zu schreiben begann. Da nannte sie sich schon Vicki. Ihre Erzähltexte erschienen oft vor den Büchern in Zeitschriften, vor allem in der „Berliner Illustrierten Zeitung“. Seit ihren ersten Veröffentlichungen („Frühe Schatten“, 1919) noch als Musikerin, später als Zeitschriftenredakteurin bei Ullstein in Berlin, galt Baum als Autorin des gehobenen Unterhaltungsgenres. Ihre Texte wurden wegen der genauen und ungeschönten Milieuschilderungen sowie der illusionslosen, von den gesellschaftlichen Umständen geprägten und in ihren Schicksalen gezeichneten Personen der „Neuen Sachlichkeit“ zugeordnet, was schließlich dazu führte, von den Nazis als „Asphaltliteratin“ diskriminiert zu werden. Baums Bücher sind stets nahe an den Realitäten, die sie beschreiben, und liefern ein detailreiches und kritisches Gesellschaftsbild ihrer Zeit. 1933 wurden ihre Werke öffentlich verbrannt, nicht zuletzt auch deshalb, weil sie Jüdin war, obschon sie sich selbst nie als solche verstand.

Emigration und Broadway-Erfolg fielen zeitlich eng zusammen. Die Erträge aus ihren Bühnen- und Filmrechten an

ihren Werken ermöglichten der Autorin in Kalifornien am Amalfi Drive in Pacific Palisades in der Nachbarschaft von Thomas Mann und Lion Feuchtwanger einen gehobenen Lebensstil. Nach dem Krieg bereiste Baum viele europäische Länder, nicht jedoch Deutschland. Sie starb 1960 in Los Angeles.

Dirigentin des großen Bahnhofs

Außer zahlreichen und vielfach verfilmten beziehungsweise dramatisierten Romanen schrieb sie gut bezahlte Drehbücher und Essays für Zeitungen und Zeitschriften. Selbstironisch charakterisierte sie sich in ihren Memoiren mit dem Titel „Es war alles ganz anders“ (1962) als „erstklassige Schriftstellerin zweiter Güte“, indes sie von der Schriftstellerin Ursula Krechel als „Dirigentin des großen Bahnhofs“ bezeichnet wurde.

Zu Beginn des 21. Jahrhunderts konnte eine nahezu ausnahmslos von Frauen vorangetriebene literarische Neubewertung der bislang eher der anspruchslosen Unterhaltungsliteratur zugerechneten Werke Baums beobachtet werden, die nicht zuletzt einem veränderten, gendergeprägten Blick auf die Literatur von Frauen geschuldet ist. Beispiele hierfür sind die Dissertationen von Nicole Nottelmann (2002) und Sonja Nothegger-Troppmair (2008) sowie eine Romanbiografie von Yvonne Schymura (2017).

Der scheinbar paradoxe Titel „Vor Rehen wird gewarnt“ bezieht sich auf die zentrale Person des Romans und wird im Klappentext der Neuauflage im Arche Verlag (2020) näher erläutert: „Vor Rehen wird gewarnt.“ Jawohl, das stand auf der Tafel. Da waren diese anmutigen, scheuen Tiere mit den langen, sanften Walt-Disney-Wimpern; da war diese Tafel, die es mannshoch in die Gegend schrie: Vor Rehen wird gewarnt! Das Publikum wird hiermit gewarnt, dass es zu allen Zeiten gefährlich ist, sich den Tieren zu nähern! Die Gefahr ist besonders groß während der Brunstzeit – na und so weiter. Sooft ich Ann Ambros begegne, fällt mir diese Warnungstafel ein,“ sagt in dem Roman Rechtsanwalt Watts zu seiner Reisebegleitung, denn so rehäßig Ann auch durchs Leben geht, so rücksichtslos nimmt sie sich, was sie will. Sie verführt den Mann ihrer Schwester, treibt nicht nur San Francisco, sondern auch Wien zur Verzweiflung, sorgt dafür, dass sie stets das Beste bekommt und dass man ihr noch dankbar ist, wenn man ihr das letzte Hemd schenken darf.

„Vicki Baum erzählt von einer Frau, der man nicht in die Quere kommen will – und deren Bann man sich doch bis zur letzten Seite nicht entziehen kann.“ Barbara Busch umreißt auf der Webseite „mit-Büchern-um-die-Welt.de“ (21. Fe-



Vicki Baum
um 1930,
ein Porträt
von Max
Fenichel

© Wikimedia Commons

bruar 2020) die Hauptperson mit folgenden Worten: „Das Reh Ann Ambros, geborene Ballard, verwitwete Hopper, ist das titelgebende ‚Reh‘, nicht nur wegen ihrer sanften Augen, sondern auch wegen ihres zarten, hilflosen, herzerweichenden Auftretens, einer perfekten Selbstinszenierung. Kaum jemand durchschaut, was hinter dieser Fassade steckt: eine Frau, die mit stählernem Sanftmut Menschen aus dem Wege räumt, die bei aller zur Schau gestellten Bescheidenheit stets im Mittelpunkt steht und eine psychopathische Lügnerin ist, bewandert darin, Mitleid zu erregen und sich selbst zu bemitleiden – kurz: eine faszinierende Person für alle, die nicht unmittelbar mit ihr zu tun haben und die ihr nur (...) bei ihrem Treiben staunend zusehen.“

Narzissmus, wie er im Buche steht

Diese brillante romanhafte Abhandlung über den ebenso faszinierenden wie gefährlichen Narzissmus bedient sich einer Rahmenhandlung in Form einer Eisenbahnreise von San Francisco nach Boston, die die 65-jährige Ann mit ihrer Stieftochter Joy unternimmt. In Boston soll der aus dem Krieg heimkehrende Halbbruder Joys erwartet werden, den Ann unbedingt persönlich abholen will und dabei die Ehefrau des Heimkehrers mit List und Tücke zu Hause zurücklässt. „Joy ist eines der Hauptopfer von Anns versteckten Intrigen und inzwischen hasserfüllt. Die Absicht ihrer Stiefmutter, die Ehe ihres vergötterten Bruders zu zerstören, bringt das Fass zum Überlaufen und kurzerhand wirft Joy Ann zu Beginn des Romans aus dem fahrenden Zug ... In Rückblenden erzählt

Vicki Baum von Anns Leben und der Spur der Verwüstung, die sie überall hinterließ. Sie manipulierte die Menschen in ihrem Umfeld, überzeugte, im Recht zu sein, bekam fast immer, was sie wollte, und wurde doch nie glücklich. Selbst als sie nach dem Tod ihrer Schwester endlich ihren Schwager, den Wiener Geiger Florian Ambros, heiraten kann, bemerkt der bitter: ‚Du interessierst dich ja für nichts als für dich selbst, das steht immer zwischen dir und deinem Glücklichen, deinem und meinem und unserem.‘ Anns Trickkiste scheint unerschöpflich, wenn es darum geht, ihren Willen durchzusetzen, Skrupel sind ihr fremd (...), ihr manipulatives Geschick, ihre Fähigkeit, Menschen zu zerbrechen, und ihre geschickte Tarnung reichen aus, um bestehende Hindernisse aus dem Weg zu räumen: ‚Im Allgemeinen war sie viel zu egozentrisch, um sich zu bekümmern oder zu begreifen, was in anderen Menschen vorging; aber mit einem unheimlichen Instinkt wusste sie immer die verwundbare Stelle zu finden, dort, wo der schärfste Schmerz und der dauerndste Schaden zugefügt werden konnte.“ (Busch).

