



### Psychiatrie

PD Dr. med. Dr. phil. dipl. Psych. Ulrich Michael Hemmeter  
Psychiatrische Dienste Graubünden, Chur  
Psychiatrisches Zentrum Appenzell Ausserrhoden



Prof. Dr. med. Henning Wormstall  
Praxis Webergasse  
Webergasse 58  
8200 Schaffhausen

## Schnittstellen zwischen Psychiatern und Hausärzten sind enger geworden

### Welche neuen Erkenntnisse des abgelaufenen Jahres in Ihrem Fachgebiet fanden Sie besonders spannend?

Das zurückliegende Jahr war von Besonderheiten und Belastungen gekennzeichnet, die in diesem Ausmass seit dem 2. Weltkrieg in unseren Breiten nicht mehr vorkamen. Zu nennen sind hierbei immer noch COVID-19, worauf wir bereits in den letzten Jahren eingegangen sind. Wachsende Bedeutung auch für die psychiatrische und psychotherapeutische Arbeit bekamen zwei gefährliche «heisse» Kriege in unserer Nachbarschaft, die viele unserer Patienten bewegen sowie eine nur begrenzt steuerbare Inflation oder klimatische Veränderungen nach sich ziehen, deren Tragweite für zukünftige Generationen nur erahnt werden kann.

Die COVID-19-Problematik begleitet den psychiatrischen Jahresrückblick in dieser Zeitschrift «Ars Medici» nun seit mehreren Jahren, hat aber aufgrund der Durchseuchung der Bevölkerung und der Herdenimmunität ihre Schrecken verloren. Das Virus ist jedoch nicht verschwunden und erfordert weiterhin in besonderen Situationen (Akutkliniken, geriatrische Einrichtungen, Transportmittel oder Versammlungen mit wenig Ausweichmöglichkeiten) präventive Schutzmassnahmen (Maske, Hygienemassnahmen, frische Luftzufuhr sowie einen sorgfältig indizierten Impfstatus). Auf neuropsychiatrischem Gebiet stehen nun Post- beziehungsweise Long-COVID-Manifestationen im Vordergrund und haben im therapeutischen Alltag an Bedeutung gewonnen.

Neuropsychiatrische Manifestationen bei Long-COVID (1) (Premraj et al. 2022) umfassen chronische Fatigue einschliesslich ausgeprägter und bis zur Handlungsunfähigkeit reichender Erschöpfbarkeit (postexertional malaise/PEM), vielfältige affektive Symptomatik, Anosmie und Ageusie, Kopfschmerzen, Schlafstörungen, diverse kognitive Störungen (brainfog) mit Beeinträchtigung des mnestischen Leistungsvermögens und der Sprachleistungen, Sensibilitäts- und Schmerzstörun-

gen, Guillain-Barré-Syndrom, Atemprobleme oder autonome Störungen (posturale Tachykardie, POTS) (2) (Gentilotti et al. 2023).

Risikofaktoren für Long-COVID sind weibliches Geschlecht, höheres Alter, hoher BMI, Rauchen, Angst/Depression, chronisch entzündliche Lungenerkrankung (COPD), wohingegen zwei erfolgte Impfungen statistisch mit einem niedrigeren Risiko für Post-COVID-Syndrom assoziiert sind (3) (Tsampanian et al. 2023).

Die Pathophysiologie von Long-COVID lässt sich nach derzeitigem Wissen durch virusgetriggerte (Viruspersistenz) und immunvermittelte Mechanismen (Autoantikörper), eine postinfektiös fortbestehende Entzündung, eine persistierende Koagulopathie (erhöhtes Schlaganfallrisiko), Serotoninmangel und psychische Faktoren (Anpassungsstörung, Depression, Angststörung, Somatisierungsstörung [PTBS]) erklären (4) (Berlit 2023). Eine schwedische Studie zeigt auch beim 2-Jahres-Follow-up trotz Befundbesserungen persistierende Einschränkungen im täglichen Leben (5) (Wahlgren et al. 2023).

Zu den Behandlungsansätzen bei Long-COVID gehören interdisziplinäre Betreuung, duales somatisches und psychisches Behandlungskonzept, kognitive Verhaltenstherapie (6) (Kuut et al. 2023) inkl. psychosomatischer Behandlung, individuell angepasstes körperliches Belastungsprogramm ohne Über- und Unterforderung, Riechtraining und symptomatische psychopharmakologische Behandlungsversuche.

### Klimakrise macht Angst

Ein zunehmend wichtiges Gebiet stellen die Modalitäten der Klimakrise dar. Terminologisch werden unter «eco distress» emotionale Reaktionen angesichts der Umweltzerstörung der Erde mit affektiven Symptomen wie Angst und Hoffnungslosigkeit beschrieben. Solastalgie beschreibt emotionale Schmerzen nach Veränderung der Heimat durch Umweltzerstörung. Unter Klimaangst wird die Befürchtung verstanden, in Zukunft selbst direkt vom Klimawandel betroffen zu sein. Unmittelbare Auswirkungen des Klimawandels auf die Psyche umfassen zum Beispiel aktuelle Naturkatastrophen und Wetterereignisse; indirekte Effekte können eine Nahrungsmittelknappheit, wirtschaftliche Krisen oder eine umweltbedingte Migration auslösen (7) (Meyer-Lindenberg, 2023).

