

NEUROTRANSMITTER

Neurologie und Psychiatrie – Berufspolitik und Fortbildung



BVDN



BDN



BVDP

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



Was zeigt dieses Bild? Seite 54

Von der Forschung zur Praxis 16

Mit dem gesamten Team auf die ZNS-Tage 2025

Lecanemab bei Alzheimer 22

Folgen einer Zulassung für die Neurologie

Start der ePA rückt näher 25

Sicherheitsfragen und Mehraufwand

Anfallssuppressiva absetzen? 36

Pharmakotherapie bei Epilepsie



Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.



»In katastrophalen Situationen, in existenzieller Not und Hoffnungslosigkeit haben Menschen in den vergangenen Jahrtausenden den Blick immer auf den Neubeginn gerichtet.«

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

Stürmische Zeiten für die Demokratie

Liebe Kolleginnen und Kollegen, zum Ende des Jahres 2024 fällt es mir schwer, ein lockeres und beschwingtes Editorial zu schreiben. Immer wieder hören wir Nachrichten über den Ukrainekrieg, der im Februar 2025 in das dritte Jahr geht und das Sterben in Israel und Gaza seit mehr als einem Jahr. Diese Berichte drängen Informationen über katastrophale Ereignisse in Afrika und in anderen Teilen der Welt an den Rand. Viele Monate dominierte der US-Wahlkampf auch unsere deutschen Medien. Wir haben auf eine mutige Wahlentscheidung der Amerikanerinnen und Amerikaner gehofft, nun hoffen wir auf die Stabilität der ältesten Demokratie der Welt trotz der aktuellen Wahlergebnisse dort. Nach erschreckenden, aber leider erwartbaren Wahlergebnissen in einigen Bundesländern Deutschlands schauen wir seit Anfang November paralytisch auf die politische Bühne in Berlin. Wird es in den kommenden Monaten möglich sein, wichtige Entscheidungen für Deutschland und Europa zu treffen oder findet nur noch Wahlkampf statt?

Schwierige Zeiten auch in der Gesundheitspolitik

Wir haben in der Gesundheitspolitik schwierige Jahre hinter uns. Prof. Karl Lauterbach, „ein Mediziner, aber kein Arzt“, wie der BÄK-Präsident Dr. Klaus Reinhardt einmal treffend bemerkte, traf Entscheidungen, die die Stabilität der vertragsärztlichen Versorgung und damit der gesamten Gesundheitsversorgung der Bürgerinnen und Bürger in Deutschland zunehmend destabilisierte. Seine Agenda, die „zweite Facharztschiene abzuschaffen“, verfolgte er stringent. Mit großem Aufwand brachte er in verschiedenen Gesetzesvorhaben Verunsicherung zu den Versorgerinnen und Versorgern sowie zu den Patientinnen und Patienten. Mit dem Zerbrechen der Regierung wird es kaum zu zeitnahen Ergebnissen kommen, weil für Beschlüsse im Bundestag die Parteienmehrheit fehlt.

Seit Jahrzehnten erwarten wir eine Reform der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Die Vorstellung der überfälligen GOÄ-Novellierung nach Konsentierung mit der privaten Krankenversicherung führte aber zu einem Sturm der meisten Berufsverbände, obwohl diese in die Entwicklung der neuen GOÄ eingebunden waren. Unzufriedenheit mit den kalkulierten GOÄ-Beträgen besteht insbesondere in den Fächern der apparativen Diagnostik. Aktuell ist zu befürchten, dass die GOÄ-Novelle in der Ärzteschaft nicht beschlussfähig wird und wir mit der alten GOÄ weiterleben müssen. Das ermuntert die Be-

fürwortenden der Bürgerversicherung. Nach Prüfung und Vergleich der Positionen können wir allerdings für die Fachgebiete Neurologie und Psychiatrie feststellen, dass die GOÄ-Novelle durch die differenzierte Abbildung unserer Leistungen eine Verbesserung der Versorgung bringen würde. Behandelnde in der Neurologie und Psychiatrie würden durch die Reform gewinnen, die Beibehaltung der bisherigen GOÄ würde sich dagegen schlecht auf unsere Fächer auswirken.

Fragen für die Zukunft

Nun kommt aber Weihnachten. Eine Zeit der Kerzen, der sanften Stimmung, der Besinnung auf Traditionen und Familie bricht an. In katastrophalen Situationen, in existenzieller Not und Hoffnungslosigkeit haben Menschen in den vergangenen Jahrtausenden den Blick immer auf den Neubeginn gerichtet. Wir wissen nicht genau, was uns persönlich und als Gesellschaft erwartet: Werden wir gesund bleiben? Werden Projekte gelingen? Wird es eine Zukunft für uns als Vertragsärztinnen und -ärzte geben? Hält unsere Demokratie die aktuellen Stürme aus? Kann es Frieden an Europas Grenzen geben? Diese und mehr Fragen beschäftigen uns.

Abschied ist mit Neuanfang verbunden und so dürfen wir auch auf eine neue Gesundheitsministerin oder einen -minister hoffen. Für die anstehende Bundestagswahl werden wir neben den drängenden Fragen der inneren und äußeren Sicherheit und der sozialen Absicherung, den Erhalt der vertragsärztlichen Versorgung und die Weiterentwicklung unserer wichtigen ressourcenschonenden Tätigkeit in den Praxen, die Reform der ambulanten Weiterbildung und vieles mehr unerschrocken ins Gespräch bringen. Als Berufsverbände der Neurologie, Psychiatrie und Nervenheilkunde haben wir den Wandel schon lange im Blick und gestalten diesen aktiv. Ergebnis unserer Arbeit sind ein Mitgliederzuwachs im BDN und BVDP sowie erfrischende Impulse der jungen Kolleginnen und Kollegen, die diese Verbände einmal anführen werden.

Lassen Sie uns also hoffnungsvoll und fröhlich in das neue Jahr starten! Ich wünsche Ihnen sorgenfreie und erholsame Tage im Kreise Ihrer Lieben. Bleiben Sie behütet!

Sabine Köhler

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

3 Editorial

Stürmische Zeiten für die Demokratie

Sabine Köhler

Gesundheitspolitik

8 Gesundheitspolitische Nachrichten

- AOK Nordost stellt Antragsformular für Off-Label-Use zur Verfügung
- Standortbestimmung der Berufsverbände zur ePA
- Steigende Beitragssätze bei Kranken- und Pflegeversicherung
- E-Rechnung: Was kommt auf die Praxen zu?

Christa Roth-Sackenheim

Aus den Verbänden

10 Rückblick und Ausblick

Mit neuen Angeboten und Plänen in das Jahr 2025

Bernhard Michatz, Sonja Faust

12 Häufigster Grund für Einzelfallplausibilitätsprüfungen

Off-Label-Use – größtes Regressrisiko für Praxen

Markus Weih

14 Preisverleihung an Dr. Uwe Meier

Langjähriges Engagement für die deutsche Neurologie

Bernhard Michatz

16 Einladung ZNS-Tage 2025

Fortbildung für das gesamte Team

Sabine Köhler, Klaus Gehring, Uwe Meier, Gereon Nelles, Markus Weih

19 Herbsttagung der BVDN-Länderdelegierten

Zukunft der Versorgung mitgestalten

Bernhard Michatz, Sonja Faust

Rund um den Beruf

22 Zulassungsempfehlung von Lecanemab

Aufbruch bei der Behandlung der Alzheimerdemenz

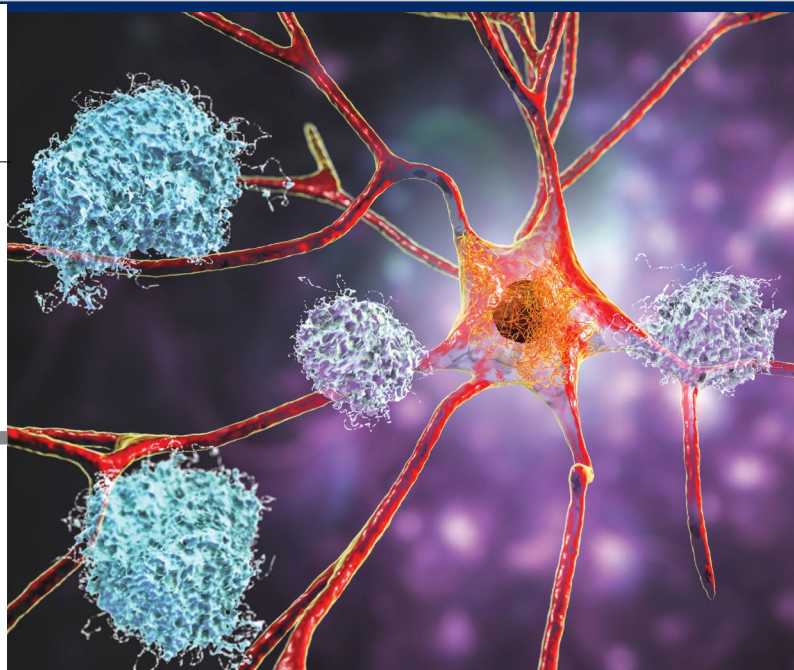
Gereon Nelles

25 Kurz vor dem Start der ePA

Sicherheitsfragen, Mehraufwand und Ende der Schweigepflicht

Andreas Meißner

☐ = Dieser Beitrag ist ein Titelthema.



22 Zulassungsempfehlung für Lecanemab

Der Ausschuss für Humanarzneimittel der Europäischen Arzneimittelagentur hat den monoklonalen Antikörper Lecanemab zur Zulassung in Europa empfohlen. Das Medikament soll für die Behandlung von Erwachsenen mit leichten kognitiven Einschränkungen oder einer leichten Demenz aufgrund der Alzheimererkrankung zugelassen werden. Allerdings bringt es einige Herausforderungen für neurologische und psychiatrische Praxen mit sich.

Bitte aktualisieren Sie Ihre Mitgliedsdaten!

Sie haben eine neue Praxisadresse, neue Bankverbindung oder einen veränderten Mitgliedsstatus?

Nutzen Sie das Formular unter <https://s.zns-news.de/mitgliederdaten> oder nebenstehenden QR-Code um uns bequem darüber zu informieren.



Wie Sie uns erreichen

Verlagsredaktion:

Dr. rer. nat. Gunter Freese
Telefon: 089 203043-1435, Fax: 089 203043-31435
gunter.freese@springer.com

Schriftleitung:

Dr. med. Sonja Faust
s.faust@berufsverband-nervenaerzte.de

Aboservice:

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

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Rund um den Beruf

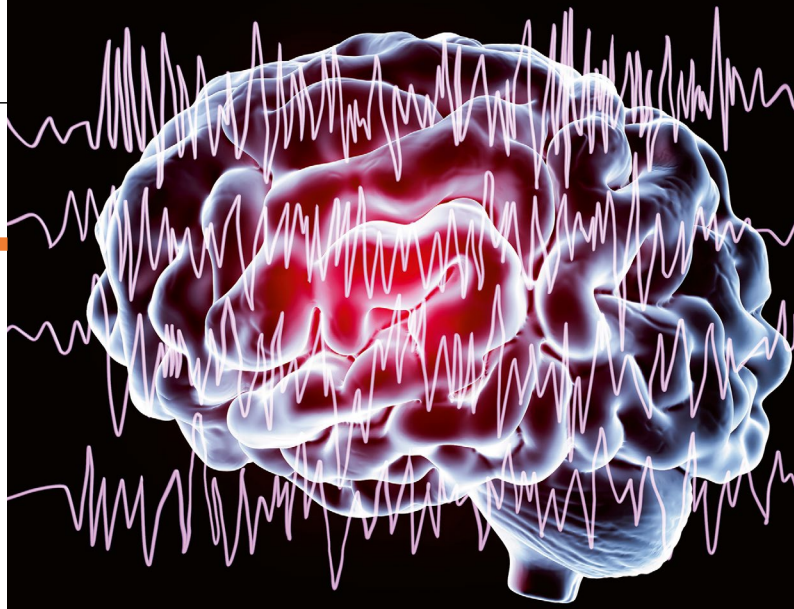
- 29 Zahlen nach wie vor lückenhaft**
Bundesweite Daten zur Unterbringung psychisch kranker Menschen
Markus Weih
- 32 Digitale Gesundheitsanwendung**
Per App gegen die Fatigue bei Multipler Sklerose
Arnfin Bergmann, Ulrich Kausch, Monika Köchling, Philip van Hövell, Niloofer Tavakoli
- 35 Honorarverteilungsmaßstab der KV Nordrhein**
Kein BAG-Zuschlag bei Jobsharing
Jörg Hohmann

Fortbildung

- 36 CME Pharmakotherapie**
Wann und wie können Anfallssuppressiva bei Epilepsie abgesetzt werden?
Maria Ilyas-Feldmann, Markus Weih
- 43 CME Fragebogen**

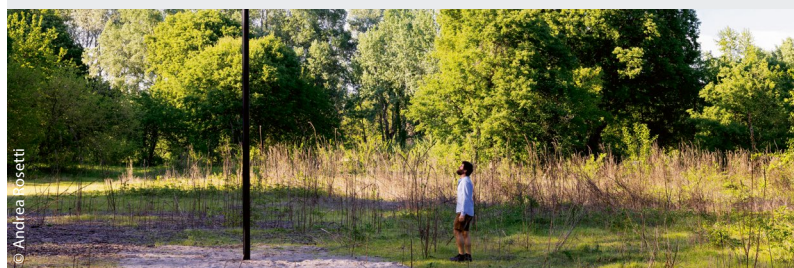
Journal

- 50 GESCHICHTE DER NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE**
Modepsychiater und leidenschaftlicher Professor – Otto Binswanger
Markus Weih
- 54 NEUROTRANSMITTER-GALERIE**
Impulse der Biennale Arte 2024 – Teil 2
Schwellen überschreiten mit Soundart
Angelika Otto
- 46 Pharmaforum**
- 53 Kleinanzeigen**
- 56 Termine**
- 57 Verbandsservice**
- 59 Impressum/Vorschau**



36 Anfallssuppressiva bei Epilepsie

Bei Patientinnen und Patienten mit Epilepsie ist das Risiko eines erneuten Anfalls nach Absetzen anfallssuppressiver Medikamente (ASM) doppelt so hoch wie unter der weiteren Einnahme. Soziale Aspekte wie Fahreignung und psychosoziale Faktoren müssen ebenso berücksichtigt werden wie Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten. Ein Absetzen einer ASM sollte in einer gemeinsamen Entscheidungsfindung nach Abwägen der Nutzen und Risiken gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten besprochen werden.