Es ist durchaus faszinierend zu lesen, wie sich dieser Narzissmus nahezu lehrbuchhaft entwickelt und wie ein Geschwür ausbreitet. Der erzählerische Bogen überspannt nicht nur die Epoche des Aufbruchs in die Moderne, sondern entfaltet auch den Fächer der hochgradig neurotischen Energien der Mrs. Ambros, „die ihr Leben lang in ständiger Erregung“ bleibt (Viola Roggenkamp): „Ich kriege immer, was ich will.“ Sie ist jemand, der rücksichtslos Menschen benutzt, manipuliert oder vermeintliche Rivalinnen jedweder Art durch psychischen Terror oder gnadenlos zynische Intrigen zerstört. Hierzu schreibt Roggenkamp weiter: „Die erste lebensbedrohliche Zurückweisung erfährt Ann durch ihre Mutter, eine resolute, aber ungeliebte Amerikanerin. Die Mutter hatte sie nach der Geburt ohne Umwege an ein italienisches Kindermädchen abgegeben, denn sie ist der lebendige Ausdruck dafür, dass ohne Begehren geschah, was diese Tochter hervorgebracht hat. Ihr Vater – nach außen das gute Familienoberhaupt – verbringt jede zweite Woche bei seiner Geliebten, einer mexi-

kanischen Bäuerin. Mit 15 erfährt Ann, an der elterlichen Schlafzimmertür lauschend, vom Doppelleben ihres Vaters, der ihr von einer Sekunde zur anderen entgleitet und zum triebhaften Schwein wird. Noch am selben Abend wird der Vater nicht ihr, sondern ihrer älteren Schwester den begehrten Wiener Geigenvirtuosen Florian Ambros in feierlichstem Rahmen offiziell als Verlobten zusprechen. Wie es Ann auf einmal gibt, darf es Ann gar nicht geben. Sie ist der Person gewordene Schwindel ihrer Phantasien. Vielleicht ist das ein Grund, weshalb sie später gern auf kleine Ohnmachten zurückgreift. Geht es um ihr nacktes Überleben, findet Mrs. Ambros – das zarte Reh – umstandslos zu einer banalen Sachlichkeit, die in ihrer Imperptinenz schon komisch wirkt. ‚Ich kriege immer, was ich will.‘ In diesem Glaubensbekenntnis ruht das Eingeständnis ihrer Realitätsveränderung und Selbstinszenierung: Sie kriegte den Mann ihrer Schwester. Sie kriegte die Tochter ihrer Schwester. Sie entfremdet das kleine Mädchen seiner Mutter. Sie schlingt in ihre Leere das Leben anderer. Die von ihr Betörten und Eingesponnenen muss sie kontrollieren, damit ihr Netz nicht reißt, ihr Spiegel nicht das Gewirr ungezählter Sprünge zeigt. An dieser Frau und Mutter ist alles falsch, ist alles Pose. Dass sie eigentlich die Stiefmutter ist, können wir vernachlässigen. Sie ist die Mutter des Kindes des Mannes, den sie haben wollte. Tochter Joy, inzwischen eine hagere Frau, schafft es nicht, Malerin zu werden – über den kitschigen Sonnenuntergang vor Golden Gate wagt sie nicht hinauszugehen: Abbild der vergifteten Gefühlswelt.“

Eine Spiegelmetapher spurt vor

Schon früh im Roman gibt es eine Passage, die höchst aufschlussreich über den Weg der Spiegelmetapher die Narzissmusproblematik von Mrs. Ambros aufdeckt: „Spiegel zogen sie magisch an, stundenlang konnte sie das liebeliche Geschöpf im Spiegel anstarren, das sie selbst war, ihr eigenes Gesicht, ihr Lächeln, ihre eigenen Hände; sie bewegte sie vornehm wie eine große Dame, sie probierte verschiedene Arten von Lächeln, alle erwachsen. Sie senkte die Augenlider, dann wieder schlug sie ihre kla-

ren braunen Augen auf und fand sich noch einmal winzig, jedoch vollkommen im Spiegelbild ihrer Pupillen widerspiegelt; es war wie in jenen Träumen, da man immer durch neue Türen dahinschwebt, ins Endlose (...). ‚Musst nicht so viel in den Spiegel gucken, das ist schlecht, Annina mia‘, schalt die italienische Kinderfrau Beatrice, ‚einmal springt der Teufel heraus und packt dich beim Schopf.‘ ‚Lass ihn doch herauspringen, ich fürchte mich nicht.‘ Hier erkennt der Leser auf Anhieb die Bedeutung der Spiegelmetapher, denn was ihm vorgeführt wird, ist ja nicht nur die Selbstverliebtheit eines Mädchens mit elaboriertem Selbstbewusstsein, das sich nicht einmal vor dem Teufel fürchtet, sondern auch jenes Bestreben zur Ausbildung der Selbstüberhöhung, zur Entwicklung eines Größen-Ichs.

Sämtliche Kriterien der narzisstischen Störung sind bei Mrs. Ambros zu finden: Da sind der Mangel an Empathie, die Überschätzung der eigenen Fähigkeiten, das gesteigerte Verlangen nach Anerkennung, das Imponiergehabe, das sich hinter einer rehändig geheuchelten Hilflosigkeit versteckt, das Kokettieren um Bewunderung, der Mangel an emotionaler Wärme ebenso wie das Geschick, den eigenen Geltungsdrang selbstsicher ins Szene zu setzen. Die vorgebliche Bescheidenheit und Hilflosigkeit sind nur die getarnte Arroganz. Das eigene Ego wird stets auf Kosten anderer erhöht. Die permanente Bereitschaft zur Kränkung als Abwehr einer selbstkritischen Reflexion stellt solche Personen in den Mittelpunkt. Sie sind die Nabe, um die sich das Rad von Zeit und Gesellschaft drehen muss, sie sind die besonderen Ausnahmefälle mit dem vermeintlichen Recht, bestimmen zu können, wie andere Personen mit ihnen umzugehen haben und welches Verhalten anderer sie erwarten dürfen. Sie legen die Regeln fest, denn außerhalb ihrer selbst gibt es keine andere Institution. Sie sind die ersten, die an ihre Selbstlügen glauben, weswegen die nicht selten gewohnheitsmäßig praktizierte Lüge nicht nur Instrument der Intrige ist, sondern auch des Selbstbetrugs und der Selbsttäuschung.

Man kann Barbara Busch nur vorbehaltslos zustimmen, wenn sie den Roman als ebenso unterhaltsam wie spannend

bezeichnet und zugleich in ihm ein (nicht nur) amerikanisches Gesellschaftsportrait der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts erkennt, der sich in seinen besten Passagen durchaus auf der Höhe der Darstellungskunst eines F. Scott Fitzgerald befindet. Zwar ist ‚Vor Rehen wird gewarnt‘ nicht der bekannteste Roman von Vicki Baum, laut Viola Roggenkamp aber ‚ihr bester – die Geschichte einer von ihrer Gier nach Bedeutung getriebenen Frau. Vicki Baum war weit davon entfernt, frauenfeindliche Klischees bestätigen zu wollen. Frauen waren ihr wichtig. Sie war selbst eine emanzipierte Frau.‘ Schon 1928 schrieb Baum auf Bitten ihres Verlegers Hermann Ullstein einen Roman, in dessen Mittelpunkt ‚ein tüchtiges Mädchen‘ stehen sollte. ‚Stud. chem. Helene Willfür‘. Es war Baums erster Erfolg. ‚Als Chronistin ihrer Epoche entwarf sie in romanhaften Charakteren über ihre Zeit hinaus Gültiges‘ (Roggenkamp).