Psychische Belastungen durch klimatische Extremereignisse wie Hitzewellen führen zu mehr Todesfällen und zu einer Befundverschlechterung bei psychisch erkrankten Menschen mit Schizophrenie und Demenz. Es kommt zu einer Zunahme von psychosozialen Effekten in Form von vermehrter kollektiver Gewalt, wirtschaftlichen Krisen, Verstärkung von sozialer Ungleichheit oder Verlust von Natur als Erholungsraum. Umgekehrt kann Resilienz durch Natur gefördert werden. Städter sind meist mehr gestresst als die Landbevölkerung.

Vulnerable Personen in Bezug auf den Klimawandel sind an erster Stelle ältere Menschen, psychisch Kranke, Frauen, Kinder oder Migranten. Anders ausgedrückt, können Menschen nicht gesund sein, wenn der Planet nicht gesund ist – «unser Planet hat Fieber» (7) (Meyer-Lindenberg, 2023).

Klimafragen bekommen für die Psychotherapie mehr inhaltliche Schwerpunkte. Psychotherapeuten beteiligen sich auch an der Stabilisierung von ökologischen und soziokulturellen Lebensgrundlagen. Klimafragen sind für alle medizinischen Fachrichtungen und nicht nur für die Geriatrie von Bedeutung. Inhalte in der Psychotherapie müssen dieses Problembewusstsein fördern, mit dem Ziel, eine vielfach vorhandene Verdrängung zu bearbeiten.

### **Neue International Classification of Diseases (ICD-11)**

Neben diesen aktuellen Gesellschafts- und umweltbedingten Stressfaktoren, die sich auf die psychische Gesundheit auswirken, sind vor allem die sich durch die Einführung der ICD-11 ergebenden neuen Aspekte in der Diagnostik, insbesondere aber auch im Verständnis psychischer Erkrankungen von Interesse und Relevanz.

### **Praxisrelevante Neuerungen**

Bereits im letzten Jahresrückblick wurde die ICD-11 erwähnt und dabei vor allem auf die Kapitel «Persönlichkeitsstörungen», «Spielsucht (gaming disorder)» sowie «Demenz» und «Delir» eingegangen. Bisher spielt die ICD-11 in der klinischen Praxis noch eine untergeordnete Rolle, da sie noch nicht einmal vollständig vom Englischen ins Deutsche übersetzt ist und für die Abrechnung nach wie vor die ICD-10-Diagnose relevant ist. Die zum Teil neue Klassifikation und Beschreibung psychischer Syndrome und Erkrankungen in der ICD-11 haben jedoch die Diskussion zum Verständnis psychischer Erkrankungen weiter entfacht, wie sich dies insbesondere auf der letzten Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) im November 2023 zeigte. An dieser Stelle sollen nun die Themen somatoforme Störungen, einfache und komplexe posttraumatische Belastungsstörung sowie die dissoziative Störung genauer betrachtet werden, zu denen auf der Tagung der DGPPN interessante Beiträge präsentiert wurden.

### **Somatoforme Störung**

Patienten mit somatoformen Störungen verorten ihre Beschwerden mit anhaltender Überzeugung bei organischen Ursachen. Sie haben unrealistische Behandlungserwartungen und ein dysfunktionales Krankheitsverhalten bei gleichzeitiger Unsicherheit der Ärzte über den angemessenen Umgang mit der Krankheitserscheinung. Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden zeigen zwar eine Überlappung mit Depressivität und Angst. Das betrifft aber nur die Hälfte der Patienten (8) (Löwe et al. 2008).

Die ICD-11 führt bei diesen Patienten für die Diagnostik eine positive Definition psychobehavioraler Kriterien ein, das heisst, das Krankheitsbild kann nicht erst nach Ausschluss von anderen Krankheiten diagnostiziert werden. Die ICD-11 spricht von «bodily distress disorder» als neuer Kategorie der somatischen körperlichen Belastungsstörung (9) (Henningssen et al. 2018). Patienten berichten über ihre Enttäuschungen, nehmen aber im Umfeld nicht psychisch relevante Zusam-

menhänge wahr, das heisst, Beschwerden dürfen aus subjektiver Sicht nichts mit ihren Lebensbelastungen zu tun haben. Patienten wollen und können die Verbindung von ihren körperlichen Beschwerden mit ihrer psychischen Lebenssituation auch nicht sehen.

Bei Alexithymie liegt Gefühlsblindheit vor. Diese Patienten können bei sich oder anderen nur schwer Gefühle wahrnehmen, spüren stattdessen diffuse körperliche Anspannungen oder Erregungen wie zum Beispiel Herzasen. Betroffene fallen dadurch auf, dass sie nur wenige oder nur oberflächliche Emotionen zeigen können.