Titelbild (Ausschnitt): „Scattered by the Trees“.
Lesen Sie mehr in der „Galerie“ auf Seite 54f.

Gesundheitspolitik

FÜR ALLE KRANKENKASSEN ANWENDBAR

AOK Nordost stellt Antragsformular für Off-Label-Use zur Verfügung

➡ Das Formular „Vorabprüfung: Verordnung von Arzneimitteln außerhalb der Regelleistung“ kann auf der Website der AOK Nordost unter dem folgenden Link abgerufen werden: www.aok.de/gp/arzneimittel/off-label-use. Da die Krankenkasse auf ihr Markenrecht verzichtet, ist das Formular für alle Krankenkassen anwendbar.

Es lässt sich am Computer ausfüllen und als PDF-Anhang via dem Dienst von Kommunikation im Medizinwesen (KIM) an die Krankenkasse schicken. Mit dem Speichern der

PDF-Datei in der Patientendokumentation erübrigt sich auch eine parallel anzulegende Verordnungsdokumentation. Wurde das Formular vollständig ausgefüllt, sei mit Rückfragen des Medizinischen Dienstes laut der AOK kaum mehr zu rechnen.

Kommentar: Wer in der Neurologie und Psychiatrie bei einem Off-Label-Use auf die eigene Absicherung verzichtet, kann in verschiedene Kosten- und Haftungsfallen tappen. Das Thema ist nicht banal und eine rechtliche Klärung

zu Differenzkostenregressen steht noch aus. Viele Kolleginnen und Kollegen haben wenig Kenntnis davon, welche Angaben die Krankenkassen benötigen, um einen Antrag auf Off-Label-Use zu bearbeiten. Außerdem wird häufig über zu hohen Arbeitsaufwand geklagt. Hier kann das Formular helfen.

Umfangreiche Informationen zum Off-Label-Use finden Sie in der Anlage VI der Arzneimittelrichtlinie auf der Website www.g-ba.de/downloads/83-691-916/AM-RL-VI-Off-label-2024-08-10.pdf.

ELEKTRONISCHE PATIENTENAKTE

Standortbestimmung der Berufsverbände zur ePA

➡ Im Jahr 2025 wird die elektronische Patientenakte (ePA) in Deutschland eingeführt. Gesetzlich vorgeschrieben ist, dass Ärztinnen und Ärzte „bei Erkrankungen mit Risiko von Diskriminierung oder Stigmatisierung, insbesondere bei sexuell übertragbaren Infektionen, psychischen Erkrankungen und Schwangerschaftsabbrüchen“ auf das Recht hinweisen, der Befüllung der ePA zu widersprechen.

Die neuropsychiatrischen Berufsverbände empfehlen ihren Mitgliedern, Patientinnen und Patienten dahingehend zu beraten, der Einrichtung der ePA aus diesem Grund bis auf weiteres vollständig zu widersprechen. Der richtige Zeitpunkt dafür ist jetzt, da die Krankenkassen gerade ihre Versicherten über die Einrichtung der ePA informieren und der Widerspruch relativ einfach umgesetzt werden kann. Zu einem späteren Zeitpunkt nach anfänglicher Zustimmung zur ePA wird dies erheblich schwieriger sein.

Schutz sensibler Daten

Warum empfehlen die Verbände den Widerspruch? Daten zu psychischen Erkrankungen sind besonders schützenswert, weil sie im Zweifelsfall stigmatisierend wirken können.

Das erkennt auch der Gesetzgeber an. Zwar ist die ePA eine patientengesteuerte Akte und hat das Ziel, die Hoheit über die Gesundheitsdaten bei den Patientinnen und Patienten zu belassen. Diese eigene Steuerung erfordert allerdings umfängliche Kenntnisse, die bei den meisten Bürgerinnen und Bürgern nicht vorauszusetzen sind. Darüber hinaus zählen Gesundheitsdaten zu den sensibelsten und gleichzeitig für Hackerinnen und Hacker lukrativsten Daten. Eine zentrale Datenspeicherung, wie sie bei der ePA vorgesehen ist, ist daher ein attraktives Ziel für Angriffe. In der Vergangenheit waren bereits mehrere nationale und zentralisierte europäische Gesundheitssysteme von umfangreichen Datenpannen betroffen. Aus diesem Grund ist es vermutlich nur eine Frage der Zeit, bis auch die Daten der ePA in Deutschland gehackt werden.

Roll-Out verschiebt sich

Inzwischen meldete das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), dass sich der bundesweite Roll-Out der ePA, der ursprünglich für Februar 2025 geplant war, verschiebt. Der Beginn der Testphase in den Modellregionen wird wie geplant am 15.

Januar 2025 beginnen. Der bundesweite Roll-Out soll allerdings erst dann erfolgen, wenn die Erfahrungen in den Testregionen positiv ausgefallen sind. Hintergrund ist, dass viele PVS-Hersteller offenbar keine praktikablen Testmöglichkeiten für die ePA haben, sodass sie sie nicht sicher für ihr System entwickeln können.

Ziel sei es, die flächendeckende Einführung erst dann auf alle gesetzlich Versicherten auszuweiten, wenn in der Praxis sichergestellt ist, dass die grundlegenden Funktionen wie der Up- und Download von Dokumenten sowie die Nutzung der digitalen Medikationsliste reibungslos funktionieren, betonte die Abteilungsleiterin des BMG, Susanne Ozegowski, in einem Schreiben an den Bundesverband der Gesundheits-IT, das in Auszügen unter anderem im Ärztlichen Nachrichtendienst und auf der Seite der KBV veröffentlicht wurde.

Kommentar: Aktuell ist ein vollständiger Schutz der Gesundheitsdaten nur durch den Widerspruch gegen die Einrichtung der ePA und ihrer Komponenten zu gewährleisten. Deshalb sollte Patientinnen und Patienten ein Widerspruch empfohlen werden.

WIRTSCHAFTSWEISE ZUR KONJUNKTUR 2025

Steigende Beitragssätze bei Kranken- und Pflegeversicherung

Die Sozialkassen werden im kommenden Jahr 2025 von der erlahmenden deutschen Wirtschaft betroffen sein. Auch der Anstieg der Effektivlöhne wird laut Gutachten der Wirtschaftsweisen geringer ausfallen als im Vorjahr – den Krankenkassen bleibt in der Folge nur, ihre Beiträge zu erhöhen.

Angesichts der schwachen Konjunktur gehen die Wirtschaftsweisen für das Jahr 2025 von einem Wachstum von 0,4% aus. Das sind 0,5% weniger, als zu Anfang des Jahres 2024 prognostiziert wurde.

Lohnanstieg wird gering ausfallen

Es gab im Jahr 2024 bisher einen Anstieg der Effektivlöhne um 5,2%. Diese Zahl wirkte sich positiv auf die Einnahmesituation der Sozialkassen aus. Allerdings werde dieser Anstieg angesichts der erwarteten schwachen wirtschaftlichen Entwicklung in Deutschland im kommenden Jahr mit 3,5%

deutlich geringer ausfallen, so das Gutachten der Wirtschaftsweisen. Hinzu kommt außerdem, dass die Zahl der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Bürgerinnen und Bürger bei rund 34,9 Millionen stagnieren wird. In der Vergangenheit hatte sich diese Zahl jedes Jahr teilweise um mehrere hunderttausend Personen erhöht.

Die Wirtschaftsweisen gehen trotzdem bei der gesetzlichen Krankenversicherung im kommenden Jahr von einem Einnahmeanstieg von 6,9 Milliarden €, bei der sozialen Pflegeversicherung von 3 Milliarden € aus. Diese Summen werden jedoch nur durch steigende Zusatzbeiträge erreicht. In der gesetzlichen Krankenversicherung wird im Durchschnitt ein Plus der Zusatzbeiträge von 0,8% erwartet, in der Pflegeversicherung hat der noch amtierende Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach dagegen einen Anstieg um 0,2% angekündigt.



Gesundheitspolitische Nachrichten kommentiert von

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

Kommentar: Auch wenn es bestimmte Gesetzesvorhaben durch die politische Situation in Deutschland nicht in das nächste Jahr schaffen werden, wird die Finanzsituation der Sozialkassen in der Zukunft nicht rosig aussehen. Weitere Unsicherheiten sind einem Wirtschaftswachstum abträglich. Die Ärzteschaft kann aus diesem Grund nicht auf zusätzliche Finanzmittel für die wachsenden medizinischen Versorgungsbedarfe hoffen.

E-RECHNUNG

Was kommt auf die Praxen zu?

Ab dem 1. Januar 2025 gilt in Deutschland die Pflicht, E-Rechnungen für Leistungen zwischen Unternehmern auszustellen. Diese neue Regelung betrifft auch fachärztliche Praxen in den Fachgebieten Neurologie und Psychiatrie.

Eine E-Rechnung muss bestimmte technische Voraussetzungen erfüllen, um den steuerlichen Anforderungen zu genügen. Es reicht zum Beispiel nicht aus, die Rechnungen als PDF-Datei zu versenden. Das EU-Recht definiert eine E-Rechnung als ein Dokument in einem strukturierten elektronischen Format, das die automatische und elektronische Verarbeitung der darin stehenden Daten ermöglicht. Das bedeutet,

dass die E-Rechnungen nach der europäischen Norm EN 16931 erstellt werden müssen.

Zum Beginn des Jahres 2025 muss also jede neurologische und psychiatrische Praxis sichergestellt haben, dass sie in der Lage ist, E-Rechnungen von ihren Lieferanten zu empfangen.

Ausnahmefälle

Heilbehandlungen fallen nicht unter die Regelung. Rechnungen an Privatpatientinnen und -patienten können außerdem ebenfalls unverändert nicht als E-Rechnung ausgestellt werden. Der Gesetzgeber hat für die Jahre 2025 und 2026 eine Übergangs-

frist vorgesehen, in der Rechnungen weiterhin in Papierform oder als PDF ausgestellt werden können, auch ohne Zustimmung des Leistungsempfängers. Ab dem Jahr 2027 gilt diese Regelung jedoch nur noch, wenn der Gesamtumsatz des Rechnungsausstellers im Vorjahr 800.000 € nicht überschritten hat.

Kommentar: Bitte nehmen Sie Kontakt mit Ihrer Steuerkanzlei auf, sofern diese nicht schon auf Sie zugekommen ist. Eine zentrale E-Mailadresse für den Empfang von E-Rechnungen sollte rechtzeitig an Lieferanten kommuniziert und in den Briefkopf sowie die Signatur der Praxis aufgenommen werden.

Aus den Verbänden

Rückblick und Ausblick

Mit neuen Angeboten und Plänen in das Jahr 2025

Im Jahr 2024 leisteten BVDN, BDN und BVDP in herausfordernden politischen Situationen gute und erfolgreiche Arbeit. Für das Jahr 2025 heißt es, den Gestaltungsspielraum besonders in Bezug auf die Ambulantisierung zu nutzen. Intern soll der Mitgliederservice stetig ausgebaut und verbessert werden.

Das letzte Jahr war geprägt von berufspolitischen Herausforderungen, aber auch erfolgreichen Kongressen wie den ZNS-Tagen und einer starken Vernetzung, zum Beispiel durch das Tandemprogramm der Berufsverbände. Ein Ausblick auf das nächste Jahr soll zeigen, in welche Richtung sich BVDN, BDN und BVDP weiterentwickeln möchten.

ZNS-Tag

Auf den diesjährigen ZNS-Tagen konnten die Verbände einen Besucherrekord

verzeichnen. Vielfältige Programmpunkte mit Fortbildungen für Fachärztinnen und Fachärzte und erstmals auch für Medizinische Fachangestellte (MFA) prägten den Kongress.

In einem Polittalk analysierten der Vorsitzende der KV Nordrhein, Dr. Frank Bergmann, und der Vorsitzende des G-BA, Prof. Josef Hecken, fachkundig und gleichzeitig sehr unterhaltsam die aktuelle gesundheitspolitische Entwicklung, besonders mit Blick auf die Ambulantisierung in Neurologie und Psychiatrie. Wie diese erfolgreich gelin-

gen kann und worauf Behandelnde in den Fachgruppen vorbereitet sein müssen, war ein Thema des anschließenden Festvortrages von Hecken.