Zwar ist die Weltliteratur voll von Personen mit einer narzisstischen Störung, ja sie ist die vielleicht am häufigsten literarisch dargestellte Störung überhaupt, aber in kaum einem Roman wird der Narzissmus einer Frauengestalt derart augenfällig und folgerichtig in seinen Konsequenzen erzählt wie anhand des Psychogramms von Mrs. Ambros. Es ist erstaunlich, dass unter den so häufig verfilmten Stoffen der Vicki Baum ausgerechnet dieser Roman noch keinen Regisseur gefunden hat, der sich seiner auf filmisch adäquate Weise angenommen hätte. Die Popularität der Autorin scheint nämlich ungebrochen, die Stadt Wien ehrte Vicki Baum immerhin mit einem Platz, und in Berlin gibt es eine Vicki-Baum-Straße.

Literatur beim Verfasser

AUTOR

**Prof. Dr. phil.
Gerhard Köpf**

Literaturwissenschaftler
und Schriftsteller
Ariboweg 10,
81673 München

E-Mail:
aribo10@web.de



Hier steht eine Anzeige.

 Springer

Tamiko Thiel

Revolution durch künstlerische Anstöße

„Eigentlich sollte man die Kunst lassen und auf die Straße gehen und an viele Türen klopfen. Aber ich kann das nicht, kann aber Kunst und hoffe, dass ich damit wenigstens Anstöße zum Nachdenken und vielleicht auch Umdenken geben kann.“ Tamiko Thiel.

Ein Glück, dass die Künstlerin Tamiko Thiel nicht eine namenlose Demonstrantin geworden ist, sondern für ihre Überzeugungen vor allem künstlerisch eintritt. Ihre Werke propagieren die Natur, die Schwachen, die von der Gesellschaft Übersehenen. Nach ihrem Abschluss in Produktdesign an der Stanford University arbeitete sie zuerst mehrere Jahre in der Industrie, bevor sie nach Deutschland übersiedelte und an der Kunstakademie in München ihr Diplom in Grafik mit Schwerpunkt Videoinstallation abschloss. Zu ihren ersten bekannteren Arbeiten Mitte der 1990er-

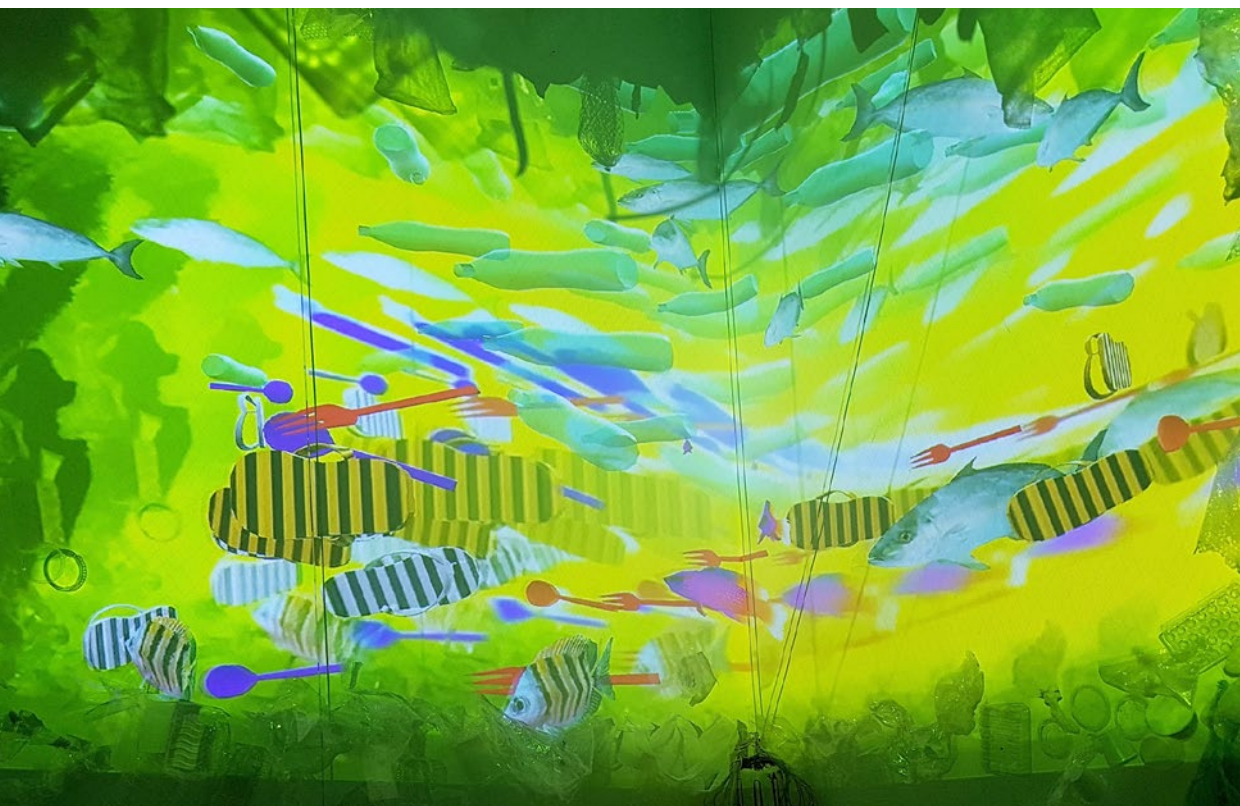
Jahre zählte unter anderem Starbright World, eine interaktive 3D-Welt für schwerkranke Kinder, die sie in enger Zusammenarbeit mit Steven Spielberg schuf. Auf diese Weise konnten sich die kranken Kinder in Krankenhäusern in der USA vernetzen und austauschen.

Keine Welt wie diese

Da die virtuellen Welten, die Tamiko Thiel erschuf, jahrelange Arbeit erforderten, wandte sie sich vor circa zehn Jahren dann vor allem der Augmented-Reality (AR) als Kunstmedium zu. Hier „kommt der Ortsbezug umsonst dazu.

Bei VR-Werken muss dieser erst geschaffen werden; die Umsetzung kann Jahre dauern. AR bietet die Möglichkeit, überall, wie ich es etwa getan habe am Platz der Nelkenrevolution in Lissabon, aber auch an jeder anderen historisch wichtigen Stätte, eine App aufzusetzen, die dem Ort sofort eine weitere Dimension hinzufügt und bespielt werden kann“.

In einer Auftragsarbeit für die Stiftung Nantesbusch sollten sich im Februar und März 2020 100 Künstler mit dem Frühling 2020 und den Auswirkungen des Coronavirus beschäftigen. Das Video „Suspended Spring“, aufgenommen



„Evolution of Fish“
AR-Grossprojektion von Tamiko Thiel und /p,
2019; Aufnahme bei Digital Art Space München, Direktorin Karin Wimmer, 2019

© Tamiko Thiel (alle Bilder)

mit einer gleichnamigen, von Tamiko Thiel entwickelten AR-App, zeigt Momentaufnahmen ihres wegen Corona sehr eingeschränkten Lebens. Sequenziell zieht sich der Blick von blühenden Bäumen im Innenhof in eine kleine Wohnung zurück. Dort wird Tee zubereitet und es werden Räume durchschritten. Nur eine Panoramafotografie im Wohnzimmer und ein Monitorbild sorgen noch für Fernblicke und erinnern an Zeiten, in denen Reisen möglich war. Während des ganzen ruhigen Filmes gleiten animierte Kirschblütenblätter von oben herab ins Bild, in Japan traditionell ein Symbol für den Frühling, Schönheit und die Vergänglichkeit. Mit diesem Video holte sich die Künstlerin wenigstens virtuell ein bisschen Leben in ihre Wohnung zurück, aber es ist auch ambivalent. Die Kirschblütenblätter ließen sich ebenso als das bedrohliche Coronavirus deuten, das unsichtbar überall in der Luft schweben könnte.