Bei somatischen Untersuchungen müssen die Diagnoseschritte sehr gut überlegt und mit den Patienten thematisiert werden, damit sie nicht noch mehr Angst und Verunsicherung erfahren. Wichtig ist nicht nur, tiefenpsychologisch über die Seele zu sprechen, sondern gleichzeitig Körpergefühle einzubeziehen sowie Selbstfürsorge und Selbstwirksamkeit zu stärken.

### **Störungsmodelle der (einfachen/komplexen) posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS, kPTBS)**

Nachdem die ICD-10 die posttraumatische Störung (PTBS) und die Anpassungsstörung im Fokus hatte, wird in der ICD-11 die PTBS um die komplexe PTBS erweitert und zur Anpassungsstörung noch die anhaltende Trauerstörung zugefügt. Die klassische PTBS weist das Traumakriterium einer schweren Todes- oder Verletzungsdrohung auf und subsumiert in das Symptombild das intrusive Wiedererleben in der Gegenwart (Flashback), die bewusste Vermeidung und ein anhaltendes Bedrohungsgefühl mit psychosozialen Funktionseinträchtigungen. Eine komplexe PTBS liegt in der ICD-11 dann vor, wenn zusätzlich eine Störung der Selbstorganisation mit Problemen der Affektregulation, einem negativen Selbstkonzept und Schwierigkeiten in Beziehungen auftritt. Typ-I-Traumata sind eher kurzzeitig und einmalig (z. B. Naturkatastrophen, Vergewaltigung), Typ-II-Traumata beinhalten Kriegereignisse, häusliche Gewalt sowie länger dauernden sexuellen Missbrauch (10) (Maerker 2019).

Differenzialdiagnostisch müssen Borderline-Persönlichkeitsstörung (PS) und komplexe PTBS unterschieden werden. Bei einer Borderline-PS sind Traumaerlebnisse nicht erforderlich, aber häufig der Fall. Hinzu kommen Angst vor Verlassenheit, häufige Selbstverletzungen und instabile Beziehungen. Bei der komplexen PTBS sind die Angst vor Verlassenheit oder traumatische Ereignisse kein zwingendes Merkmal, aber eine anhaltende Vermeidung von Beziehungen.

Ätiologisch ist für die Ausbildung des Schweregrades der PTBS nicht die Schwere des Ereignisses, sondern die Ausprägung des subjektiven Erlebens von Bedeutung. Das heisst, dass die individuelle Reaktion auf das Trauma entscheidend ist und zu einer Kaskade von Folgeerscheinungen führt (10) (Maerker 2019).

Psychotherapie kann bei der komplexen PTBS auch mit Zwischenzielen erreicht werden. Besonders vulnerable Altersphasen für Traumatisierung mit PTBS sind die Pubertät und die «jungen Alten» mit Rollenwechsel (z. B. Pensionierung).

## Dissoziationen

Der Terminus Hysterie stammt von J. M. Charcot aus dem 19. Jahrhundert. Er wurde in der Klassifikation DSM-3 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) abgeschafft und durch neue Kategorien ersetzt. Das sind dissoziative Bewusstseinsstörungen, Somatisierungsstörung, Konversionsstörung und die histrionische Persönlichkeitsstörung.

Die ICD-10 definiert Dissoziation als teilweisen oder völligen Verlust der normalen Integration von Erinnerungen an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der unmittelbaren Empfindungen sowie der Kontrolle von Körperbewegungen. Die ICD-10 beschreibt dissoziative Körpersymptome sowie die multiple Persönlichkeitsstörung, das DSM-5 spricht von Konversionsstörungen und dissoziativer Identitätsstörung (DIS). In der ICD-11 wird die multiple Persönlichkeitsstörung in die dissoziative Identitätsstörung umbenannt und in das Vollbild der DIS und die partielle DIS unterschieden. Das Vollbild muss zumindest zwei unterschiedliche Persönlichkeitsstrukturen aufweisen. Die Depersonalisations- und De-realisationsstörungen werden bei der neuen Nomenklatur den dissoziativen Störungen zugeordnet und der Begriff «Konversion» zugunsten der Bezeichnung «dissoziative Störung mit neurologischen Symptomen» verlassen (11) (Stiglmayer und Schmahl 2023). Dissoziative Symptome können bei allen psychiatrischen Störungsbildern auftreten, wie in einer Metaanalyse aufgeführt (12) (Lyssenko 2017).

Unter therapeutischen Gesichtspunkten stehen die Bearbeitung dysfunktionaler Gedanken und Schemata, das Erlernen von antidissoziativen Fertigkeiten mit Realitätsüberprüfung, die Konzentration auf den Augenblick, die Aktivierung von Körperempfindungen aller fünf Sinne und die Verbesserung der Emotionsregulation im Vordergrund. Ätiologisch können sowohl die Dissoziationsneigung wie auch traumatische Erlebnisse und Auslöser betrachtet werden.