Mit über 100 Teilnehmenden gehörte eine ganztägige Schulung am 1. März 2024, die innerhalb von zwei Wochen ausverkauft war, zu den erfolgreichsten Veranstaltungen. Der Inhalt war in vier Blöcke aufgeteilt, Themen waren „Kommunikation und Tricks in der Gesprächsführung“, „Diagnostik und Behandlung ausgewählter neurologischer und psychiatrischer Krankheitsbilder“, „Notfall-



Die Berufsverbände entwickeln Angebote für Mitglieder in allen Stationen ihrer beruflichen Laufbahn.

versorgung“ sowie „Soziale und rechtliche Grundlagen“, die bei den MFA sowie den Ärztinnen und Ärzten zu intensiven Diskussionen anregten. Das Feedback der MFA war sehr gut.

Inzwischen ist auch die Anmeldung für die ZNS-Tage 2025 vom 13. bis 15. März 2025 eröffnet: www.zns-tage.de.

Fortbildungen

Zu Abrechnungsthemen und medizinischen Inhalten bieten die Verbände vorwiegend online stattfindende Fortbildungen an. Verbandsintern ging es dieses Jahr neben Abrechnungsseminaren unter anderem auch um die extrabudgetären Optionen in der Behandlung der Multiplen Sklerose (MS). Besprochen wurden die ambulante spezialfachärztliche Versorgung MS und der MS-Modul-Selektivvertrag. Die Biomarkerdiagnostik bei der Alzheimerdemenz und der Umgang mit Anfragen zum assistierten Suizid beschäftigten Ärztinnen und Ärzte ebenfalls. Diese Themen wurden in Webinaren aufgegriffen. Die Inhalte wurden gut angenommen und sollen in ähnlicher Art im Jahr 2025 weiter ausgebaut werden.

Gleichzeitig wurden die medizinischen Fortbildungen im Format Neuro-Workshop und PsyWorkshop mit einer hohen Teilnehmerzahl durchgeführt. Auch diese Formate werden im Jahr 2025 fortgesetzt.

Tandem – das Mentoringprogramm

Eine Nachfolge für die eigene Praxis zu finden wird immer schwieriger. Gleichzeitig wünschen sich viele junge Ärztinnen und Ärzte Unterstützung von erfahrenen Kolleginnen und Kollegen. Das Tandemprogramm der Berufsverbände geht die Probleme gleichzeitig an. Die Geschäftsstelle unterstützt, indem gesetzliche Grundlagen oder Vorgaben der Selbstverwaltung recherchiert werden. 13 Tandems konnten bundesweit bereits zusammengebracht werden und sich zu den jeweiligen beruflichen und privaten Lebensphasen austauschen. Um teilzu-

nehmen, melden Sie sich auf der Website www.bvdn.de/tandem an.

BDN-Forum

Im diesjährigen BDN-Forum auf dem DGN-Kongress am 7. November 2024 ging es wieder um hochaktuelle versorgungspolitische Themen. Es lag nahe, für das diesjährige BDN-Forum das Thema mit der größten Sprengkraft zu wählen: „Krankenhausreform und Ambulantisierung – Gesundheitspolitik als Schnellschuss oder Masterplan?“ Diese Themen betreffen alle, egal ob in der Klinik oder vertragsärztlich tätig oder als Patientinnen und Patienten Teil des Systems. Im BDN-Forum wurden sie mit den Vertretungen der relevanten Institutionen besprochen. Erfreulicherweise sind Dr. Gerald Gaß, Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft, und Dr. Andreas Gassen, Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), sowie Prof. Lars Timmermann, Präsident der DGN, der Einladung zur diesjährigen Debatte des BDN gefolgt sind.

Schon bald wird sich das Gesundheitssystem grundlegend wandeln. Als Behandelnde müssen wir uns dem stellen, ob wir wollen oder nicht. Wichtig ist, den Transformationsprozess zu verstehen und jetzt ärztlicherseits alle Gestaltungsmöglichkeiten nutzen.

Praxisinhaberschaft und Sammelbestellungen

Im täglichen Austausch mit den Mitgliedern werden Anfragen gesammelt, die den neurologischen und psychiatrischen Berufsverbänden am Herzen liegen. In regelmäßigen Abständen erfolgt eine Ordnung nach Häufigkeit und Priorität, um neue Angebote im Mitgliederservice zu etablieren. Anfragen nach Rechtsbeistand und Ratschlägen zur Abwehr von Plausibilitätsprüfungen ließen sich in diesem Jahr am häufigsten verzeichnen und im Zusammenspiel mit den Landes- und Bundesverbänden beantworten. Im vergangenen Jahr wurden aber auch immer mehr Anfragen nach möglichen

Sammelbestellungen für Geräte in der apparativen neurologischen Diagnostik registriert, sowie Hilfestellung bei Praxisneugründungen erbeten. Daher finden nun Gespräche mit verschiedenen Unternehmen statt, die vergünstigte Konditionen für Sammelbestellungen anbieten. Dieses Angebot soll wieder in den Mitgliederservice integriert werden.

Um auf die Nachfrage nach Beistand bei der Praxisgründung reagieren zu können, haben die Verbände etwas umfassender gedacht: In den verbandsinternen Fortbildungen wird in Zukunft ein Programm aufgebaut, das gemeinschaftlich von erfahrenen medizinischen Fachkolleginnen und -kollegen sowie Expertinnen und Experten aus den Bereichen Betriebswirtschaft und Recht alle Stationen einer Praxisinhaberschaft begleitet. Dazu zählen die ersten Schritte der vertragsärztlichen Tätigkeit mit der Praxisübernahme oder -gründung, die Mitte der beruflichen Tätigkeit mit Seminaren zur Personalbindung und Weiterbildung sowie das Ende der beruflichen Laufbahn mit einer Planung der Praxisübergabe und gegebenenfalls einer weiteren Tätigkeit in Altersteilzeit im Angestelltenverhältnis.

Weiterbildung

Erfreulicherweise verzeichnen die Verbände einen stetigen Zuwachs der Mitgliederzahlen im Bereich der Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten sowie Kolleginnen und Kollegen im Angestelltenverhältnis. Für diese wichtigen Gruppen an Mitgliedern werden im kommenden Jahr noch mehr maßgeschneiderte Angebote entstehen.

Austausch mit der Politik im Zeichen der Neuwahlen

Zum Kerngeschäft der Berufsverbände gehört der Austausch mit politischen Entscheidungsträgern auf allen Ebenen. Dazu zählen verschiedene Teilgebiete.

Im September 2024 legte die Bundesärztekammer (BÄK) einen neuen Entwurf der Gebührenordnung für Ärzte

(GOÄ) vor. Die neuropsychiatrischen Berufsverbände begrüßen, dass es nach 28 Jahren eine realistische Chance auf eine GOÄ-Novellierung gibt. Die Vergütung der Leistungen der Fachgruppen Neurologie und Psychiatrie sind in der Gesamtbetrachtung gestiegen und durch Einführung neuer Ziffern werden die Fächer nun deutlich besser abgebildet. Allerdings wurden apparative Leistungen wie der Ultraschall abgewertet. Hierzu werden die Verbände im kommenden Jahr weitere Gespräche mit dem Präsidenten der BÄK und deren Geschäftsführung suchen. Insgesamt wiegt jedoch die Chance auf eine historische Einführung schwerer als eine mögliche Nichteinführung mit Stagnation für die Fachgruppen.

Ebenfalls im Herbst fanden Gespräche mit den führenden Vertretungen der gesetzlichen Krankenkassen statt. Der Austausch mit diesem Teil der Selbstverwaltung machte in Bezug auf die Entbudgetierung und Vergütung klare Differenzen deutlich. Dahingegen gab es im Bereich Patientensteuerung und Delegation erstaunlich viele Gemeinsamkeiten.

Diese Gesprächsstränge werden daher im kommenden Jahr weitergeführt und ausgelotet, ob sich gemeinsame Positionspapiere oder andere Projekte erarbeiten lassen.

Seit einigen Jahren werden die Herausforderungen im Bereich Neurologie und Psychiatrie wahrgenommen und die Bedeutung der Fachgruppen in der KBV wieder wertgeschätzt. Daraus entwickelten sich verschiedene Projekte wie Arbeitsgruppen zu komplexen neurologischen und psychiatrischen Leistungen. Diese Gruppen planen, auch im Lichte der Ambulantisierung, neue Modelle für die Mitglieder zu erarbeiten. Darüber hinaus finden Diskussionen über die Einführung einer neuen Botulinumtoxin-Abrechnungsziffer und die verbesserte Vergütung der Gesprächsziffern statt. Weitere Vorhaben werden im kommenden Jahr folgen. Den Verbänden ist es ein großes Anliegen, die Komplexität der Patientenversorgung aktuell und leistungsgerecht abbilden zu können.

Durch die über Jahre hinweg gepflegten und intensivierten Verbindungen zu politischen Vertretungen auf Landes-

und Bundesebene werden bereits während der Erstellung von Wahlprogrammen die versorgungsrelevanten berufspolitischen Themen aus Neurologie und Psychiatrie platziert.

AUTOREN

RA Bernhard Michatz

Geschäftsführer des
BVDN, BDN und BVDP
Wulffstraße 8
12165 Berlin

b.michatz@berufsverband-neurologen.de



Dr. med. Sonja Faust

Referentin des BVDN, BDN und BVDP
Wulffstraße 8
12165 Berlin

s.faust@berufsverband-neurologen.de

Häufigster Grund für Einzelfallplausibilitätsprüfungen Off-Label-Use – größtes Regressrisiko für Praxen

Regressive können eine Praxis in ernsthafte finanzielle Schwierigkeiten bringen. Vor allem der Off-Label-Use stellt eine Gefahr dar. Indem Verordnungsbesonderheiten beachtet werden und eine Vorabprüfung durchgeführt wird, kann das Risiko für eine Regressdrohung allerdings stark reduziert werden.

Über die Dauerbrenner Regressrisiko und Off-Label-Use (OLU) wurde schon vielfach berichtet. Die Themen sind ärgerlich und bürokratisch und nehmen gefühlt, aber nicht objektiv, an Bedeutung zu. Andererseits muss das Gesundheitswesen mit seinen Ressourcen sparsam umgehen und benötigt, wie der Straßenverkehr, Tempolimits, Bremsen und gelegentlich ein „Ticket“. Sieht man über den eigenen Ärger hinweg und macht sich die Mühe, die dahinterstehenden Mechanismen zu verstehen, kann sich die Arbeit aber auch leichter gestalten und unter Umständen

Vorteile für die Patientinnen und Patienten bringen.

Differenzkostenberechnung

Ein OLU ist der häufigste Grund für einen Einzelfallregress und ein regelmäßiges Totschlagargument der Krankenkassen. In diesem Fall hilft kein Verweis auf Klinikentlassbriefe oder Leitlinien. Das ist für die Krankenkasse nicht relevant, sie macht die Ärztinnen und Ärzte verantwortlich, die das Rezept unterschrieben haben. In Zukunft könnte dieses Thema weiter an Fahrt aufnehmen, da nach § 106b Absatz 2a Sozialgesetzbuch

(SGB) V dann nur noch eine Differenzkostenberechnung stattfinden darf. Ist das regressive Medikament kaum teurer als eine „wirtschaftlichere“ Alternative, schmilzt die Regresssumme zusammen.

Weitere Besonderheiten

Aber auch sonst gibt es einige Besonderheiten zum OLU. So existiert eine Liste der zulässigen OLU, die durch eine G-BA-Expertengruppe geführt wird und gelegentlich studiert werden sollte. Sie findet sich gut versteckt in der Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie auf Basis von § 35c SGB V. Darin steht beispielsweise,

dass Lamotrigin auch bei zentral neuropathischen Schmerzen nach einem Schlaganfall eingesetzt werden kann und der pharmazeutische Hersteller dafür sogar eine Haftung übernimmt.

Natürlich können Ärztinnen und Ärzte immer ein Privatrezept erstellen. Das ist zum Beispiel bei anspruchsvollen, fordernden Patientinnen und Patienten zu empfehlen, die die Solidargemeinschaft mit einem Wunschkonzert verwechseln. Teils kommen sie mit etwas zu klaren Vorstellungen in die Sprechstunde, zum Beispiel einer Aussage wie: „Verschreiben Sie mir mal dieses Medikament, das ist echt gut, das hat mein Bekannter von seinem Psychologen auch verschrieben bekommen.“ Die GKV-Regeln sind für Privatversicherte und auch Privatrezepte nicht relevant. Die Haftung jedoch schon, weshalb in dem Fall gesondert aufgeklärt werden sollte.

Vorabprüfung

Ein weiterer, etwas mühsamerer Weg für Kassenpatientinnen und -patienten ist eine schriftliche Anfrage beim Medizinischen Dienst zur Vorabprüfung eines individuellen OLU. Diese ist zwar rechtlich nicht vorgeschrieben, gibt aber Planungssicherheit im Fall einer Zusage. Leider ist die standardmäßige Vorgehensweise dafür nach wie vor, das Formular datenschutzkonform per Post einzureichen. Prinzipiell ist die Übersendung per Kommunikation im Medizinwesen (KIM) auch möglich. Allerdings ist es mit viel Aufwand verbunden, die KIM-Adresse der Krankenkasse herauszufinden. Sollte dennoch eine Antragstellung erwogen werden, ist es als erstes notwendig, einen aktuellen Arztbrief mit einer Schilderung des orientierenden neurologischen oder psychischen Befundes auszuformulieren. Danach hilft es, sich die Denkweise der Gerichte zu eigen zu machen. Aus der Schilderung der Diagnose sollte hervorgehen, dass eine schwerwiegende Erkrankung zu behandeln ist. Eventuell empfiehlt sich eine Begründung, warum auch eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Schlafstörung oder Absencenepilepsie schwerwiegend sein und die Lebensqualität dauerhaft einschränken kann.