So wie die Kirschblüten ein ausgewählt zartes und vieldeutiges Symbol sind, vermittelt Tamiko Thiel ihre Themen gesellschaftskritisch und kontrovers, aber doch gerne vorsichtig und ohne Schockmoment. In „Evolution of Fish“ (Kollaboration mit /p) verwandelte eine große Projektion die Umgebung des Zuschauers – Fassaden oder Wände – in ein Unterwasser-Riff mit Fischschwärmen. Mit I-Pads konnten die Besucher die Fische bewegen. Doch je mehr sie das taten, desto mehr Fische verwandelten sich in Plastikabfall. Überdeutlich wurde, was die Einmischung in natürliche Ökosysteme bewirken kann.

In einem neueren Projekt arbeitet Tamiko Thiel zusammen mit Karolina Markiewicz und Pascal Piron als VR-Gastkünstlerin an „My Identity is This Expanse“. Erzählt wird die Geschichte eines Kindes, das in Träumen, Erinnerungen und in der Rezitation eines Gedichts mental seiner misslichen Lage zu entfliehen versucht. Impuls hierfür war das Flüchtlingskind Yunus Yusuf, das in einer Holzbox von Afghanistan nach Luxemburg gelangte. Das titelgebende Gedicht von Mahmoud Darwish „If I Were Another“ wurde dem 13-jährigen Jungen von seiner Mutter beigebracht und ist in dem Projekt künstlerisch umgesetzt. Die Traumsequenzen, die Tamiko

„Suspended Spring“
Video- und
AR-Kunstwerk,
Tamiko
Thiel, 2020;
im Auftrag
der Stiftung
Nantesbuch



„My Identity
Is This
Expanse!“
VR-Film und
-Installation
von Karolina
Markiewicz
und Pascal
Piron, 2020;
mit VR-
künstlerischer
Kollaboration
von Tamiko
Thiel (das
blaue Bild)



Thiel verantwortete, gipfeln in der letzten Szene in einem mit blauen Wellen gefüllten Quadrat, inspiriert durch eine Zeichnung des Kindes. Indem es die Wellen in einem Quadrat begrenzte, gewann es wenigstens mental die Kontrolle über seine Situation zurück, vermuten die Künstler. Umdenken geht auch ohne Plakate, auf denen „Kein Plastikmüll mehr“ oder „Rettet die Flüchtlinge“ steht.

Mehr Informationen:

stiftung-nantesbuch.de/stiftung/artsforspring

www.a-bahn.com/projects/my-identity-is-this-expanse

tamikothiel.com

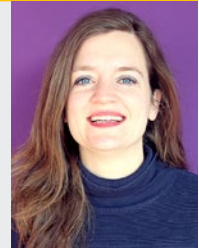
Die virtuelle Kirschblüten- und Fischschwarm-Welt finden Sie im APP- oder PlayStore unter: ARpoise (runterladen) und dann in einer Liste in der App.

AUTORIN

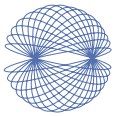
Dr. Angelika Otto

Freie Journalistin
München

E-Mail: angelika.s.
otto@gmail.com



Veranstaltungen BVDN/BDN/BVDP-Landesverbände 2020/2021		
Datum Ort Zeit	Landesverband Titel Themen	Anmeldung
11.11.2020, München 21.11.2020 Dortmund online-webinar 3-CME-Punkte	Neuro Workshops	diaplan GmbH Alte Ziegelei 2-4, 51491 Overath Tel.: 02204 973101 E-Mail: info@diaplan.de www.diaplan.de/bdn/
8.5.2021, Nürnberg Avena Park Hotel, Görlitzer Straße 51	Bayerische BVDN Frühjahrstagung – Fortbildung mit Mitgliederversammlung: „Neuro- und Psychopharmakotherapie, in label – off label“ – 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
2.–3.10.2020, Irsee Klosterring 4 CME Verschieben auf 15.–16.10.2021!	93. Jahrestagung der Bayerischen Nervenärzte im Kloster Irsee – Fortbildung und BVDN-Mitgliederversammlung	Bildungswerk Irsee, Dr. Angela Städele Klosterring 4, 87660 Irsee Tel.: 08341 9066-03, Fax: -05 E-Mail: staedele@bildungswerk-irsee.de www.bildungswerk-irsee.de
Fortbildungsveranstaltungen 2020/2021		
29.–31.10.2020 digital	28. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin DGSM	Conventus, Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena, Dirk Eichelberger/Dorothee Gröninger, Tel.: 03641 3116-305/-396 E-Mail: wcnr@conventus.de
4.–7.11.2020 online	93. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie: live, interaktiv und digital	DGN Dienstleistungsgesellschaft mbH Reinhardtstraße 27 C, 10117 Berlin Tel.: 030 53143-7930 E-Mail: kongress@dgn.org
11.–13.11.2020 online	15. Jahrestagung Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) e. V. Notfallmedizin Digital	Conventus, Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena, Louise Meier, Tel.: 03641 3116-304, Fax: -243 E-Mail: dgina-kongress@conventus.de
20.–21.11.2020 digital	III. International Conference on Deep Brain Stimulation	bsh medical communications GmbH Liebfrauenstraße 7, 40591 Düsseldorf Tel.: 0211 770589-0 E-Mail: info@dbb-conference.de
25.–28.11.2020 digital	Spitzentreffen der Psychiatrie und Psychotherapie: 2020 digital unter dem Motto „Psychiatrie und Psychotherapie in der sozialen Lebenswelt“	https://www.dgppnkongress.de/anmeldung/registrierung-und-gebuehren.html
10.–12.12.2020 digital	8. Gemeinsame Jahrestagung der DGNR und der DGNKN Neurorehabilitation im demografischen Wandel	Conventus, Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena, Claudia Voigtmann, Tel.: 03641 3116-335 E-Mail: claudia.voigtmann@conventus.de
21.–23.1.2021, Berlin Stauffenbergstraße 26	Arbeitstagung NeuroIntensivMedizin – ANIM 2021	Conventus, Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena, Anja Kreutzmann, Tel.: 03641 3116-357 E-Mail: anja.kreutzmann@conventus.de
4.–6.3.2021, Hannover Hannover Congress Center, Theodor-Heuss-Platz 1-3	12. Deutscher Kongress für Parkinson und Bewegungsstörungen	PO HANSER SERVICE GmbH Paulsborner Str. 44, 14193 Berlin Tel.: 030 300669-0, Fax: 030 3057391 E-Mail: dpj-akbont2021@cpo-hanser.de
5.–6.3.2021, Innsbruck	Jahrestagung der Sektion „Vaskuläre Neurochirurgie“ der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie e. V. (DGNC)	Conventus, Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena, Cornelia Filip, Tel.: 03641 3116-393 E-Mail: cornelia.filip@conventus.de
30.4.–2.5.2021, Berlin Estrel Congress Center, Sonnenallee 225	Berlin Brain Summit	CPO HANSER SERVICE GmbH Paulsborner Straße 44, 14193 Berlin Tel.: 030 300 669-0 https://www.berlin-brain-summit.de/