Die bessere Beschreibung der Klinik in der ICD-11 betrifft auch die bereits im vergangenen Jahr erwähnten Diagnosen «Demenz» und «Delir», die nun analog zum DSM-5 als Diagnosen in der Kategorie «Neurokognitive Störungen» beschrieben werden. Durch die Möglichkeit in der ICD-11 (gegenüber ICD-10), die behavioralen und psychischen Symptome der Demenz (BPSD), das heisst auch die Verhaltensstörungen, zu erfassen (13) (ICD-11, Dimdi, 2023), lassen sich aus der ICD-11-Diagnose auch genauere Rückschlüsse auf die Art und Schwere der Demenzerkrankung ableiten und damit auch über den Betreuungsaufwand, der eine Grundlage für eine leistungsbezogene, adäquate tarifliche Vergütung darstellen kann.

## Wurden 2023 in Ihrem Fachbereich Medikamente zugelassen, die die Therapie erheblich verbessern?

Im Jahr 2023 wurden keine neuen Psychopharmaka zugelassen. Es sind jedoch drei Substanzen mit Relevanz für psychische Erkrankungen zu erwähnen, wovon die eine bereits im letzten Jahr zugelassen wurde, nun aber erste klinische Erfahrungen vorliegen; die beiden anderen Substanzen befinden sich in der Zulassungsphase.

Bereits im Rückblick/Ausblick vor einem Jahr wurde über die möglichen neuen Optionen bei der Behandlung der Alzheimer-Erkrankung berichtet. Damals stand Aducanumab, das als erste in den USA zugelassene Antikörpertherapie direkt in den pathophysiologischen Prozess der Alzheimer-Erkrankung eingreift, im Mittelpunkt. In Europa wurde keine Zulassung erreicht. In der Schweiz wurde der Antrag auf Zulassung von der Firma zurückgezogen, da neben der nicht eindeutigen Wirksamkeit auch die potenziell schwerwiegenden Nebenwirkungen sowie ein intensives und aufwändiges Therapiemonitoring, das zu hohen Therapiekosten führt, diesen Entscheid beeinflussten (14) (Alzheimer Schweiz, 2022).

Mittlerweile liegen für eine zweite Substanz, Lecanemab, Daten vor, die eine deutlichere klinische Wirkung wie auch eine bessere Verträglichkeit im Vergleich zu Aducanumab nahelegen. In den USA ist kürzlich die Zulassung erfolgt; in Europa, wie auch in der Schweiz, ist die Substanz in der Antragsphase. Neueste Daten zeigen, dass Lecanemab nicht nur Amyloid-beta1-42 im Gehirn reduziert, sondern auch positiv in den Tau-Stoffwechsel eingreift (15) (van Dyk et al. 2023). Von verschiedenen Firmen sind weitere Substanzen in bereits fortgeschrittener Entwicklung, die ebenfalls die Pathophysiologie der Alzheimer-Demenz und auch die Tau-Aggregate günstig beeinflussen (16) (Clinical Trials on Alzheimer's Disease [CTAD], Congress Boston, MA, USA, October 24 – 27, 2023, Abbott 2023).

Für das im Jahr 2022 zugelassene Hypnotikum Daridorexant (Quviviq®) liegen nun weitere, neue Daten und vor allem auch erste klinische Erfahrungen mit der Anwendung der Substanz vor. Im Vergleich zu den bestehenden Hypnotika besitzt Daridorexant einen völlig anderen Wirkmechanismus, indem es antagonistisch am Orexinrezeptorsystem und somit direkt in die Schlaf-Wach-Regulation eingreift. Neben einer Verbesserung des Ein- und Durchschlafens zeigen sich auch Effekte auf die Schlafarchitektur im Sinn der Entwicklung eines normalen Schlafprofils mit Zunahme von Tief- und REM-Schlaf, ohne dass die Vigilanz am Tag beeinträchtigt ist.

Der grosse Vorteil der Substanz ist die Tatsache, dass kaum unerwünschte Wirkungen auftreten und sie im Gegensatz zu Benzodiazepinen und Z-Substanzen wie Zolpidem kein körperliches Abhängigkeitspotenzial hat. Die ersten Erfahrungen bei der Anwendung von Daridorexant im klinischen Alltag haben eine sehr gute Verträglichkeit gezeigt. Im Gegensatz zu den Benzodiazepinen und den Z-Substanzen setzt die Wirkung nicht gleich, sondern erst nach 3 bis 4 Wochen ein und ist dann stabil anhaltend.

Die häufigsten Nebenwirkungen waren Schläfrigkeit (2 bis 3% der Probanden vs. 2% in der Plazebogruppe) und Kopfschmerzen.

Es gibt keine Altersbeschränkung. Etwa 40 Prozent der Teilnehmenden in den bisherigen Studien waren über 65 Jahre alt, sodass die Substanz auch in dieser Altersgruppe, die ja häufig von Schlafstörungen wie auch von Komorbiditäten betroffen ist, gut angewendet werden kann (17) (Park et al. 2023).