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

Eine Anfrage zur Vorabprüfung eines Off-Label-Use beim Medizinischen Dienst sollte datenschutzkonform nach wie vor am besten per Post versendet werden.

Drei Punkte müssen außerdem erfüllt sein:

- Es dürfen keine alternativen Therapien verfügbar sein.
- Falls es alternative Therapien gibt, muss ausgeführt werden, warum diese bestehenden Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft worden sind, beispielsweise durch Unverträglichkeit oder mangelnde Wirksamkeit.
- Es muss eine begründete Aussicht auf Erfolg bestehen.

Nachdem es heutzutage kaum noch eine Erkrankung gibt, für die keine Therapie existiert, kann auf Leitlinien oder andere wissenschaftliche Literatur verwiesen werden. So verfahren zum Beispiel Kliniken, die mit Erfolg bei verschiedenen neuroimmunologischen Erkrankungen Rituximab einsetzen und sparen damit für die Krankenkassen sogar noch Kosten gegenüber anderen Anti-CD20-Therapien (siehe **Regressschutz bei Rituximab**).

Eine Pflicht zur Kostenübernahme besteht durch die Krankenkasse aber selbst bei ausführlicher Begründung nicht, außer es handelt sich um lebensbedrohliche und sonst regelmäßig tödlich verlaufende Krankheiten. Diese kommen aber in neurologischen und psychiatrischen Praxen zum Glück eher selten vor.

Regressschutz bei Rituximab

Bei der Teilnahme von Verordnenden sowie Patientinnen und Patienten mit Multipler Sklerose (MS) am MS-Modulvertrag des BDN besteht für die Verordnung von Rituximab gegen MS automatisch ein Regressschutz. Weitere Informationen zur Teilnahme am bundesweiten Selektivvertrag mit den Ersatzkassen finden Sie, indem Sie den nebenstehenden QR-Code scannen oder eine E-Mail an info@cortex-management.de schreiben.



Liegt eine Genehmigung vor, kann das entsprechende Medikament nach der Aufklärung verordnet werden.

Prof. Dr. med. Markus Weih, Nürnberg

Preisverleihung an Dr. Uwe Meier

Langjähriges Engagement für die deutsche Neurologie

Auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie 2024 wurde Dr. Uwe Meier für seinen Einsatz in dem Fachbereich geehrt. Sein zentrales Ziel ist vor allem immer gewesen, die Rahmenbedingungen der Patientenversorgung zu verbessern. In seiner Dankesrede betonte er die gute Zusammenarbeit der Verbände und Gesellschaften im Gebiet der Neurologie.

Auf der Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) am 6. November 2024 während des 97. Kongresses der DGN erhielt Dr. Uwe Meier den „DGN-Preis für hervorragende Verdienste um die deutsche Neurologie“. Dieser Preis wurde fusioniert und ersetzt die früheren Ehrungen mit dem „Erb-Becher“ bis zum Jahr 2018 und der „Wilhelm Erb-Gedenkmünze“ bis zum Jahr 2019. Das DGN-Präsidium entscheidet über die Vergabe, die Preisverleihung erfolgte im Jahr 2024 durch Präsident Prof. Lars Timmermann.

Am wichtigsten ist Zusammenarbeit

In seiner Dankesrede betonte Meier, dass er die Ehrung an alle Vorstandsmitglieder der Berufsverbände und an alle, die sich im Berufsverband auf Landes- und Bundesebene engagieren, die diese Leistung mittragen und seit Jahren Berufspolitik betreiben, weitergeben möchte. Die Ehrung soll damit auf eine breite Ebene gehoben werden. Er lobte die gute Zusammenarbeit zwischen dem Berufsverband Deutscher Neurologen (BDN) und der DGN, die vor dem Hintergrund vergangener und aktueller Aufgaben notwendig sei: „Wir können die immer größer werdenden Herausforderungen nur vereint als Berufsverband und wissenschaftliche Gesellschaft meistern. Egal wo wir stehen, egal wo wir arbeiten, in einer Rehaklinik, einer Uniklinik, einer Klinik, einer Praxis oder in anderen Strukturen, wichtig ist, dass wir für eine gute neurologische Patientenversorgung



Dr. Uwe Meier (li.) erhielt den „DGN-Preis für hervorragende Verdienste um die deutsche Neurologie“. Er wurde von DGN-Präsident Prof. Lars Timmermann überreicht.

stehen, und zwar zusammen. Nicht gegeneinander. Das haben wir gut hingekriegt und das ist auch dringend nötig,“ rundete Meier seine Rede ab.

Versorgung immer im Blick

Meier studierte und promovierte an der Medizinischen Hochschule Hannover, absolvierte die Facharztausbildung im Klinikum Nordstadt Hannover und war im Anschluss als leitender Oberarzt in der Aatakllinik Wünnenberg tätig. Er ist seit der Gründung des BDN vor 25 Jahren Präsident des Verbandes und in diversen Gremien auf bundes- und landespolitischer Ebene aktiv, unter anderem

als Beiratsmitglied der DGN. Ebenso hat Meier wiederkehrend die Schriftleitung des NeuroTransmitters inne. Seit Jahrzehnten ist sein Bestreben, das enge und vertrauensvolle Verhältnis zwischen den Berufsverbänden und der DGN auszubauen und fortzuführen, immer mit dem Blick auf die Patientenversorgung, die er auch – neben all den ehrenamtlichen Tätigkeiten – in eigener Praxis übernimmt. Die Rahmenbedingungen der Patientenversorgung zu verbessern, steht im Zentrum seines Handelns und des Berufsverbands.

RA Bernhard Michatz, Berlin

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Einladung ZNS-Tage 2025

Fortbildung für das gesamte Team

Die Zukunft der ambulanten Versorgung stärken die Berufsverbände durch besondere neurologische und psychiatrische Fortbildungsangebote, zum zweiten Mal auch für Medizinische Fachangestellte.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, schon im kommenden Frühjahr, nämlich vom 13. bis 15. März 2025, treffen sich Psychiaterinnen und Psychiater sowie Neurologinnen und Neurologen gemeinsam mit ihren Mitarbeitenden aus ganz Deutschland wieder in Köln und online, um sich in ihrem Fachbereich fortzubilden, berufspolitische Neuigkeiten zu erfahren und sich in angenehmer Atmosphäre auszutauschen. Die Berufsverbände der Neurologie, Psychiatrie und Nervenheilkunde organisieren diese vielfältige Hybridveranstaltung mit CME-Zertifizierung, Symposien und Workshops zu relevanten Versorgungsthemen der einzelnen Fächer sowie fachübergreifend werden präsentiert. Den nicht ärztlichen Mitarbeitenden der Praxen werden neben MFA-Fachthemen auch Workshops zu Handlungsfeldern und ein Reanimationskurs angeboten.

Wir freuen uns, Sie auch zu unserer Abendveranstaltung am 14. März begrüßen zu können. Kommen Sie gemeinsam mit Ihren Praxiskolleginnen und -kollegen nach Köln und erleben Sie Fortbildung für das gesamte Team – wir sorgen für Sie!

Ihre Vertretungen der Berufsverbände**Dr. med. Sabine Köhler,**

1. Vorsitzende BVDN und BVDP

Dr. med. Klaus Gehring,

1. Vorsitzender BVDN

Dr. med. Uwe Meier, 1. Vorsitzender BDN**Prof. Dr. med. Gereon Nelles,**

Wissenschaftliche Leitung Neurologie

Prof. Dr. med. Markus Weih,

Wissenschaftliche Leitung Psychiatrie

Anmeldung jetzt!

Frühbucherrabatt nutzen und Workshops bei Anmeldung kostenfrei buchen:

**ZNS-Tage 2025 MFA-Fortbildung****Veranstaltungsort:** KV-Nordrhein | Butzweilerhofallee 7 | 50829 Köln**Programm für Freitag, 14. März 2025**

Zeit	Thema	Referentinnen/Referenten
Block I	Praxissituationen und ePA-Grundlagen	
9:00–10:00 Uhr	Anmeldesituationen und Konfliktlösung, Herausforderungen im Praxisalltag ePA-Management: Fehlervermeidung, Gerätenutzung	R. Balve S. Hochheim
15 Minuten	Kleine Pause	
Block II	Krankheitsbilder und Notfallintervention	
10:15–11:30	ADHS im Erwachsenenalter Depression Demenzerkrankungen Schizophrenie Notfälle in der psychiatrischen Praxis	Dr. C. Roth-Sackenheim Dr. C. Roth-Sackenheim Dr. D. Bendfeldt Dr. D. Augustin-Reuß Dr. D. Bendfeldt
15 Minuten	Kleine Pause	
11:45–13:00	Kopfschmerzsyndrome Parkinsonsyndrome Multiple Sklerose Epilepsie Notfälle in der neurologischen Praxis	Dr. D. Augustin-Reuß Dr. D. Rauthmann Dr. S. Klimpe Dr. S. Klimpe Dr. M. Nitschke
60 Minuten	Mittagspause	
Block III	Sozialrechtliche Aspekte: wann – wo – was	
14:00–15:00	Hilfestellung zur Beantragung von Patientenbelangen wie Krankentagegeld, Rente, Rehabilitationsanträgen, Vorsorgevollmacht	Dr. C. Zimmermann Dr. S. Klimpe
15:30–17:00	Workshops	
Workshop I	Psychiatrie: Handhabung psychiatrischer Medikamente	Z. Pufke-Yusafzai
Workshop II	Neurologie: Handhabung neurologischer Medikamente	Dr. S. Hunzinger
Workshop III	Refresher Reanimation (inkl. Zertifikat als Teilnahmenachweis)	Deutsches Rotes Kreuz

Planungsstand 5. November 2024, Änderungen vorbehalten



ZNS TAGE

2025

NEUROLOGIE-UND PSYCHIATRIEKONGRESS

Wissenschaft und Berufspolitik anwenden

ZNS-Tage 2025 Ärzteprogramm

13. März 2025 Donnerstagnachmittag

13. März 2025 Donnerstagnachmittag											
	16:00	16:30	17:00	17:30	18:00	18:30	19:00	19:30	20:00	20:30	
	16:15		16:45	17:15	17:45	18:15	18:45	19:15	19:45	20:15	
Vortrag	Begrüßung	Eröffnungsthema – Big Data Prof. Dr. A. Meyer-Lindenberg		Pause	Industrie-symposium	Klassifikation und Therapie der Demenz Prof. Dr. M. Hüll, Prof. Dr. G. Nelles			Austausch Praxisbörse		
Seminar	Praxisgründung, -übernahme und -abgabe Neurologie Dr. S. Klimpe										
Seminar	Praxisgründung, -übernahme und -abgabe Psychiatrie n. N.										
Crashkurs	Facharzt Neurologie Block I PD. Dr. L. Burghaus, Prof. Dr. Ö. Onur										
Externer Ort	EXTERN: Digitale Praxis – Besuch in der KV Nordrhein										

14. März 2025 Freitagvormittag

14. März 2025 Freitagvormittag														
	07:30	08:00	08:30	09:00	09:30	10:00	10:30	11:00	11:30	12:00	12:30		13:00	13:30
	07:45			08:45	09:15	09:45	10:15	10:45	11:15	11:45	12:15		12:45	13:15
Vortrag				Kongresseröffnung und Mitgliederversammlung	Vorsitzende im Gespräch	Pause	Medizinische und psychotherapeutische Behandlung der therapieresistenten Depression Prof. Dr. A. Reif				Industriesymposium	Industriesymposium		
Vortrag							Industriesymposium	MS Prof. Dr. S. Schmidt, Prof. Dr. G. Nelles			Mittagspause und Besuch der Industrieausstellung			
Vortrag							Kopf- und Gesichtsschmerzen Dr. C. Gaul	cPTBS n. N.						
Seminar							Gutachten Teil 1 Prof. Dr. F. Bergmann, Dr. H. Schain							
Workshop							Liquordiagnostik mit Punktionstraining Dr. C. Stosch							
Crashkurs							Facharzt Neurologie Block II Dr. H. Lehmann, Dr. M. Schroeter			Facharzt Neurologie Block II Dr. H. Lehmann, Dr. M. Schroeter				
Crashkurs							Facharzt Psychiatrie Prof. Dr. M. Weih, Dr. E.-H. Kim			Facharzt Psychiatrie Prof. Dr. M. Weih, Dr. E.-H. Kim				