BVDN

Berufsverband Deutscher Nervenärzte

■ www.bvbn.de

Vorstand/Beirat

Vorsitzende: Sabine Köhler, Jena, Klaus Gehring, Itzehoe

Stellv. Vorsitzender: Gunther Carl, Kitzingen

Schriftführer: Roland Urban, Berlin

Schatzmeister: Gereon Nelles, Köln

Beisitzer: Christa Roth-Sackenheim, Andernach; Uwe Meier, Grevenbroich

1. Vorsitzende der Landesverbände

Baden-Württemberg: Volker Bretschneider

Bayern: Gunther Carl

Berlin: Gerd Benesch

Brandenburg: Holger Marschner

Bremen: Ulrich Dölle

Hamburg: Guntram Hinz

Hessen: Martin Finger, Stefan Specht

Mecklenburg-Vorpommern:

Ramon Meißner

Niedersachsen: Norbert Mayer-Amberg

Nordrhein: Egbert Wienforth, Gereon Nelles

Rheinland-Pfalz: Günther Endrass

Saarland: Nikolaus Rauber, Richard Rohrer

Sachsen: Ulrike Bennemann

Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe

Schleswig-Holstein: Klaus Gehring

Thüringen: Ralf Köbele

Westfalen: Rüdiger Saßmannshausen

Ansprechpartner für Themenfelder

EBM/GOÄ: Sabine Köhler, Klaus Gehring, Gunther Carl

Neue Medien: Bernhard Michatz

EDV, Wirtschaftliche Praxisführung: Gunther Carl

Forensik und Gutachten Psychiatrie: P. Christian Vogel

Gutachten Neurologie: Friedhelm Jungmann

Belegarztwesen Neurologie: Joachim Elbrächter

Fortbildung Assistenzpersonal: Roland Urban

U.E.M.S. – Psychiatrie, EFPT: Roland Urban

U.E.M.S. – Neurologie: Gereon Nelles

Ausschüsse

Akademie für Psychiatrische und Neurologische Fortbildung:

P. Christian Vogel, Markus Weih

Ambulante Neurologische Rehabilitation: Paul Reuther

Ambulante Psychiatrische Reha/ Sozialpsychiatrie: Norbert Mönter

Weiterbildungsordnung:

Sabine Köhler, Klaus Gehring, Gunther Carl, Uwe Meier, Christa Roth-Sackenheim

Leitlinien: Sabine Köhler, Klaus Gehring, Uwe Meier, Christa Roth-Sackenheim

Kooperation mit Selbsthilfe- und Angehörigengruppen: Vorstand

Referate

ADHS: Günter Endraß

Demenz: Jens Bohlken

Epileptologie: Ralf Berkenfeld

Neuroangiologie, Schlaganfall: Paul Reuther

Neurootologie, Neuroophthalmologie: Klaus Gehring

Neuroorthopädie: Bernhard Kügelgen

Neuropsychologie: Paul Reuther

Neuroonkologie: Werner E. Hofmann
Pharmakotherapie Neurologie: Gereon Nelles
Pharmakotherapie Psychiatrie: Roland Urban
Prävention Psychiatrie: Christa Roth-Sackenheim
Prävention Neurologie: Paul Reuther
Schlaf: Ralf Bodenschätz
Schmerztherapie Neurologie: Uwe Meier, Monika Körwer
Suchttherapie: Greif Sander



Berufsverband Deutscher Neurologen

■ www.bv-neurologe.de

Vorstand des BDN

1. Vorsitzender: Uwe Meier, Grevenbroich

2. Vorsitzender: Martin Südmeyer, Potsdam

Schriftführer: Wolfgang Freund, Biberach

Kassenwart: Martin Delf, Hoppegarten

Beisitzer: Klaus Gehring, Itzehoe; Christoph Kosinski, Würselen; Elmar Busch, Essen; Heinz Wiendl, Münster

Beirat: Sophie Aschenberg, Köln (Junge Neurologen), Jochen Klucken, Erlangen (Telematik/E-Health/Methodik), Iris Penner, Düsseldorf (Neuroedukation/Neuropsychologie), Klaus Piwernetz, München (Qualitätsmanagement)

Ansprechpartner für Themenfelder

IV und MVZ: Uwe Meier, Paul Reuther

GOÄ/EBM: Rolf F. Hagenah, Elmar Busch, Uwe Meier

Qualitätsmanagement: Uwe Meier

Risikomanagement: Rolf F. Hagenah

Öffentlichkeitsarbeit: Vorstand BDN

DRG: Reinhard Kiefer



Berufsverband Deutscher Psychiater

■ www.bv-psychiater.de

Vorstand des BVDP

1. Vorsitzende: Christa Roth-Sackenheim, Andernach

Stellvertretender Vorsitzender:

P. Christian Vogel, München

Schriftführer: P. Christian Vogel, München

Schatzmeister: Martin Finger, Frankfurt

Beisitzer: Sabine Köhler, Jena, Norbert Mayer-Amberg, Hannover

Referate

ADHS bei Erwachsenen: Bernhard Otto

Autismusspektrumsstörungen:

Christa Roth-Sackenheim

Forensik: P. Christian Vogel

Geschäftsstelle des BVDN

Dagmar Differt-Fritz, Gut Neuhof, Am Zollhof 2 a, 47829 Krefeld

Tel.: 02151 4546920, Fax: -4546925

E-Mail: bvbn.bund@t-online.de

Bankverbindung: Sparkasse Duisburg

IBAN DE 04350500000200229227,

BIC DUISDE 33 XXX

BVDN Homepage: <http://www.bvbn.de>

Cortex GmbH s. oben Geschäftsstelle BVDN

Politische Geschäftsstelle Berlin:

RA Bernhard Michatz, Geschäftsführer

Robert-Koch-Platz 9, 10115 Berlin

Tel.: 030 21480761, Fax: -21480763

E-Mail: bernhard.michatz@spitzenverband-zns.de

Delegierte in Kommissionen der DGN

Leitlinien: Uwe Meier

Versorgungsforschung: Uwe Meier

Weiterbildung/Weiterbildungsermächtigung:

Rolf Hagenah

Anhaltzahlen/Qualitätssicherung:

Fritjof Reinhardt, Paul Reuther

Rehabilitation: Harald Masur

CME: Friedhelm Jungmann, Paul Reuther

DRG: Rolf Hagenah, Reinhard Kiefer

Verbindungsglied zu anderen Gesellschaften oder Verbänden

DGNR: Harald Masur; AG ANR: Paul Reuther

BV-ANR: Paul Reuther; UEMS: Gereon Nelles

BDN-Landessprecher

Baden-Württemberg: Wolfgang Freund

Bayern: Markus Weih

Berlin: Walter Raffauf

Brandenburg: Martin Delf

Bremen: N. N.