Letztlich ist noch das Antipsychotikum Brexiprazol zu erwähnen, das mit Aripiprazol verwandt ist und für die Indika-

tion Schizophrenie zugelassen ist. Es erhielt im Jahr 2023 in den USA die Zulassung für den Einsatz bei Agitation und Aggressivität bei Demenz, und es wird erwartet, dass es auch in der Schweiz die Zulassung für diese Indikation erhält. Dies wäre wünschenswert, da die einzige für diese Indikation bei Demenz zugelassene Substanz, Risperidon, gerade bei dieser Patientengruppe oft mit unerwünschten Nebenwirkungen, wie extrapyramidalmotorischer Symptomatik (EPS), aber auch einer QT-Zeit-Verlängerung, verbunden ist. Diese Nebenwirkungen (wie auch anticholinerge Nebenwirkungen) treten bei Brexiprazol nicht auf. Damit stellt es bereits jetzt im Off-label-Gebrauch eine gute Behandlungsalternative dar, dies gerade bei älteren Patienten mit Demenz und Verhaltensstörungen (18) (Grossberg et al. 2020).

### **Einsatz von Psychedelika bei psychischen Erkrankungen**

Dieser Abschnitt betrifft keine neuen zugelassenen Medikamente, sondern den Einsatz von Psychedelika bei psychischen Erkrankungen, insbesondere bei therapieresistenter Depression. Diese Thematik rückte bereits in den letzten Jahren, insbesondere aber im vergangenen Jahr, zunehmend in die Öffentlichkeit. Es laufen derzeit weltweit viele Studien zu dieser Thematik, wie insbesondere zur Wirkung von Methylendioxyamphetamin (MDMA), Lysergsäurediethylamid (LSD), aber auch zu weiteren Substanzen wie Psilocybin, Dimethyltryptamin (DMT, Wirkstoff in Ayahuasca), Ketamin, Ibogain und Meskalin, die immer häufiger Gegenstand von Studien zur Behandlung von psychischen Erkrankungen sind (19) (Saraga 2023). Seit 2014 sind mit Bewilligung des Bundesamts für Gesundheit (BAG) eingeschränkte medizinische Anwendungen möglich, dies jedoch nur nach vorherigem Antrag an das BAG zur Durchführung eines individuellen Heilversuchs.

Die Kriterien zum Einsatz von Psychedelika sind streng: Die betreffende Erkrankung muss durch dokumentiertes Therapieversagen als unheilbar eingestuft sein, ein positiver Effekt für die Erhaltung der Autonomie muss zu erwarten sein, und die Indikation muss durch Studien untermauert sein (19) (Saraga 2023).

Voraussetzung für eine Bewilligung ist, dass vorgängig etablierte Behandlungen durchgeführt wurden, wie sie unter anderem in den Behandlungsempfehlungen der Schweizer Gesellschaft für Angsterkrankungen und Depression (SGAD) und der Schweizer Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) formuliert sind (20) (Holsboer-Trachslers et al. 2016).

Der Einsatz von Psychedelika kann in Zukunft das Spektrum bei der Therapie psychischer Erkrankungen erweitern.

### **Was hat Sie am meisten gefreut?**

Hier ist sicher das Ende der Pandemie zu erwähnen und dass damit psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen wieder wie vor der Pandemie im direkten Kontakt mit dem Patienten (und ohne Maske) möglich sind. Wir erleben es im Weiteren als sehr erfreulich, dass sich die interdisziplinäre

Zusammenarbeit mit den Kolleginnen und Kollegen der Somatik, insbesondere im Hinblick auf die Behandlung psychisch kranker Patienten mit somatischen Komorbiditäten und die Berücksichtigung medikamentöser Interaktionen, kontinuierlich verbessert.

Auch die zunehmende Akzeptanz psychischer Erkrankungen in der Öffentlichkeit, nicht zuletzt durch das Outing bekannter Personen des öffentlichen Lebens wie Sportler und Medienstars, trägt zur weiteren Entstigmatisierung der Psychiatrie bei.

### **Und was hat Sie am meisten geärgert?**

Hier hat es mehrere Themen gegeben, die wir in der Folge kurz erwähnen.