Bitte umblättern >>>

14. März 2025 Freitagnachmittag														
	13:30	14:00	14:30	15:00	15:30	16:00	16:30	17:00	17:30	18:00	18:30			
	13:45		14:15	14:45	15:15	15:45	16:15	16:45	17:15	17:45	18:15	18:45	ab 19:00	
Vortrag	Parkinson Prof. Dr. L. Timmermann				Pause	Industriesymposium	ADHS Dr. C. Zimmermann, Prof. Dr. W. Retz		Pause	Hot Topics Psychiatrie: ICD 11 n. N.		Kleiner Empfang in der Industrieausstellung	Get-Together mit Festvortrag und Musik und Büffet Dr. E. Lundershausen	
Vortrag	Angststörungen Prof. Dr. M. Weih, n. N.			Industriesymposium		Schizophrenie – Frühdiagnostik mittels KI Prof. Dr. E. Meisenzahl		Industriesymposium		Hot Topics Neurologie: wichtige Studien Prof. Dr. G. Nelles				
Vortrag Seminar	Epilepsie: Vom Symptom zu Diagnose und Therapie, leitliniengerechte Therapie PD Dr. L. Burghaus					Seminar: Basiswissen Transgeschlechtlichkeit T. Müller	Cerebrale Gefäßerkrankungen Prof. Dr. Ö. Onur			Seminar: Geriatrie Dr. S. Toto				
Vortrag Seminar			Industriesymposium	Myopathien; Polyneuropathien und Mononeuropathien n. N.				Abrechnungssseminar Psychiatrie Dr. C. Roth-Sackenheim						
Seminar	Gutachten Teil 2 Prof. Dr. F. Bergmann, Dr. H. Schain					Assistierter Suizid Dr. D. Beck, Dr. A. E. Landis		Abrechnungssseminar Neurologie Dr. K. Gehring						
Workshop	Nervensonografie mit praktischen Übungen Dr. A. Schramm					EEG richtig lesen PD Dr. L. Burghaus								
Crashkurs	Facharzt Neurologie Block III Dr. H. Lehmann, Dr. M. Schroeter					Facharzt Neurologie Block III Dr. H. Lehmann, Dr. M. Schroeter								
Crashkurs	Facharzt Psychiatrie Prof. Dr. M. Weih, Dr. E.-H. Kim					Facharzt Psychiatrie Prof. Dr. M. Weih, Dr. E.-H. Kim		Facharzt Psychiatrie Prof. Dr. M. Weih, Dr. E.-H. Kim						

15. März 2025 Samstagvormittag												
	09:00	09:30	10:00	10:30	11:00	11:30	12:00	12:30	13:00	13:30	14:00	
	09:15		09:45	10:15	10:45	11:15	11:45	12:15	12:45	13:15	13:45	
Vortrag	KI Prof. Dr. G. Nelles, Prof. Dr. C. Seiferth			Industrie- symposium	Pause	Schlafstörung und Insomnietherapie Prof. Dr. W. Freund			Industrie- symposium	Mittagspause und Kongressabschluss		
Vortrag	ICF Schulung: Zeitsparen beim Rehaantrag – wie schreibe ich einen guten Rehaantrag? PD Dr. C. Dohle					Industrie- symposium	Neurootologie n. N.					
Workshop/ Vortrag	Workshop: Elektroneurografie mit praktischen Übungen V. Milnik					NMO: Differenzialdiagnose MS Prof. Dr. O. Aktas			Industrie- symposium			
Crashkurs	Facharzt Neurologie Block IV PD Dr. L. Burghaus, Prof. Dr. Ö. Onur					Facharzt Neurologie Block IV PD Dr. L. Burghaus, Prof. Dr. Ö. Onur						
Stand: 12. November 2024												

Stand: 12. November 2024

Herbsttagung der BVDN-Länderdelegierten

Zukunft der Versorgung mitgestalten

Im herbstlichen Frankfurt am Main kamen am 15. und 16. November 2024 der Vorstand und die Länderdelegierten des BVDN zusammen. Zu den Kernthemen der Tagung zählten die Einführung der elektronischen Patientenakte, der Vorschlag der Bundesärztekammer zur GOÄ-Novellierung und die Demenzversorgung nach der Zulassungsempfehlung der monoklonalen Antikörpertherapie.

Bereits am Donnerstagnachmittag des 14. Novembers 2024 trafen sich im Tagungshotel Flemings am Eschenheimer Tor der Bundesvorstand des BVDN, Geschäftsführer Bernhard Michatz, Berlin, sowie das Geschäftsstellenteam. Das Treffen diente dem intensiven Austausch über zurückliegende und zukünftige Projekte sowie der Vorbereitung der anschließenden Delegiertenversammlung. Um das Portfolio der Serviceangebote für die Mitglieder weiter zu präzisieren, wurde für Anfang 2025 eine neue Mitgliederumfrage geplant (zuletzt Ende 2022 durchgeführt). Zudem wurden die unterjährig eingegangenen Mitgliederanfragen ausgewertet und Handlungsableitungen für die Geschäftsstelle beschlossen.

Zeitreise durch die Medizingeschichte

Am Freitag begann die Delegiertenversammlung mit Teilnehmenden aus allen Landesverbänden. Nach der Begrüßung durch Dr. Sabine Köhler, Jena, und Dr. Klaus Gehring, Itzehoe, folgte durch den Gastgeberlandesverband ein Einführungsvortrag zur Geschichte der Neurologie und Psychiatrie in Frankfurt am Main, gehalten von Dr. Stephen Kaendler, Offenbach am Main. Mit eindrucksvollem Bildmaterial und medizinhistorischem Wissen stimmte er auf die Tagung ein. Kaendlers Zeitreise begann bei der „Anstalt für Irre und Epileptische“ in Frankfurt am Main und ging schließlich über zu Alois Alzheimer, der Anfang des 20. Jahrhunderts mit Auguste Deter die erste beschriebene Patientin mit Demenz untersucht hatte. Kurze Zeit später, im Jahr 1914, wurde Prof. Ludwig Edinger erster Ordinarius für Neurolo-

gie in Deutschland. Er war einer der Gründungsordinarien der Universität Frankfurt. Aus dem Millionenerbe seiner Frau gründete Edinger außerdem die Ludwig-Edinger-Stiftung. Das Edinger-Institut zählt heute zu den größten Instituten für Neuropathologie in Deutschland und wird von Prof. Karl Plate geleitet.

Neuer Demenzleitfaden und GOÄ-Novellierung

Dem Vorstandsbericht schloss ein Überblick über die konkrete berufspolitische Arbeit des BVDN und der Schwesterverbände BDN und BVDP in multiplen Gremien auf Bundes- und Landesebene an. Auch das Thema Demenzversorgung – am Abend vor der Delegiertenversammlung hatte die Verbände das revidierte, nun positive Votum der Europäischen Arzneimittelbehörde zu Lecanemab erreicht – wurde seitens des Verbands bereits vorausgedacht: Anfang des

kommenden Jahres werden die Berufsverbände einen Leitfaden mit dem aktuellen Arbeitstitel „Demenz Handbuch“ veröffentlichen. Dieser Leitfaden wird die aktuelle S3-Leitlinie Demenz mit einem konkreten Versorgungspfad, an dem sich Praxen orientieren können, verknüpfen.

Ein ebenfalls hochrelevantes Thema war die vorgelegte Einigung der Bundesärztekammer mit dem PKV-Verband zur Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Eine Gegenüberstellung der Beträge, die bei der Behandlung häufiger neurologischer und psychiatrischer Krankheitsbilder zum einen nach GOÄ/Stand 1996 und zum anderen nach GOÄ/Vorschlag 2024 abgerechnet werden könnten, ergab das Bild eines durchschnittlich deutlichen Zuwachses für die Fachgruppen Neurologie und Psychiatrie. In der anschließenden Diskussion wurde deutlich, dass für diese Fachgruppen die Verabschiedung einer neuen



Die Versammlung der BVDN-Länderdelegierten fand im November in Frankfurt statt.

© BVDN



Ein abendlicher Stadtpaziergang führte die Tagungsteilnehmenden über den Paulsplatz und den Kaiserkrönungsweg durch die Frankfurter Altstadt.

GOÄ essenziell ist. Im Gegensatz zu vielen anderen Fachgruppen würde die Beibehaltung der aktuellen GOÄ die bestehende schlechte Vergütung privatärztlicher Leistungen zementieren. In den nächsten Monaten sollen die vertrauensvollen Gespräche mit dem Präsidenten der Bundesärztekammer fortgeführt werden. Hier werden die Berufsverbände deutlich machen, dass die Weiterentwicklung der Abrechnungspositionen im Sinne einer besseren Versorgung von Patientinnen und Patienten auch dann gewährleistet werden muss, wenn die neue GOÄ nicht verabschiedet wird.

Frankfurt abseits der Medizin

Das Abendprogramm am Freitag bestand aus einer äußerst kurzweiligen Stadtführung durch zwei Kunsthistorikerinnen. Der Spaziergang führte die Teilnehmenden von der Frankfurter Hauptwache über das Goethehaus, die Paulskirche und das Haus der Demokratie zum Kaiserkrönungsweg bis in die Neue Altstadt. In einer urigen Apfelweinkneipe ließen die Delegierten den Freitagabend ausklingen.

BVDN heute und morgen

Am Samstag wurden der Geschäftsstellenbericht durch Michatz sowie ein Kasenzwischenbericht und Haushaltsplan

2025 von Schatzmeister Prof. Gereon Nelles, Köln, vorgestellt. Durch in der Vergangenheit aufgebaute Maßnahmen zur Mitgliederer Gewinnung, wie der Digitalisierung des Verbandes und dem Ausbau der Serviceangebote, ist es gelungen, stabile Mitgliederzahlen zu halten. Im Vergleich zu Berufsverbänden anderer Fachgruppen, die einen Verlust im Bereich von 5 % zu verzeichnen haben, beschert dieser Umstand stabile Mitgliederbeiträge. 95 % der Austritte aus dem BVDN sind altersbedingt.

Im Anschluss erfolgten zwei Abstimmungen: die Aufteilung des Bundesanteils des Mitgliederbeitrags von Dreifachmitgliedern auf die drei Verbände (28 Ja, eine Enthaltung) sowie die Verabschiedung des Haushaltsplans 2025 (28 Ja, eine Enthaltung).

Die Eckpunkte der Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) ab 2025 sowie deren aktuell geplante Umsetzung wurden detailliert von Dr. Sabine Köhler erklärt. Bereits im Vorhinein hatte der Bundesverband Vorbereitungen für die Erleichterung der Beratungstätigkeit als Behandelnde getroffen. Aus den Landesverbänden Rheinland-Pfalz und Brandenburg wurden Übersichten zu den häufigsten Fragen zu dem Thema beziehungsweise den Forderungen nach Veränderungen zusammengetragen.

Der Bundesverband wird in Kürze für alle Mitglieder eine Handreichung mit Patienteninformationen zur ePA für den Alltag zur Verfügung stellen.

In der anschließenden Gruppenarbeit wurden die Delegierten gebeten, ihre Vorstellungen, Ideen und Forderungen zu den folgenden Themen zusammenzufassen: Nachwuchsgewinnung für die berufspolitische Arbeit, Ziele und Aufgaben der Verbände aus ihrer Sicht sowie die Zukunft der Weiterbildung. Nach einer Beratungsphase stellte eine Person aus jeder Gruppe die Ergebnisse vor, und es entstand eine konstruktive Diskussion. Einige der Anregungen waren von den Verbänden bereits umgesetzt worden, müssen aber besser auffindbar und beworben werden. Neue Aspekte werden in den kommenden Sitzungen des Vorstands mit dem Geschäftsstellenteam weitergedacht.

Unter dem Tagesordnungspunkt „Berichte aus den Ländern“ stellte Dr. Ulrike Bennemann, Leipzig, eine Übersicht besonders förderungswürdiger Leistungen aus den 17 KVen vor, mit der Bitte, diese als Argumentationsgrundlage für Honorarverhandlungen zu ergänzen. Dr. Carolin Zimmermann, München, präsentierte das von ihr initiierte ADHS-Innovationsfondprojekt. Die Berufsverbände planen dieses Projekt, um die Versorgung erwachsener ADHS-Betroffener zu verbessern und eine angemessene Honorierung der neuropsychiatrischen Diagnostik zu evaluieren. Der Entwurf soll nächstes Jahr beim Gemeinsamen Bundesausschuss eingereicht werden und das Projekt bei Bewilligung im Jahr 2026 starten. Die Verbände versuchen, den hierfür nötigen bürokratischen Aufwand in den Praxen möglichst gering zu halten, möchten aber im Vorfeld ein Stimmungsbild ermitteln und erfahren, wer bereit wäre, an diesem Projekt mitzuwirken. Die Einladung zur Teilnahme an der Umfrage erfolgte über digitale und Printmedien.

Geschlossen wurde die Herbsttagung mit Terminabsprachen. Die nächste Frühjahrstagung wird im Rahmen der ZNS-Tage in Köln vom 13. bis 15. März 2025 in Präsenz stattfinden.

RA Bernhard Michatz, Berlin,
Dr. med. Sonja Faust, Berlin

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Rund um den Beruf

Zulassungsempfehlung von Lecanemab

Aufbruch bei der Behandlung der Alzheimerdemenz

In Europa wurde der erste monoklonale Antikörper zur Behandlung der Alzheimerdemenz zur Zulassung empfohlen. Was für Erkrankte eine große Hoffnung bedeutet, stellt für neurologische und psychiatrische Praxen neue Herausforderungen dar. Die Berufsverbände haben dazu bereits wichtige Vorarbeit geleistet.