Hamburg: Heinrich Goossens-Merk

Hessen: Rupert Knoblich

Mecklenburg-Vorpommern: Katrin Hinkfoth

Niedersachsen: Elisabeth Rehkopf

Nordrhein: Uwe Meier

Rheinland-Pfalz: Günther Endrass

Saarland: Richard Rohrer

Sachsen: Mario Meinig

Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe

Schleswig-Holstein: Matthias Nitschke

Thüringen: Dirk Neubert

Westfalen: Martin Bauersachs

Gutachterwesen: P. Christian Vogel

Migrationssensible psych. Versorgung:

Greif Sander

Psychotherapie: Christa Roth-Sackenheim

PTSD: Christa Roth-Sackenheim

Sucht: Greif Sander

Transsexualität: P. Christian Vogel

Kontakt BVDN: Sabine Köhler

BVDP-Landessprecher

Bayern: Oliver Biniasch, Christian Vogel

Baden-Württemberg: Birgit Imdahl, Thomas Hug

Berlin: Michael Krebs und Alicia Navarro-Urena

Brandenburg: Delia Peschel

Bremen: Sebastian von Berg

Hamburg: Ute Bavendamm

Hessen: Martin Finger

Mecklenburg-Vorpommern: Caterina Jacobs

Niedersachsen: Norbert Mayer-Amberg

Nordrhein: Egbert Wienforth

Rheinland-Pfalz: Wolfgang Rossbach

Saarland: David Steffen

Sachsen: Ulrike Bennemann

Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe

Schleswig-Holstein: Uwe Bannert

Thüringen: Sabine Köhler

Westfalen: Rüdiger Saßmannshausen



An die Geschäftsstelle Gut Neuhof
Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld, Fax: 02151 45469-25/-26
E-Mail: 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.)

■ **Nervenärzte, Neurologen und Psychiater als Vertreter in den KVen und Ärztekammern (ÄK)***

Name	Ort	BVDN	Delegierter	Telefon	Fax	E-Mail-Adresse
BVDN-Landesverband: BADEN-WÜRTTEMBERG						
Dr. J. Braun	Mannheim	ja	KV/ÄK	0621 12027-0	0621 12027-27	juergen.braun@dgn.de
Prof. Dr. M. Faist	Oberkirch	ja	ÄK	07802 6610	07802 4361	michael.faist@web.de
Dr. P. Hezler-Rusch	Konstanz	ja	ÄK	07531 18330	07531 18338	paula.hezler-rusch@online.de
BVDN-Landesverband: BAYERN						
Dr. G. Carl	Würzburg	ja	KV/ÄK	09321 24826	09321 8930	carlg@t-online.de
Dr. K. Ebertseder	Augsburg	ja	KV	0821 510400	0821 35700	dr.ebertseder@t-online.de
Dr. Angelika Lütke	München	ja	KV/ÄK	089 713729	089 71090537	angela.luethe@gmx.de
BVDN-Landesverband: BERLIN						
Dr. Gerd Benesch	Berlin	ja	KV	030 3123783	030 32765024	Dr.G.Benesch@t-online.de
Dr. R. A. Drochner	Berlin	ja	KV/ÄK	030 40632381	030 40632382	ralph.drochner@neurologe-psychiater-berlin.de
Dr. R. Urban	Berlin	ja	ÄK	030 39220221	030 3923052	dr.urban-berlin@t-online.de
BVDN-Landesverband: BRANDENBURG						
Dr. St. Alder	Potsdam	ja	ÄK	0331 7409500	0331 7409615	st-alder@t-online.de
Dr. M. Böckmann	Großbeeren	ja	ÄK	033701 338880		
Dr. G.-J. Fischer	Teltow	ja	ÄK	03328 303100		
Dr. H. Marschner	Blankenfelde	ja	KV	03379 371878		info@nervenarztpraxis-marschner.de
BVDN-Landesverband: BREMEN						
Dr. U. Dölle	Bremen	ja	KV/ÄK	0421 667576	0421 664866	u.doelle@t-online.de
BVDN-Landesverband: HAMBURG						
Dr. H. Ramm	Hamburg	ja	KV	040 245464		hans.ramm@gmx.de
Dr. A. Rensch	Hamburg	ja	ÄK	040 6062230	040 60679576	neurorensch@aol.com
Dr. R. R. Trettin	Hamburg	ja	KV/ÄK	0176 61298288	040 461222	praxis@neurologiewinterhude.de
BVDN-Landesverband: HESSEN						
Prof. Dr. A. Henneberg	Frankfurt/M.	ja	ÄK	069 59795430	069 59795431	henneberg-neuropsych@t-online.de
S. Specht	Griesheim	ja	KV	06155 878400	06155 878420	stefan.specht@web.de
Dr. W. Wolf	Dillenburg	ja	KV	0176 61298288	040 461222	praxis@dr-werner-wolf.de
BVDN-Landesverband: MECKLENBURG-VORPOMMERN						
Prof. Dr. J. Buchmann	Rostock	ja	ÄK	0381 4949460	0381 49	johannes.buchmann@med.uni-rosrock.de
Dr. Dr. M. Gillner	Rostock	nein	ÄK	03831 452200		
Dr. L. Hauk-Westerhoff	Rostock	ja	ÄK	0171 2124945		liane.hauk-westerhoff@gmx.de
BVDN-Landesverband: NIEDERSACHSEN						
Dr. R. Luebbe	Osnabrück	ja	KV	0541 434748		ralph.luebbe@gmx.de
BVDN-Landesverband: NORDRHEIN						
Dr. M. Dahm	Bonn	ja	KV/ÄK	0228 217862	0228 217999	dahm@seelische-gesundheit-bonn.de
Dr. A. Haus	Köln	ja	KV/ÄK	0221 402014	0221 405769	hphaus1@googlemail.com
BVDN-Landesverband: RHEINLAND-PFALZ						
Dr. G. Endrass	Grünstadt	ja	KV	06359 9348-0	06359 9348-15	g.endrass@gmx.de
Dr. R. Gerhard	Ingelheim	ja	ÄK	06132 41166	06132 41188	dr.gerhard@neuro-ingelheim.de
Dr. M. Michel	Landau	ja	ÄK	06341 929490	06341 929490	post@dr-michel.de
Dr. Ch. Roth-Sackenheim	Andernach	ja	ÄK	0160 97796487	02632 964096	C@Dr-Roth-Sackenheim.de
Dr. K. Sackenheim	Andernach	ja	KV/ÄK	02632 96400	02632 964096	bvdn@dr-sackenheim.de
Dr. S. Stephan	Mainz	ja	KV/ÄK	06131 582814	06131 582513	s.stephan@nsg-mainz.de
Dr. C. Werner	Mutterstadt	ja	ÄK	06234 920092	06234 920093	dr.ch.werner@t-online.de
BVDN-Landesverband: SAARLAND						
Dr. N. Rauber	Saarbrücken	ja	ÄK	0681 971723-3	0681 971723-5	zns.sb-rastpfuhl@t-online.de
Dr. R. Rohrer	St. Ingbert	ja	KV	06894 40-51	06894 40-21	rohrer@zns-igb.de
BVDN-Landesverband: SACHSEN						
Dr. M. Meinig	Annaberg-B.	ja	KV	03733 672625	03733 672627	mario.meinig@t-online.de
BVDN-Landesverband: SACHSEN-ANHALT						
Dr. Michael Schwalbe	Lutherstadt-Wittenberg	ja	KV	03491 442567	03491 442583	schwalbenhorst@t-online.de
BVDN-Landesverband: SCHLESWIG-HOLSTEIN						
Dr. U. Bannert	Bad Segeberg	ja	KV/ÄK	04551 969661	04551 969669	Uwe.Bannert@kvsh.de
BVDN-Landesverband: THÜRINGEN						
Dr. S. Köhler	Jena	ja	KV	03641 443359		sab.koehler@web.de
BVDN-Landesverband: WESTFALEN						
Dr. M. Bauersachs	Dortmund	ja	KV	0231 142818		info@klemt-bauersachs.de
Rüdiger Saßmannshausen	Bad Berleburg	ja	ÄK/KV	02751 2785	02751 892566	sassmannshausen@bvdn-westfalen.de