Als Erstes ist die mangelnde Verfügbarkeit wichtiger Psychopharmaka zu nennen. Ärgerlich war vor allem zum Jahresende hin die mangelnde beziehungsweise auch nicht mehr vorhandene Verfügbarkeit mancher wichtiger Medikamente. Hier ist vor allem Lorazepam zu nennen, das weit verbreitet angewendet wird und für viele Patienten, bei denen aufgrund einer Langzeitgabe eine körperliche Abhängigkeit besteht, äusserst wichtig ist. Vielfach erfolgt eine Umstellung auf Oxazepam, das im Wirkprofil und hinsichtlich der psychopharmakologischen Eigenschaften dem Lorazepam sehr nahe kommt. Dennoch ist für manche Patienten der Unterschied bemerkbar, mit der Folge einer psychischen Instabilität. Hinzu kommt, dass auch Oxazepam – nicht zuletzt aufgrund der grösseren Nachfrage – in den Apotheken bereits nicht mehr uneingeschränkt zur Verfügung steht. Auch bei weiteren Medikamenten sind Engpässe vorhanden, wie beispielsweise bei Atomoxetin, das als einziges ADHS-Medikament nicht auf der Dopingliste steht und somit für Leistungssportler mit ADHS als notwendige medikamentöse Behandlung essenziell ist. Auch bei anderen Psychopharmaka wie gängige und vielfach verschriebene Antidepressiva, auf die manche Patienten bereits seit Jahren gut eingestellt sind, bestehen Engpässe.

Dieser Sachverhalt stellt uns, die es mit vielfach im Verhalten schwierigen und leicht zu verunsichernden Patienten zu tun haben, vor grössere Herausforderungen. Dass solche Engpässe bei wichtigen und weit verbreiteten Medikamenten in unserer Gesellschaft auftreten können, hätte man sich früher nicht vorstellen können.

Ärgerlich beziehungsweise eher enttäuschend ist zudem, dass bei den ambulanten Tarifen weiterhin keine Entscheidung über die Einführung eines neuen Arzttarifsystems wie dem von der FMH erarbeiteten TARDOC getroffen wurde.

### **Ambulante Arzttarife: TARMED/TARDOC**

Es ist im vergangenen Jahr nicht gelungen, ein neues ambulantes Arzttarifsystem zu präsentieren, das von allen Tarifpartnern getragen wird, wie es der Bundesrat erwartet.

Die FMH hat den überarbeiteten TARMED/TARDOC erneut eingereicht, H+ (Spitäler der Schweiz) ein Tarifsystem aus einzelnen definierten ambulanten Pauschalen. Aufgrund der Annahme von Teilen der Kostendämpfungspakete im Gesundheitswesen im Parlament ist klar, dass neben dem bisher

bestehenden Einzelleistungstarif im TARMED auch Pauschalen in Zukunft entwickelt und in ein Tarifsysteem integriert werden müssen. Die von H+ favorisierten und in geringem Umfang bereits entwickelten ambulanten Pauschalen sollten somit in das neue Arzttarifsysteem integriert und mit dem von der FMH sehr detailliert und fundiert entwickelten TARDOC kombiniert werden.

Die Kommunikation zwischen H+ und der FMH hat sich im letzten Jahr verbessert; sie reichte aber noch nicht aus, um zu einer gemeinsamen tragfähigen Lösung zu kommen.

Es ist zu hoffen, dass durch die nun gegründete Organisation ambulante Arzttarife AG (OAAAT), in der alle Tarifpartner integriert und damit zur Kommunikation gezwungen sind, ein gemeinsam getragenes, dringend notwendiges neues Arzttarifsysteem zeitnah entwickelt werden kann.

Die Psychiatrie ist derzeit noch nicht von der Entwicklung von Pauschalen betroffen. Auch in der Hausarztmedizin, die ebenfalls zur sprechenden (und zuhörenden) Medizin gehört, sollen die Einzelleistungstarife bestehen bleiben, was aus unserer Sicht sehr erfreulich und notwendig ist.

### Fachkräftemangel

Nicht ärgerlich, aber unerfreulich ist der zunehmend spürbare Fachkräftemangel in unserem Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie. In einer kürzlich erschienenen Umfrage der FMH wurde berichtet, dass etwa 30 Prozent der Studierenden der Humanmedizin nach dem abgeschlossenen Studium daran zweifeln, ob sie je als Arzt in der klinischen Versorgung arbeiten werden (21) (NZZ, Dez. 2023). Dieses Resultat weist auf eine sich zunehmend entwickelnde «Unattraktivität» des Berufsbilds des Arztes hin. Die Psychiatrie, die nicht an erster Stelle der medizinischen Fächer bei der Wahl nach dem Studium steht, ist hier besonders betroffen, auch wenn es viele junge Kolleginnen und Kollegen gibt, die für das Fachgebiet sehr motiviert sind. Neben der finanziellen Vergütung spielen für die Attraktivität eines Berufs weitere Faktoren eine Rolle. Dazu gehören die gesellschaftliche Reputation, die Möglichkeit der permanenten Weiterentwicklung, die Überzeugung, sinnvolle Tätigkeiten auszuüben, wie auch die Wertschätzung durch Vorgesetzte und die Gesellschaft. Neben der Wichtigkeit von Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten, die durch die aus- und weiterbildenden Institutionen oftmals gut gegeben sind, wird die Sinnhaftigkeit der ärztlichen Tätigkeit durch die vielen administrativen Aufgaben häufig deutlich reduziert. Die Wertschätzung als wichtiger Motivationsfaktor hat in einigen (nicht in allen) psychiatrischen Institutionen im Vergleich zu früher in der Wahrnehmung der Ärzte deutlich abgenommen. Eine Folge davon ist, dass viele Ärzte nach Abschluss der Facharztweiterbildung unmittelbar in die eigene Praxis wechseln und die Institution aufgrund dieser Rahmenbedingungen verlassen. Die Folge ist ein Kompetenz- und Qualitätsverlust in den Kliniken, vor allem im Facharztbereich, der sich auf die klinische Versorgung wie auch auf die Assistentenweiterbildung negativ auswirken kann. Hier ist ein Umdenken im Hinblick auf eine wertschätzende Entwicklung und Förderung des Nachwuchses dringend gefordert.