Am 14. November 2024 hat der Ausschuss für Humanarzneimittel der Europäischen Arzneimittelagentur (European Medicines Agency, EMA) empfohlen, den monoklonalen Antikörper Lecanemab für die Behandlung der leichten kognitiven Störung (MCI) und der leichten Alzheimerdemenz (AD) zuzulassen [1]. Die Behörde hat damit ihre ursprüngliche Entschei-

dung revidiert. Nach über 20 Jahren Stillstand in der medikamentösen Therapie gibt es endlich einen Fortschritt für die Behandlung einer der schwersten und gleichzeitig häufigsten Hirnerkrankungen. Viele Patientinnen und Patienten verbinden große Hoffnung mit der neuen Therapie. Wie kam es zu dieser Entscheidung? Und welche Bedeutung hat eine Zulassung der EMA für die

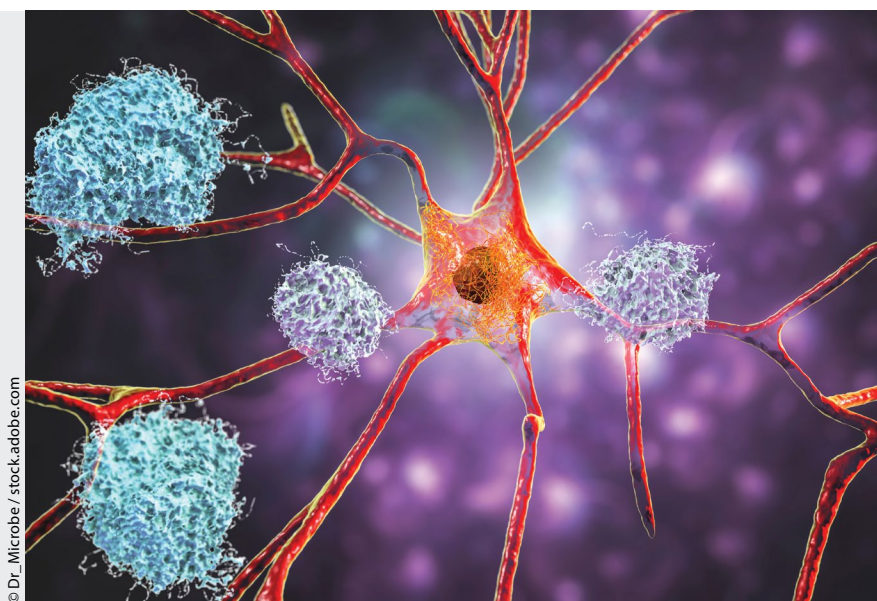
Neurologie und Psychiatrie in Deutschland?

Behandlung mit Lecanemab

Lecanemab wird einmal pro zwei Wochen als Infusion verabreicht. Der Antikörper bindet lösliches und unlösliches β -Amyloid und führt zu einer starken Reduktion des neurotoxischen Peptids im Gehirn. Eine große placebokontrollierte Phase-III-Studie hat die klinische Wirksamkeit von Lecanemab belegt [2]. In der Positronen-Emissionstomografie (PET) ist dabei zu sehen, dass das toxische Amyloid durch das Medikament nahezu vollständig eliminiert wird. Der kognitive Abbau wird so bei Patientinnen und Patienten mit MCI und leichter AD signifikant verlangsamt. Nicht abschließend geklärt ist allerdings bis heute, ob die β -Amyloidablagerungen im Gehirn tatsächlich die Ursache der AD sind oder nur einer von mehreren Schritten in einer pathogenetischen Kaskade, oder sogar möglicherweise nur ein Epiphänomen.

Wechselhafte Vorgeschichte der Anti-Amyloidtherapie

Am 7. Juni 2021 hatte die amerikanische Arzneimittelbehörde Food and Drug Administration (FDA) den monoklonalen Antikörper Aducanumab für die Behandlung der AD zugelassen [3]. Ein un-



© Dr. Microbe / stock.adobe.com

Lecanemab sorgt für die Entfernung von β -Amyloidablagerungen im Gehirn.

abhängiges Beratungsgremium bei der FDA, das Independent Data Monitoring Committee, hatte sich auch nach der tiefen Analyse der Studiendaten klar gegen eine Zulassung ausgesprochen. Dieser Empfehlung war die FDA jedoch nicht gefolgt. Weltweit hat diese Entscheidung auch deswegen heftige Kritik ausgelöst. Einige führende US-Wissenschaftlerinnen und -Wissenschaftler hielten gar einen Korruptionsfall in der obersten Arzneimittelaufsicht für nicht ausgeschlossen [4]. Die Reaktionen zeigten mehr als deutlich, wie umstritten die Zulassungsentscheidung für Aducanumab war. Nachdem die amerikanischen Krankenversicherungen die Kostenübernahme mehrheitlich abgelehnt hatten, wurde Aducanumab praktisch nie in die klinische Versorgung übertragen. Der Hersteller hat den Vertrieb inzwischen eingestellt. In Europa wurde Aducanumab nicht zugelassen.

Anwendung in der Praxis

Die Situation ist bei Lecanemab anders. Erstmals konnte mit diesem Antikörper auch ein robuster Effekt auf klinische Endpunkte gegenüber der Behandlung mit Placebo nachgewiesen werden. Deswegen hatte die FDA Lecanemab im Juli 2023 für die Behandlung der frühen AD in den USA zugelassen. Auf dem diesjährigen Kongress der American Academy of Neurology berichteten bereits viele Zentren über ihre ersten Erfahrungen aus der klinischen Routineanwendung, zum Teil mit Behandlungszahlen von mehr als 100 Patientinnen und Patienten pro Zentrum. Diese Behandlung der frühen AD ist also in den USA bereits angekommen.

Prüfverfahren der EMA

In Europa hat es sich die EMA mit der Zulassung nicht leicht gemacht. Sie hat zunächst die wissenschaftlichen Daten der Clarity-Studie einer sehr strengen Prüfung unterzogen. Die Behörde gelangte dabei im vergangenen Jahr zu dem Ergebnis, das die Studie keinen Be-

leg für ein ausreichendes Nutzen-Risiko-Verhältnis zeigen konnte. In der Begründung wurde ausgeführt, dass der durch die Substanz erreichbare verzögerte Verlust kognitiver Fähigkeiten nicht das Risiko schwerer unerwünschter Nebenwirkungen aufwiege, insbesondere das Auftreten von ARIAs (amyloid-related imaging abnormalities). Unterschieden werden dabei ARIA-E (ARIA mit Ödem) und ARIA-H (ARIA mit Blutungen). Ursache dieser Reaktionen des Hirngewebes ist wahrscheinlich die schnelle Entfernung der β -Amyloidablagerungen. Das ARIA-Risiko ist bei Patientinnen und Patienten mit zwei Kopien des Alzheimererisikogens ApoE4 besonders hoch.

Dieser Beobachtung hat die Zulassungsbehörde in ihrer aktuellen Entscheidung Rechnung getragen. Zuvor wurden sorgfältig die Daten von 1.521 Patientinnen und Patienten aus der Zulassungsstudie mit nur einer oder keiner ApoE4-Kopie und 274 doppelten Merkmalstragenden ausgewertet. In der ersten Gruppe kam es unter der Therapie mit Lecanemab bei 8,9 % zu ARIA-E und bei 12,9 % zu ARIA-H. Unter homozygoten Trägerinnen und Trägern des ApoE4-Gens traten ARIA-E unter Lecanemab bei 32,6 % auf und damit deutlich häufiger als bei Patientinnen und Patienten mit einfacher oder fehlender ApoE4-Merkmalsausprägung. Der Ausschuss für Humanarzneimittel der EMA empfiehlt demnach die Zulassung des Medikaments ausschließlich für Patientinnen und Patienten mit nur einer oder keiner Kopie von ApoE4. Homozygote ApoE4-Trägerinnen und -Träger sind von einer Behandlung mit Lecanemab ausgeschlossen.

Bedeutung für Deutschland

Mit der Einführung von Lecanemab für die Behandlung von MCI und früher AD kann im Laufe der ersten Hälfte des Jahres 2025 gerechnet werden. Allerdings wird es dabei vermutlich auch eine Reihe von Auflagen für die Behandlung ge-

ben. So wird Lecanemab, vergleichbar mit der Zulassung in den USA, ausschließlich über ein kontrolliertes Zugangsprogramm verfügbar gemacht, um sicherzustellen, dass nur solche Patientinnen und Patienten behandelt werden, die der Zulassung entsprechen. Auch sind mehrere Untersuchungen mittels Magnetresonanztomografie (MRT) obligat. Diese sollten mindestens vor Beginn der Therapie, vor der fünften, siebten und 14. Dosis sowie jederzeit bei Bedarf stattfinden. Sorgfältig dokumentiert werden muss die Aufklärung über die möglichen Symptome von ARIA-E und ARIA-H wie Kopfschmerzen, Verwirrtheit, Sehstörungen, Schwindel, Übelkeit und Gangstörungen. Die neuropsychiatrischen Berufsverbände werden dafür in Kürze ein Handbuch bereitstellen.

Bereits seit mehreren Monaten befinden sich die Verbände in sehr enger Abstimmung mit den Vertretungen von Kliniken, Spezialambulanzen, Hausärztinnen und -ärzten sowie Beratungseinrichtungen. Ganz aktuell arbeiten sie intensiv an der Erstellung von konkreten Handlungsempfehlungen für die Anwendung der Antikörpertherapie in neurologischen und psychiatrischen Facharztpraxen. Gleichzeitig finden auf Landes- und Bundesebene mit Hochdruck Verhandlungen für eine zusätzliche extrabudgetäre Vergütung statt. Die Fortbildungsakademie der Verbände wird darüber in den nächsten Wochen in Webinaren zur AD berichten.

Was können und sollten wir jetzt schon tun?

MCI- und frühe AD-Patientinnen und -Patienten werden unweigerlich die wichtigste Zielgruppe im Kampf gegen die Krankheitsprogression sein. Um sie müssen wir uns als Fachärztinnen und Fachärzte deswegen jetzt schon besonders kümmern. Ungeachtet neuer und bestehender pharmakologischer Therapien profitieren die Betroffenen im früheren Krankheitsstadium besonders gut

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

von nicht medikamentösen Therapien. Es gibt eine Fülle von modifizierbaren Risikofaktoren [5]. Dazu gehört in erster Linie die Kontrolle von Gefäßrisikofaktoren, körperliches und geistiges Training, auch mit digitalen Anwendungen, sowie eine vitaminreiche und ballaststoffreiche Ernährung [5]. Endgültig verabschieden müssen wir uns auch von dem Paradigma einer rein klinischen Diagnostik der AD. Seit der Einführung der A-T-N-Klassifikation im Jahr 2018 und besonders der Veröffentlichung der revidierten Fassung im Jahr 2024 kann die für die Alzheimererkrankung typische Pathologie im Liquor eindeutig nachgewiesen werden. Wahrscheinlich wird der wichtige Biomarker Phospho-Tau-217 schon im Jahr 2025 im Serum zuverlässig nachweisbar sein. Die differenzialdiagnostische Abgrenzung gegenüber anderen Formen der Demenz ist damit heute mit hoher Sicherheit möglich. Für diese Untersuchung müssen Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie in den Praxen bereitstehen und Verantwortung übernehmen.

Der Bedarf an Liquordiagnostik, Infusionskapazitäten und Risikomanagement in Neurologie und Psychiatrie wird deutlich steigen. Spezielle Webinare dazu, auch für MFAs, werden in Kürze von den Berufsverbänden angeboten. Bei den ZNS-Tagen 2025 wird es außerdem wieder Workshops mit praktischen Übungen geben.

In der Neurologie und Psychiatrie müssen sich Fachärztinnen und Fachärzte rasch mit dieser neuen Situation auseinandersetzen und eigene Ressourcen sowie Möglichkeiten der Delegation und der regionalen Vernetzung prüfen. Viele sind sehr engagiert in der Behandlung der AD. Für einige bietet sich nun die Möglichkeit, einen Schwerpunkt dafür einzurichten. Neuropsychologische Testdiagnostik und Liquordiagnostik sollten dabei Minimalanforderungen sein. Nicht alle Praxen werden diese Infrastruktur vorhalten können. Hier können regionale Praxisnetze entstehen, die die Zuständigkeiten für diagnostische Verfahren und einfache Zuweisungswege regeln.

Wesentlich verbessern müssen sich auch Beratungs- und Weiterbildungsan-

gebote für Betroffene und Angehörige zur Stärkung der Selbsthilfe und Autonomie. Diese nicht medikamentösen Therapieangebote haben hohe Akzeptanz unter den Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzten und sind hochwirksam. Hier kann der Aufbruch schon jetzt beginnen. Und er bedarf keiner behördlichen Zulassung.

Literatur

1. Leqembi recommended for treatment of early Alzheimer's disease. www.ema.europa.eu/en/news/leqembi-recommended-treatment-early-alzheimers-disease (Zugriff am 18.11.2024)
2. Van Dyck et al. Lecanemab in Early Alzheimer's Disease. *N Engl J Med.* 2023;388:9-21
3. Aducanumab (marketed as Aduhelm) Information. www.fda.gov/drugs/postmarket-drug-safety-information-patients-and-providers/aducanumab-marketed-aduhelm-information (Zugriff am 18.11.2024)
4. de la Torre JC. Editors' Blog: What is the purpose of medicine when dealing with incurable Alzheimer's disease? *J Alzheimers Dis.* 2021. www.j-alz.com/editors-blog/posts/what-purpose-medicine-when-dealing-incurable-alzheimers-disease (Zugriff am 18.11.2024)
5. Livingston G et al. Dementia prevention, intervention and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. *The Lancet.* 2024;404(10452):572-628

AUTOR

Prof. Dr. med. Gereon Nelles

Für den Vorstand
des BVDN
Facharzt für
Neurologie
Neuromedcampus
Hohenlind
Werthmannstraße 1c
50935 Köln

gereon.nelles@uni-essen.de



Kurz vor dem Start der ePA

Sicherheitsfragen, Mehraufwand und Ende der Schweigepflicht

Im Jahr 2025 soll der bundesweite Roll-Out der „ePA für alle“ erfolgen. Bekannt wurden jetzt neue Sicherheitsmängel, Prof. Dr. Karl Lauterbach erhielt den „BigBrotherAward“ und Dr. Volker Wissing fordert mit „Digital only“ den Rückbau analoger Strukturen. Vertrauen in die Neuerungen kann so kaum entstehen, weder bei Behandelnden noch bei Patientinnen und Patienten.