Dr. Uwe Bannert
Oldesloerstr. 9, 23795 Bad Segeberg
Tel.: 04551 96966-1, Fax: -9
uwe.bannert@kvsh.de

Dr. Martin Bauersachs
Ostenhellweg 61, 44135 Dortmund
Tel.: 0231 142818
info@klemm-bauersachs.de

Dr. Ute Bavendamm
Oskar-Schlemmer-Str. 15,
22115 Hamburg
Tel.: 040 715-91223, Fax: -7422
dr.bavendamm.strobel@freenet.de

Dr. Gerd Benesch
Bundesallee 95, 12161 Berlin
Tel.: 030 3123783, Fax: -32765024
Dr.G.Benesch@t-online.de

Dr. Ulrike Bennemann
Holzhäuser Str. 75, 04299 Leipzig
Tel.: 0341 52993-88, Fax: -90
ubennemann@psychiatrie-leipzig.de

Ralf Berkenfeld
Hochstr. 22, 47506 Neukirchen-Vluyn
Tel.: 02845 295223, Fax: -32878
berkenfeld@t-online.de

Dr. Rudolf Biedenkapp
Frankfurter Str. 127, 63067 Offenbach
Tel.: 069 82366006-1, Fax: -3
biedenkapp.r@t-online.de

Dr. Oliver Biniash
Fried.-Ebert-Str. 78, 85055 Ingolstadt
Tel.: 0841 837-72, Fax: -62
psypraxingo@t-online.de

Dipl. Med. Ralf Bodenschatz
Hainische Str. 4-6, 09648 Mittweida
Tel.: 03727 941811, Fax: -991013
rbodenschatz@t-online.de

Dr. Jens Bohlken
Klosterstr. 34-35, 13581 Berlin
Tel.: 030 332900-00, Fax: -17
dr.j.bohlken@gmx.net

Dr. Volker Bretschneider
Sternplatz 1, 89573 Ehingen
Tel.: 07391 7264-6, Fax: -8
dr.bretschneider@neuro-
logie-psychiatrie-ehingen.de

Prof. Dr. Elmar W. Busch
Wandrastr. 22, 45136 Essen
Tel.: 0173 2552541
elmar.busch@t-online.de

Dr. Gunther Carl
Friedenstr. 7, 97318 Kitzingen
Tel.: 09321 5355, Fax: -8930
carlg@t-online.de

Dr. Martin Delf
Lindenallee 7, 15366 Berlin
Tel.: 03342 42293-0, Fax: -1
dr.delf@neuroprax.de

Dr. Ulrich Döle
Leher Heerstr. 18, 28359 Bremen
Tel.: 0157 31087987,
Fax: 0421 2438796,
u.doelle@t-online.de

Dr. Joachim Elbrächter
Schlüterstr. 77, 20146 HH
Tel.: 040 414235-22, Fax: -23
dr.elbraechter@freenet.de

Dr. Günther Endrass
Obersülzer Str. 4, 67269 Grünstadt
Tel.: 06359 9348-0, Fax: -15
g.endrass@gmx.de

Dr. Martin Finger
Landgrafenstr. 28, 60486 Frankfurt

Tel.: 069 7706760-5, Fax: -7
praxis-finger@gmx.de

Dr. Peter Franz
Ingolstädter Str. 166, 80939 München
Tel.: 089 31-17111, Fax: -63364
pkfranz@aol.com

Dr. Matthias Freidel
Brauerstr. 1-3, 24568 Kaltenkirchen
Tel.: 04191 8486, Fax: -89027

Prof. Dr. Wolfgang Freund
Waaghausstr. 9-11, 88400 Biberach
Tel.: 07351 78-33, Fax: -34
freund-ulm@t-online.de

Dr. Klaus Gehring
Hanseatenplatz 1, 25524 Itzehoe
Tel.: 04821 20-41, Fax: -43
info@neurologie-itzhoe.de

Prof. Dr. Christian Gerloff
Universitätsklinikum Hamburg-
Eppendorf, Martinistr. 52
20251 Hamburg
Tel.: 040 42803-0, Fax: -6878

Dr. Heinrich Goossens-Merk
Hohe Weide 17b, 20259 Hamburg
dr.goossens-merkt@neurologie-
hamburg.net

Dr. Holger Grehl
Fahrner Str. 133, 47053 Duisburg
Tel.: 0203 508126-1, Fax: -3
holger.grehl@ejk.de

Prof. Dr. Rolf F. Hagenah
Appelhorn 12, 27356 Rotenburg
Tel.: 04261 8008, Fax: -8400118
rhagenah@web.de

Dr. Dipl.-Psych. Heinz Herbst
Marienstr. 7, 70178 Stuttgart
Tel.: 0711 220774-0, Fax: -1
heinz.herbst@t-online.de

Dr. Katrin Hinkfoth
Ulmenallee 10-12
18311 Ribnitz-Damgarten
Tel.: 03821 88980-10, Fax: -11
katrin.hinkfoth@gmx.de

Dr. Guntram Hinz
Harksheider Str. 3, 22399 Hamburg
Tel.: 040 60679-863, Fax: -576
guntram.hinz@yahoo.de

Dr. Thomas Hug
Bergheimer Str. 33, 69115 Heidelberg
Tel.: 06221 166622
hug.hug-pa@t-online.de

Dr. Werner E. Hofmann
Elisenstr. 32, 63739 Aschaffenburg
Tel.: 06021 44986-0, Fax: -244
w.e.hofmann@onlinehome.de

Dr. Birgit Imdahl
Bergstr. 5, 78628 Rottweil
Tel.: 0741 43747
praxis.imdahl@t-online.de

Dr. Caterina Jacobs
Eichenallee 18, 1812 Gelbensande
Tel.: 038201 6089-9, Fax: -7

Dr. Friedhelm Jungmann
Im Wildfang 13a, 66131 Saarbrücken
Tel.: 06893 987502-0, Fax: -9
mail@dr-jungmann.de

Prof. Dr. Reinhard Kiefer
Elise-Averdieck-Str. 17
27356 Rotenburg
Tel.: 04261 7722-19, Fax: -49
kiefer@diako-online.de

Dr. Rupert Knoblich
A.-Schweitzer-Str. 8, 64711 Erbach
Tel.: 06062 9416-0, Fax: -99

r.knoblich@neuro-centrum-
odenwald.de

Dr. Sabine Köhler
Dornburger Str. 17a, 07743 Jena
Tel.: 03641 443359
sab.koehler@web.de

Dr. Monika Körwer
Am Ziegelkamp 1F, 41515 Grevenbroich
Tel.: 02181 60081-50, Fax: -60
Nervenpraxis@t-online.de

Dr. Bernhard Kügelgen
Neversstr. 7-11, 56068 Koblenz
Tel.: 0261 30330-0, Fax: -33

Holger Marschner
Zossener Damm 33, 15827 Blankenfelde
Tel.: 03379 37187-8, Fax: -9
bvdn@nervenarztpraxis-marschner.de

Prof. Dr. Harald Masur
Piusallee 143, 48147 Münster

Dr. Norbert Mayer-Amberg
Bödekerstr. 73, 30161 Hannover
Tel.: 0511 667034, Fax: -621574
mamberg@htp-tel.de