### Anordnungsmodell Psychotherapie

Mittlerweile ein Dauerthema bei den Jahresrückblicken ist das Anordnungsmodell (siehe QR-Link), das doch zu grösseren strukturellen Veränderungen in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis geführt hat. Per 1. Januar 2023 wurde das zuvor gültige Delegationsmodell im Rahmen des TARMED durch das Anordnungsmodell ersetzt (22).

Die Erfahrungen des ersten Jahres zeigen, dass die Umstellung noch nicht reibungslos gelungen ist und immer wieder zu Irritationen und Unklarheiten führt.

Problematisch war und ist zum Teil noch die Umstellung für psychologische Psychotherapeuten in Weiterbildung. Sie waren zuvor bei einem Psychiater in Delegation angestellt, der ihre Leistungen über den TARMED abrechnen konnte. Das ist seit dem 1. Januar 2023 nicht mehr möglich. Die psychotherapeutischen Leistungen eines Fachpsychologen müssen nun über das neue (noch vorläufige) Tarifsysteem für Psychologen abgerechnet werden, in dem nur die Leistungen von Fachpsychologen voll vergütet werden. Auch die Frage der Weiterbildung psychologischer Psychotherapeuten ist noch nicht definitiv geklärt.

Durch das Anordnungsmodell sind auch die Schnittstellen zwischen Psychiatern und Hausärzten enger geworden. Hausärzte können 30 Stunden Psychotherapie bei einem psychologischen Psychotherapeuten anordnen. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass eine Anordnung zur Psychotherapie nur für psychologische Psychotherapeuten gilt. Soll der Patient eine Psychotherapie bei einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie erhalten, ist keine Anordnung (wie verschiedentlich geschehen), sondern eine Zuweisung in eine psychiatrische Praxis notwendig.

Nach diesen 30 Stunden muss eine Überprüfung der psychotherapeutischen Behandlung durch dafür legitimierte Ärzte erfolgen. Dies sind Kinder- und Jugend- sowie Erwachsenenpsychiater. Unter den Kinder- und Erwachsenenpsychiatern herrscht eine geteilte Meinung, ob sie für diese Leistung zur Verfügung stehen sollen, auch da die Vergütung hierfür in den Augen vieler Psychiater nicht ausreichend ist und sie zudem zumindest einen Teil der Patienten nicht kennen. Einzelne Ambulatorien psychiatrischer Institutionen (nicht in allen Versorgungsgebieten der Schweiz) bieten daher diesen Service für niedergelassene Hausärzte und psychologische Psychotherapeuten an.

Unklarheiten bestehen teilweise auch bezüglich der Verantwortlichkeit für Patienten, die sich in einer angeordneten Psychotherapie befinden. Der anordnende Arzt muss bei einer Verschlechterung der Symptomatik unter der angeordneten Behandlung informiert werden. Zudem hat er das Recht, gegebenenfalls auch die Pflicht, die Patienten jederzeit zur Verlaufskontrolle einzubestellen.

Um hier eine für Patienten optimale Versorgung wie auch eine optimale Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen zu erreichen, sind insbesondere eine gute Zusammenarbeit und eine effiziente Kommunikation zwischen Psychiatern und Hausärzten notwendig. Eventuell würden auch gemeinsame

Fort- und Weiterbildungen zu diesen Themen die Zusammenarbeit verbessern und erleichtern.

### Was ist Ihre wichtigste «Message» für die Kollegen in der Hausarztpraxis?

Die im vorgängigen Text genannten Themen COVID-19, insbesondere Long-COVID, sowie die weiteren aktuellen psychosozialen Belastungen durch die aktuellen Kriege und die damit verbundene Inflation, durch die Klimakrise sowie weitere existenzielle Unsicherheiten sind Problembereiche, die zu einer Zunahme psychischer (und somatischer/psychosomatischer) Erkrankungen führen können und die auch in den Hausarztpraxen präsent sind.

Dieser Entwicklung muss durch eine schnelle und transparente Bearbeitung der Ängste, die vor allem von Psychiatern und Psychotherapeuten geleistet werden kann, entgegengewirkt werden. Ein neuer Aspekt, der sich aus den aktuellen gesellschaftspolitischen Entwicklungen ergibt, ist, dass diese Themen die Patienten wie auch die Therapeuten in gleicher Weise betreffen, sie somit «im gleichen Boot» sitzen. Diesen Aspekt gilt es bei den Behandlungen einzubeziehen und die eigene Arbeit diesbezüglich jeweils kritisch zu reflektieren.