Am 15. Januar 2025 startet die Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA), inzwischen „ePA für alle“ genannt, in den Arztpraxen zweier Modellregionen, in Franken und Hamburg. Erst war geplant, einen Monat später den bundesweiten Roll-Out zu beginnen, nun soll er erst erfolgen, sobald die Erfahrungen in den Modellregionen positiv ausgefallen sind. Trotz intensiver Bemühungen bestehe derzeit ein zeitlicher Verzug in der Entwicklungs-Roadmap, erklärte das Bundesministerium für Gesundheit [1]. Zweifel am Nutzen und der Datensicherheit konnten bisher nicht ausgeräumt werden, hinzu kommt eine ernsthafte Bedrohung der ärztlichen Schweigepflicht. Die lediglich vierwöchige Testphase für dieses bisher größte Digitalprojekt Deutschlands wurde vielfach als nicht ausreichend kritisiert, etwa von Dr. Sybille Steiner, der stellvertretenden Vorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV).

Sicherheitsmängel von Fachgesellschaft festgestellt

Aktuell verstärkt zudem ein in Auftrag der Gematik erstelltes Gutachten der Fraunhofer-Gesellschaft die Zweifel an der ePA [2]. Demnach ergibt das Konzept zwar insgesamt „das Bild einer angemessenen Systemarchitektur“. Allerdings wurden entlang verschiedener Angriffsszenarien 21 Schwachstellen identifiziert, vier davon schwerwiegend, sechs mittelgradig sowie elf mit niedrigem Schweregrad. Als besonders relevant bewerten die Forschenden mögliche Angriffe aus der Hackerszene sowie

von Herstellern und Betreibern der ePA-Aktensysteme.

Drei Tage ePA-Einsicht für Apotheken

Die Schweigepflicht in den Praxen wird bereits durch die ePA-Zugriffsrechte sowie einen automatisierten Datenfluss infrage gestellt. So besteht in Apotheken nach Einstecken der Gesundheitskarte automatisch eine dreitägige Zugriffsdauer, sodass Mitarbeiterinnen und Mitar-

beiter dort beispielsweise psychiatrische oder gynäkologische Befundberichte einsehen können. Wenngleich Apothekerinnen und Apotheker berichten, dass gerade Ältere häufig um Rat zu Laborwerten oder ärztlichen Diagnosen fragen, die in der Arztpraxis nicht verstanden worden waren, erscheint eine automatisch gewährte Einsicht in derart sensible Daten nicht sinnvoll.

Betriebsärztlich wiederum kann zwar nur nach Einwilligung für einen Zeit-



Wer für welchen Zeitraum Einsicht in die ePA erhält, ist vielen Bürgerinnen und Bürgern vermutlich nicht klar.

© woravut / stock.adobe.com

raum von maximal drei Tagen Einsicht in die ePA genommen werden. Die Deutsche Aidshilfe kritisiert diese Lösung jedoch, da Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer unter Druck gesetzt werden könnten, falls sie den Zugriff nicht erteilen wollen.

Befüllungspflicht und Datenweiterleitung

An mehreren Stellen des Systems werden Abläufe und Pflichten implementiert, die einen automatisierten Datenfluss gewährleisten. So werden viele Bürgerinnen und Bürger von der automatischen Einrichtung einer ePA für sie und ihren Widerspruchsmöglichkeiten kaum etwas mitbekommen, etwa weil sie die jetzt versandten Informationsschreiben der Krankenkassen wie andere „lästige“ Behördenschreiben zur Seite legen, vergessen oder den gesetzlich eingeführten Neuerungen vertrauen, ohne die komplexen technischen Details begriffen zu haben. Dies betrifft insbesondere nicht Technikaffine, ältere Menschen, schwer Erkrankte oder Menschen mit Sprachbarriere. Über etwaige Nachteile der ePA wird von Krankenkassen, Gematik und Bundesgesundheitsministerium nicht aufgeklärt.

Praxen und Kliniken wiederum sind gesetzlich zur Befüllung der ePA verpflichtet. Dies betrifft gerade vor allem Arztbriefe, Laborbefunde und Medikationsdaten und ist laut KBV nur relevant, wenn diese Daten elektronisch vorliegen, was paradoxerweise zur Renaissance der Papierakte führen könnte. Die Pflicht besteht ebenso nicht, wenn Patientinnen

und Patienten einem Daten-Upload widersprochen haben [3]. Weitere Elemente, zumeist dann wohl in Form strukturierter Daten, werden hinzukommen.

Bei ausbleibenden Widersprüchen erfolgt automatisch eine Weiterleitung von ePA-Daten an das Forschungsdatenzentrum, dies aber nur pseudonymisiert, der Name wird also durch eine Nummer ersetzt. Datenliefergenehmigungen für gemeinwohlorientierte Forschung werden vielfach kritisiert, da diese nur selten von gewinnorientierter Forschung zu trennen sind. Dr. Thilo Weichert, Datenschutzbeauftragter Schleswig-Holsteins in den Jahren 2004 bis 2015, bemängelt, dass darüber dann wohl eine Sacharbeiterin oder ein Sachbearbeiter in der letztlich dem Bundesgesundheitsministerium untergeordneten Datenstelle entscheiden wird [4].

Deanonymisierung von Daten einfach möglich

Letztlich kann weder der Nutzung pseudonymisierter noch anonymisierter Daten vertraut werden. Prof. Esfandiar Mohammadi, Forscher zu Anonymisierungstechniken an der Universität Lübeck, verweist darauf, dass selbst bei anonymisierten Daten Rückschlüsse auf die entsprechende Personen schnell möglich sind [5]. Er betont weiter, dass eines der neuen Risiken die zentrale Speicherung von Patientendaten aus der medizinischen Versorgung sei. Aus IT-Sicherheitsperspektive werde ein großes Risiko eingegangen, wenn Patientendaten aus der Versorgung zentral gespeichert und

nicht mehr verteilt irgendwo in der Akte oder auf irgendwelchen Rechnern von Ärztinnen und Ärzten liegen würden.

„BigBrotherAward“ für Lauterbach

Eine Datenweiterleitung aus der ePA wird bei ausbleibendem Widerspruch auch an den Europäischen Gesundheitsdatenraum (EHDS) erfolgen. Gerade hat Gesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach den BigBrotherAward vom Verein digitalcourage für die hierfür im Gesundheitsdatennutzungsgesetz getroffenen Regelungen erhalten. In der „Laudatio“ verwies Datenschützer Weichert darauf, dass EU-weit die Gesundheitsdaten nicht nur dafür eingesetzt werden, Diagnose und Therapie zu verbessern, also für „primäre“ Zwecke. Das Hauptziel sei die Nutzung der Gesundheitsdaten für „sekundäre“ Zwecke, etwa für Tätigkeiten im „öffentlichen“ Interesse der Gesundheit, wobei nicht ausgeschlossen sei, dass dabei ebenso Privatunternehmen ihre Profitinteressen verfolgen würden. Auch bei einer Nutzung der Daten „für die Unterstützung öffentlicher Stellen“ wäre völlig unklar, was darunter zu verstehen sei. Datenschützer Weichert sagte wörtlich: „Wir müssen uns bewusst machen, dass mit den neuen Gesetzen ein zentraler Grundsatz der Medizin über Bord geworfen wird: die ärztliche Schweigepflicht“ [6].

Aufzeichnung von Praxisgesprächen

Die Schweigepflicht wird zudem durch weitergehende Pläne Lauterbachs zerstört, die er vor einem Jahr in einem **Spiegel-Interview** äußerte [7]. Er verwies auf ein gerade in den USA entstehendes System, bei dem bei Praxisgesprächen ein Spracherkennungssystem zuhört und die wichtigen Punkte aus dem Gespräch in die ePA überträgt.

Statt zu einer „unglaublichen Entbürokratisierung“ wird die ePA eher zu einem deutlichen Mehraufwand führen, wie sich das auch heute noch in vielen Praxen beim elektronischen Versand von E-Rezept und der elektronischen Arbeitsunfähigkeitserklärung zeigt [8]. Die mit der ePA anfallenden Aufklärungs-, Dokumentations- und Befüllungspflichten erfordern zusätzlich Zeit im heute schon kurzen Arzt-Patient-Ge-

Gesundheitsminister Lauterbach zur KI-Aufzeichnung von Praxisgesprächen

„In den USA entsteht gerade ein System, das etwa so funktioniert: Wenn ich als Arzt mit einem Patienten spreche, habe ich bereits seine alten Befunde im Computersystem.“

Ich frage: ‚Wie fühlen Sie sich? Was tut Ihnen weh?‘ Die gesamte Zeit hört eine Spracherkennungssoftware zu und überträgt die Stichpunkte, die wichtig sind, aus dem Gespräch in die elektronische Patientenakte. Der Smalltalk wird automatisch rausgefiltert.“

Dann schreibt, während wir noch reden, die künstliche Intelligenz (KI) die notwendige Überweisung an die Orthopädin. Wenn wir fertig sind, ist eine Überweisung schon vorbereitet und elektronisch bereitgestellt. Sollte ich diese vergessen, dann erinnert mich die KI: ‚Moment, Herr Lauterbach, Sie sollten vielleicht eine Überweisung machen.‘

Das ist eine unglaubliche Entbürokratisierung. Hier entsteht etwas, das wird die Medizin drastisch verändern. Es wird Ärzte und Pflegekräfte entlasten und damit den Fachkräftemangel bekämpfen. Und es wird auch die Patienten mündiger machen.“

Spiegel-Interview mit Prof. Karl Lauterbach vom 9. November 2023

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

sprach. Die neuen Regelungen zur ePA wie auch die KI-Visionen Lauterbachs fügen sich jedoch ein in die von Verkehrs- und Digitalminister Wissing aktuell vorgegebene „Digital only“-Strategie [9]. Auch mit Blick auf E-Rezept und ePA wird hier betont, dass Deutschland bei der Digitalisierung aufhole und analoge Prozesse konsequent abgebaut werden müssten.

PVS: Preisnachlass gegen Daten?

Zwei große Hersteller von Praxisverwaltungssystemen (PVS) setzen die ökonomischen Aspekte der Datengenerierung jetzt um. So locken Medatixx und CGM mit Preisnachlässen bei Überlassung anonymisierter Behandlungsdaten aus den Praxen [10]. Medatixx etwa gewährt einen Rabatt von 30–40€ monatlich auf die Softwarepflegegebühr bei Teilnahme an einem entsprechenden Projekt.

Der Gesundheitsökonom Prof. Thomas Drabinski verweist in diesem Zusammenhang darauf, dass hier legalisiert ein neuer Markt für individualisierte Gesundheitsdaten entstehen könnte [11]. Zahlungskräftige Kunden („Industrie“, „Finanzmarkt“, „Arbeitgeber“) könnten dann diese Daten zur strategischen Marktentwicklung erwerben, wodurch sich Leistungsanbieter sowie Patientinnen und Patienten eindeutiger ansprechen und steuern sowie regionale Absätze besser planen ließen. Der neue Markt für individualisierte Gesundheitsdaten dürfte sich, so Drabinski, rasch aus den pseudonymisierten Daten der „ePA für alle“ herausbilden, die sich – nach aktuellem Stand – mit KI-Technologien und der „ePA für alle“-Verarbeitung über zentrale Rechenzentren problemlos reidentifizieren lassen.

Höhe der Widerspruchsquote

Zurück zur ePA und etwaigen Widersprüchen dagegen: Krankenkassen betonen trotz noch laufendem Versand der Informationsschreiben und nicht abgelaufener Widerspruchsfrist bereits eine geringe Widerspruchsquote und interpretieren dies als einen Ausdruck informierter Einwilligung zur ePA. Dabei kann Schweigen wohl kaum grundsätzlich als Zustimmung gewertet werden. Der frühere Bundesdatenschutzprof. Ulrich Kelber, dessen Mandat die eigene

Partei, die SPD, dann nicht mehr verlängern wollte, hatte noch im August 2023 die Opt-Out-Lösung für die ePA kritisiert [12].

Eine im Oktober 2024 veröffentlichte Umfrage des Beratungsunternehmens Deloitte verweist darauf, dass die Akzeptanz der ePA in der Bevölkerung sinke [13]. Ein Drittel der Verbraucherinnen und Verbraucher wolle der ePA-Nutzung widersprechen. Entgegen intuitiver Erwartung wächst die Skepsis insbesondere unter jüngeren Menschen. Demnach waren im Jahr 2023 noch 45 % der 18- bis 24-Jährigen der Meinung, dass sie der ePA-Nutzung nicht oder wahrscheinlich nicht widersprechen würden. Aktuell beträgt dieser Anteil jedoch nur noch 37 %.

Somit ist es unsicher, ob die von Gesundheitsminister Lauterbach bis Ende des Jahres 2025 angestrebte ePA-Quote von 80 % erreicht werden wird. Praxen werden zudem aus vielfältigen Gründen, gerade auch mit Blick auf mangelnden Nutzen und hohen Mehraufwand, zum Widerspruch gegen die ePA raten, oder zumindest zum Widerspruch gegen die Befüllung mit sensiblen Daten, wenn eine ePA generell doch gewünscht wird. Es empfiehlt sich hier jedoch auch eine Aufklärung darüber, dass bei bestehender ePA automatisch Abrechnungsdiagnosen von den Krankenkassen in die ePA fließen, die fehlerhaft, ungenau oder auch stigmatisierend sein können. Auch diesem Datenfluss kann von Patientinnen und Patienten widersprochen werden, wie auch der Nutzung der ePA-Daten zu Forschungszwecken. Die jeweiligen Entscheidungen der Patientinnen und Patienten sollten von Praxen gut dokumentiert werden.