Dipl.-Med. Mario Meinig
Barbara-Uthmann-Ring 157
09456 Annaberg-Buchholz
Tel.: 03733 67262-5, Fax: -7
mario.meinig@t-online.de

Dr. Ramon Meißner
Hinter d. Kirche 1b, 19406 Sternberg
Tel.: 03847 53-56, Fax: -85
rc.meissner.praxis@gmx.de

Dr. Uwe Meier
Am Ziegelkamp 1f
41515 Grevenbroich
Tel.: 02181 70548-11, Fax: -70548-22
umeier@t-online.de

Dr. Norbert Mönter
Tegeler Weg 4, 10589 Berlin
Tel.: 030 3442071, Fax: -84109520
moenter-berlin@t-online.de

Prof. Dr. Gereon Nelles
Werthmannstr. 1, 50935 Köln
Tel.: 0221 7902-161, Fax: -474
gereon.nelles@uni-due.de

Dirk Neubert
Bärwinkelstr. 33, 99310 Arnstadt
Tel.: 03628 602597, Fax: -582894
dirk@neubert.net

PD Dr. Matthias Nitschke
Sandstr. 18-22, 23552 Lübeck
Tel.: 0451 71441, Fax: -7060282
nitschke@neuro-im-
zentrum-luebeck.de

Bernhard Otto
Th.-Heuss-Str. 28, 38444 Wolfsburg
Tel.: 05361 772744, Fax: -875763
bernhard.otto@dgn.de

Dipl. med. Delia Peschel
Fröbelstr. 1, 03130 Spremberg
Tel.: 03563 52-213, Fax: -198
delip@web.de

Dr. Walter Raffauf
Dircksenstr. 47, 10178 Berlin
Tel.: 030 23456987-0, Fax: -9

Dr. Nikolaus Rauber
Rheinstr. 35, 66113 Saarbrücken
Tel.: 0681 971723-3, Fax: -5
zns.sb-rastpfehl@t-online.de

Dr. Elisabeth Rehkopf
Möserstr. 52-54, 49074 Osnabrück
Tel.: 0541 358560
elisabeth.rehkopf@web.de

Dr. Dr. habil. Paul Reuther
Schülzchenstr. 10
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Tel.: 02641 9804-0, Fax: -4
preuther@rz-online.de

Dr. Richard Rohrer
Kaiserstr. 3, 66386 St. Ingbert
Tel.: 06894 40-51, Fax: -21
rohrer@zns-igb.de

Dr. Wolfgang W. Rossbach
Holzhofstr. 5, 55116, Mainz
Tel.: 06131 22-2377, Fax: -7939
w.rossbach@gmx.de

Dr. Christa Roth-Sackenheim
Breite Str. 63, 56626 Andernach
Tel.: 0160 97796487, Fax: -964096
C@Dr-Roth-Sackenheim.de

Dr. Greif Sander
Bödekerstr. 73, 30161 Hannover
Tel.: 0511 667034, Fax: -621574
dr.sander@posteo.de

Rüdiger Saßmannshausen
Poststr. 30, 57319 Bad Berleburg
Tel.: 02751 2785, Fax: -892566
sassmannshausen@
bvdn-westfalen.de

Dr. Volker Schmiedel
Wiesestr. 5, 07548 Gera
Tel.: 0365 882038-6, Fax: -8
dr.v.schmiedel@telemed.de

Dr. Michael Schwalbe
Annendorfer Str. 15
06886 Lutherstadt-Wittenberg
Tel.: 03491 4425-67, Fax: -83
schwalbenhorst@t-online.de

Dr. David Steffen
Lothringer Str. 1, 66740 Saarlouis
Tel.: 06831 42084, Fax: -124175
mail@praxissteffen.de

Prof. Dr. Martin Südmeyer
Conradstr. 5, 14109 Berlin
Tel.: 0331 2413710-2, Fax: -0

Dr. Roland Urban
Turmstr. 76 a, 10551 Berlin
Tel.: 030 392-2021, Fax: -3052
dr.urban-berlin@t-online.de

Dr. Rita R. Trettin
Hudtwalckerstr. 2-8
22299 Hamburg
Tel.: 040 46-4818, Fax: -1222
praxis@neurologiewinterhude.de

Dr. P. Christian Vogel
Agnesstr. 14/III, 80798 München
Tel.: 089 27-30700, Fax: -817306
praxcvogel@aol.com

Prof. Dr. Claus-Werner Wallesch
Am Tannenwald 1, 79215 Elzach
Tel.: 07682 8018-70, Fax: -66
klaus.wallesch@neuroklinik-
elzach.de

Univ.-Prof. Dr. Heinz Wiendl
Albert-Schwietzer-Campus 1A
48149 Münster
Tel.: 0251 83468-10, Fax: -12
heinz.wiendl@ukmuenster.de

Egbert Wienforth
Cecilienstr. 1, 53840 Troisdorf
Tel.: 02241 778-48, Fax: -81
E.Wienforth@gmx.de

Prof. Dr. Markus Weih
Medic Center, Schweinauer
Hauptstr. 43, 90441 Nürnberg
Tel.: 0911 464400, Fax: -4719130
markus.weih@gmx.de

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: -31400, 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 Hartkopf (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 345-0, per Fax: 06221 345-4229 sowie auch über das Internet unter www.springermedizin.de/neurotransmitter und jede Buchhandlung entgegen. Das Abonnement gilt zunächst für ein Jahr. Es verlängert sich automatisch um jeweils ein Jahr, wenn dem Verlag nicht 30 Tage vor Ende des Bezugszeitraums die Kündigung vorliegt.

Bezugspreise: Einzelheft 31 €, Jahresabonnement 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 Mitgliedsbeitrag enthalten. Sonderpreis für DGPPN-Mitglieder: Jahresabonnement 67,50 €, inkl. gesetzl. MwSt., zzgl. Versandkosten (s. o.).

Copyright und allgemeine Hinweise: Zur Veröffentlichung kommen nur Beiträge, die an anderer Stelle weder angeboten noch erschienen sind. Die 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 Wiedergabe auch von Teilen dieser Zeitschrift durch Nachdruck, Fotokopie, Mikrofilm, EDV-Einspeicherung, Funk- oder Fernsehaufzeichnung vor.

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



© Highwaystarz-Photography/Getty Images /iStock (Symbolbild mit Fotomodellen)



Vorschau

Ausgabe 11/2020

November

erscheint am 11. November 2020

Bullycide

Immer mehr Kinder und Jugendliche werden durch Cybermobbing suizidal. Psychische Erkrankungen sind häufige Folgeereaktionen. Für die Kinder- und Jugend- sowie der Erwachsenenpsychiatrie bringt dies große klinische Herausforderungen.

Psychedelika in der Psychotherapie

Einst der Zukunftstrend, dann durch Verbote blockiert, zeigt sich aktuell starkes Interesse an der Erforschung und Weiterentwicklung der Therapie mit Psychedelika. Ihr potenzieller Nutzen lässt sich etwa im psychodynamischen und im verhaltenstherapeutischen Ansatz erkennen.

Psychische Folgen der Pandemie

Die psychischen Folgen der COVID-19-Pandemie in der Allgemeinbevölkerung wie auch bei medizinischem Personal sind wichtige Faktoren für die Entwicklung übergreifender Public-Health-Strategien.

Hier steht eine Anzeige.