Gerade weil sich viele Patienten mit psychischen Erkrankungen und Störungen in der Hausarztpraxis befinden, ist auch für Hausärzte eine gute Expertise für psychische Erkrankungen notwendig. Dies betrifft insbesondere die Früherkennung psychischer Erkrankungen (v. a. Depressionen, Angststörungen, Demenzen), deren Behandlungsmöglichkeiten und den Kontext ihrer Entstehung. Das erfordert eine gute Zusammenarbeit, die nicht zuletzt durch gegenseitigen Respekt und Vertrauen gekennzeichnet ist.

Bei der Bewältigung all dieser Anforderungen und Fragen ist daher eine gute und enge Zusammenarbeit zwischen Psychiatern und Hausärzten zum Wohl aller Patienten weiterhin notwendig. ▲



QR-Link:  
Anordnungsmodell BAG  
[www.rosenfluh.ch/qr/anordnungsmodell](http://www.rosenfluh.ch/qr/anordnungsmodell)

#### Referenzen:

1. Premraj L et al.: Mid and long-term neurological and neuropsychiatric manifestations of post-COVID-19 syndrome: a meta-analysis. *J Neurol Sci.* 2022;434:120162.
2. Gentilotti E et al.: Clinical phenotypes and quality of life to define post-COVID-19 syndrome: a cluster analysis of the multinational, prospective ORCHESTRA cohort. *EClinicalMedicine.* 2023;62:102107.
3. Tsampasian V et al.: Risk factors associated with post-COVID-19 condition: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 2023;183(6):566-580.
4. Berlit P: Handlungsempfehlungen zu neurologischen Manifestationen bei Long-COVID, DGPPN-Kongress, 2023.
5. Wahlgren C et al.: Rehabilitation needs following COVID-19: Five-month post-discharge clinical follow-up of individuals with concerning self-reported symptoms. *EClinicalMedicine.* 2022;43:101219.
6. Kuut TA et al.: Efficacy of cognitive behavioral therapy targeting severe fatigue following Covid-19 results of a randomized controlled trial. *Clin. Infect. Dis.* 2023;77(5):687-695. <https://doi.org/10.1093/cid/ciad257>.
7. Meyer-Lindenberg A: Auswirkungen des Klimawandels auf die psychische Gesundheit – Daten und Mechanismen. DGPPN-Kongress, Nov. 2023.
8. Löwe B et al.: Validity of current somatoform disorder diagnoses: perspectives for classification in DSM-V and ICD-11. *Psychopathology.* 2008;41(1):4-9.
9. Henningsen P: Management of somatic symptom disorder. *Dialogues Clin Neurosci.* 2018;20(1):23-31.
10. Maerker A: Traumafolgestörungen, 5. Aufl. Springer 2019.
11. Stiglmayer und Schmahl 2023.
12. Lyssenko L et al.: Dissociation in psychiatric disorders: a meta-analysis of studies using the dissociative experiences scale. *Am J Psychiatr.* 2017;175:37-46.
13. Dimdi, ICD-11, 2023, <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-11>
14. Alzheimer Schweiz, 2022: <https://www.alzheimer-schweiz.ch/de/meldung/beitrag/aducanumab-in-europa-abgelehnt>.
15. van Dyck CH et al.: Lecanemab in Early Alzheimer's Disease. *N Engl J Med.* 2023;388(1):9-21.
16. Abbott A: Conquering Alzheimer's: a look at the therapies of the future. *Nature.* 2023, Apr;616(7955):26-28.
17. Park J et al.: Daridorexant: Comprehensive review of a new oral agent for the treatment of insomnia. *Ann Pharmacother.* 2023;57(9):1076-1087.
18. Grossberg GT et al.: Efficacy and safety of brexpiprazole for the treatment of agitation in Alzheimer's dementia: two 12-week, randomized, double-blind, placebo-controlled trials. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2020;28:383-400.
19. Saraga D: Heilende Drogen, Schweizerische Aerztezeitung, April 2023.
20. Holsboer-Trachlser E et al.: Die somatische Behandlung der unipolaren depressiven Störungen: Update 2016. Teil 1: Die Akutbehandlung depressiver Episoden, *Swiss Medical Forum.* 2016;16(35):716-772.
21. Neue Zürcher Zeitung, 55-Stunden-Woche: Damit muss den künftigen Ärztinnen niemand mehr kommen, <https://www.nzz.ch/schweiz/55-stunden-woche-damit-muss-den-kuenftigen-aerztinnen-und-aerzten-niemand-kommen-ld.1768569>. Letzter Abruf: 3.12.2023.
22. Bundesamt für Gesundheit (BAG): Anordnungsmodell. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Nicht-aerztliche-Leistungen/neuregelung-der-psychologischen-psychotherapie-ab-1-juli-2022.html>. Letzter Abruf: 8.1.24.