Vordrucke für Widersprüche gibt es von verschiedenen Organisationen. Patientinnen und Patienten können auch online (www.widerspruch-epa.de) mit der Eingabe weniger Daten entsprechende Widerspruchsschreiben an ihre Krankenkasse generieren. Ein Bündnis von Datenschützergruppen hatte gemeinsam mit Ärzte- und Therapeutenverbänden dieses Informationsportal zur ePA eingerichtet.

Fazit für die Praxis

Da sich weiterhin Zweifel an der Datensicherheit der ePA zeigen, statt einem Mehr-

„Digital only“

„Millionenfach nutzen Bürger neue digitale Angebote wie Deutschlandticket, Bund-ID oder E-Rezept. Es ist an der Zeit, jetzt aus der Digitalstrategie eine ‚Digital only‘-Strategie zu machen.“

Wir müssen analoge Parallelstrukturen konsequent abbauen und auf komplett digitale Prozesse setzen. Dies ist nicht nur effizienter und spart Kosten, sondern verbessert die Datenverfügbarkeit. Nur wenn wir ein volldigitales Land werden, können wir Deutschland zu einem führenden KI-Standort entwickeln und unsere Position im internationalen Wettbewerb stärken.“

Digital- und Verkehrsminister Dr. Volker Wissing, 18. Oktober 2024

wert eher ein Mehraufwand für die Praxen erkennbar wird und ökonomische Interessen statt einer Verbesserung der Versorgung vorrangig scheinen, kann die ePA Patientinnen und Patienten gegenwärtig nicht empfohlen werden.

Literatur



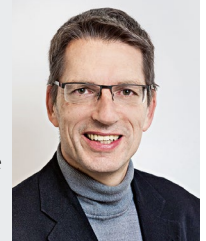
als Zusatzmaterial unter <https://doi.org/10.1007/s15016-024-3929-0> in der Online-Version dieses Beitrags

AUTOR

Dr. med. Andreas Meißner

Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie
Tegernseer Landstraße
49
81541 München

psy.meissner@posteo.de



Zahlen nach wie vor lückenhaft

Bundesweite Daten zur Unterbringung psychisch kranker Menschen

Die Unterbringung und Betreuung psychisch kranker Menschen sind in Deutschland gesetzlich geregelt. Wie viele Unterbringungen jedes Jahr stattfinden, ermittelt das Bundesamt für Justiz. Die Berufsverbände haben nun bundesweite Daten erhalten.

Über die Statistiken der bayerischen Versorgungsämter zur Unterbringung nach dem Bayerischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG) gab es in einer der vorherigen NeuroTransmitter-Ausgaben bereits einen Bericht [1]. Nun stellt sich zu diesem Thema die Frage, ob auch auf Bundesebene entsprechende Registerdaten vorliegen.

Aufgaben des Bundesamtes für Justiz

Die Berufsverbände haben dazu das Bundesamt für Justiz (BfJ) beziehungs-

weise Bundesjustizamt in Bonn befragt. Dieses Amt ist seit dem Jahr 2007 gesetzmäßig für die quantitative Aufarbeitung juristischer Vorgänge aller Art die zentrale Anlaufstelle, also die zuständige Bundesoberbehörde. Davor wurden viele Registeraufgaben bei der Generalbundesanwaltschaft oder beim Bundesgerichtshof geführt. Das BfJ untersteht der Fachaufsicht des Bundesministeriums der Justiz (BMJ) und hat mit all seinen Fachreferaten mehr als 1.200 Mitarbeitende.

Die Behörde wurde nach der Wiedervereinigung von Deutschland bei der

Neuorganisation der Bundesjustizverwaltung als Dienstleistungsbehörde und als Rechtsinformationssystem gegründet. Ihre Aufgabe geht jedoch weit über den kostenlosen Zugang zu Informationssystemen wie „Gesetze-im-Internet“ oder „Rechtsprechung-im-Internet“ hinaus. So ist sie seit dem Jahr 2023 auch die Meldestelle für Hinweisgeber (Whistleblower), die per Gesetz besser geschützt werden als früher.

Statistiken zur Unterbringung

Auf die Anfrage der Berufsverbände teilte das BfJ rasch und unkompliziert die

Das Bundesamt für Justiz ist dafür zuständig, juristische Vorgänge quantitativ aufzuarbeiten. Dazu gehören auch Daten über die Unterbringung psychisch Erkrankter.



Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

genaue Vorgehensweise in Bezug auf die Unterbringungen mit. Das Amt erhält zur Erfüllung seiner Pflichten die Länderstatistiken der Betreuungsgerichte in den Justizverwaltungen, bereitet sie auf und stellt sie transparent als Bundesübersicht zusammen [2].

Die Zahlen zu den öffentlich-rechtlichen Unterbringungen nach den Ländergesetzen für psychisch Kranke gehören neben einer großen Menge weiterer Justizdaten wie Vereinsregistern und Führungszeugnissen zum Justizbegriff der „freiwilligen Gerichtsbarkeit“. Dieser für Laien teils missverständliche Ausdruck beschreibt, dass nicht nach der Zivilprozessordnung, sondern nach dem Gesetz über Verfahren in Familiensachen und freiwilliger Gerichtsbarkeit entschieden wird [3]. Dazu gehört unter anderem die Betreuung und Unterbringung (§§ 271) sowie die Freiheitsentziehung (§§ 415).

So erklären sich die über die Ländergesetze stehenden Bundesgesetze zum Thema Betreuung und Unterbringung eines Menschen mit einer psychischen Erkrankung. Gegen eine Unterbringung oder Betreuung kann übrigens nicht geklagt werden. Insgesamt liegen dem BfJ also die Zahlen zu zivilrechtlichen Unterbringungen in BGB-Betreuungsverfahren und der Unterbringung vor.

Das BfJ berichtete, dass für die Jahre 2016 bis 2019 keine Daten veröffentlicht wurden. Grund ist, dass die Statistik der Betreuungsgerichte ab dem Jahr 2016 eigentlich strukturierter und differenzierter erfolgen sollte. Dies stieß jedoch – wie man mit Sicherheit nachvollziehen kann – im deutlich föderal ausgerichteten Rechtssystem der Länder auf unerwartete technische und organisatorische Probleme beziehungsweise setzte einen noch längeren Entwicklungsprozess voraus. Damit ist auch zu erklären, dass die Probleme nach transparenter Auskunft des BfJ bis heute nicht gänzlich behoben sind.

Aus diesem Grund sind auch die Daten aus den Jahren 2020 und 2021 noch unvollständig. So fehlen zum Beispiel die Zahlen aus einigen Bundesländern, unter anderem Nordrhein-Westfalen, was problematisch für die Auswertung ist, da in diesem Bundesland besonders viele Menschen leben.

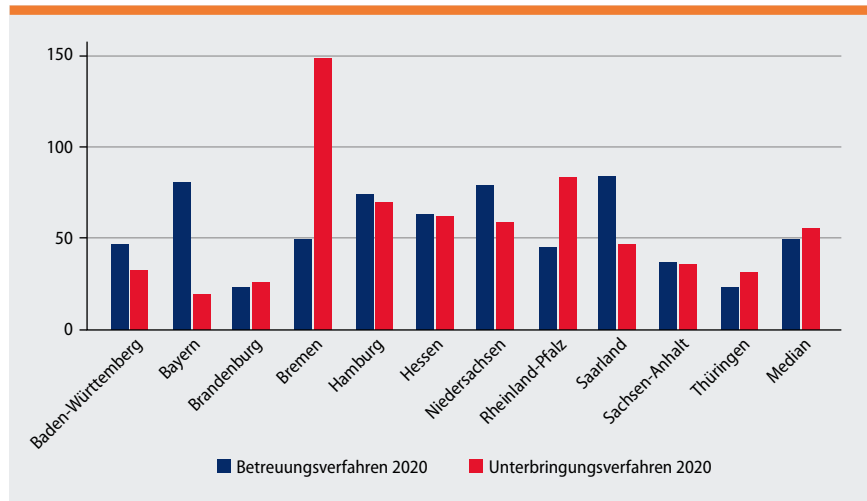


Abb. 1: Betreuungs- und Unterbringungsverfahren im Jahr 2020 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern [4]

Die Daten für das Jahr 2022 sind in Kürze zu erwarten. In **Abb. 1** wurden die absoluten Zahlen zu Betreuung und Unterbringung mit der Einwohnerstatistik kombiniert. Die Zahlen geben die Inzidenz der neuen Betreuungs- und Unterbringungsverfahren pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner an. Es zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern.

Fazit für die Praxis

Sowohl die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde als auch die Berufsverbände wünschen sich seit längerem einheitliche Bundes- und Länderstatistiken zur Betreuung und Unterbringung. Allerdings mahlen die Mühlen langsam, vermutlich schreitet auch in diesem Bereich die Digitalisierung nur in kleinen Schritten voran und es besteht ein Fachkräftemangel. Erfreulich ist es dennoch, dass gewisse Fortschritte zu beobachten sind und wichtige Kenndaten zur forensischen Behandlung der Patientinnen und Patienten von den Behörden einfach, transparent und unkompliziert zur Verfügung gestellt werden können. Natürlich erlauben die vorliegenden Zahlen wegen ihrer vollständigen Anonymisierung keine Versorgungsforschung. Sie reichen dennoch aus, um sich einen Eindruck über die rechtlichen Auswirkungen von schweren psychischen Erkrankungen wie der Psychose, Demenz und Suchterkrankung zu verschaffen.

Literatur

1. Weih M, Carl G. Bayerisches Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz: Gibt es Effekte auf die Unterbringung psychisch kranker Menschen? *NeuroTransmitter*. 2024;35(7-8):20-1
2. EJN-Treffen in Budapest. www.bundesjustizamt.de/DE/Service/Justizstatistiken (Zugriff am 4.11.2024)
3. Freiwillige Gerichtsbarkeit (Deutschland). [https://de.wikipedia.org/wiki/Freiwillige_Gerichtsbarkeit_\(Deutschland\)](https://de.wikipedia.org/wiki/Freiwillige_Gerichtsbarkeit_(Deutschland)) (Zugriff am 30.10.2024)
4. BfJ, Einwohnerstatistik des Bundesamts für Statistik, angefragt von Weih M.

AUTOR

Prof. Dr. med. Markus Weih

Stellvertretender Vorsitzender BVDN Bayern
Neurologe und Psychiater
Schweinauer
Hauptstraße 43
90441 Nürnberg

markus.weih@gmx.de



Digitale Gesundheitsanwendung

Per App gegen die Fatigue bei Multipler Sklerose

Bei vielen Erkrankungen können digitale Gesundheitsanwendungen mittlerweile die medikamentöse Therapie ergänzen. Auch bei Multipler Sklerose werden sie eingesetzt, zum Beispiel zur Behandlung der Fatigue. In einer Studie wurde jetzt die Anwendungsfreundlichkeit einer App untersucht.

In einer Studie wurde untersucht, wie anwenderfreundlich und wirksam eine nach dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) verordneten digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) ist. Die App eignet sich für Patientinnen und Patienten mit Multipler Sklerose (MS) und Fatigue, die Untersuchung fand über einen Zeitraum von zwölf Monaten hinweg statt. Durchgeführt wurde die Studie von NeuroTransData (NTD), einem Netzwerk von Neurologinnen und Neurologen, Psychiaterinnen und Psychiatern sowie Nervenspezialistinnen und Nervenspezialisten in Deutschland. NTD leistet seit dem Jahr 2008 Pionierarbeit im Bereich der digitalen und personalisierten Medizin und verfügt über

eine MS-Datenbank mit über 27.000 Patientinnen und Patienten [1].

Das DVG gilt seit dem 19. Dezember 2019 und hat das Konzept der „Rezept-apps“ in das Gesundheitswesen eingeführt, das nicht medikamentöse Therapien für bestimmte Indikationen ermöglicht [2]. Als Teil dieser Initiative bieten DiGA eine alternative therapeutische Option mit dem Ziel, die Ergebnisse, Effizienz und Effektivität von Gesundheitsdienstleistungen zu verbessern [3]. Die digitalen Hilfsmittel reichen von mobilen Gesundheitsapps bis hin zu komplexen Entscheidungsunterstützungssystemen und können zur Behandlung chronischer Krankheiten wie MS eingesetzt werden.

MS als chronisch entzündliche Erkrankung des zentralen Nervensystems, Gehirns und Rückenmarks verursacht körperliche, kognitive und emotionale Symptome. Die Patientinnen und Patienten sind trotz Medikation oft von Fatigue betroffen, was die Lebensqualität erheblich einschränken kann [4, 5]. Pharmakologische Behandlungsversuche stoßen in Bezug auf Fatigue häufig an ihre Grenzen [4]. Hier stellen DiGA einen ergänzenden Behandlungsansatz dar, da sie personalisierte und individuell anpassbare Optionen für die Behandlung komplexer Symptome wie Fatigue bieten können.

Ziele der Studie

Ziel der durchgeführten einjährigen Verlaufsbeobachtung von NTD war es, die Nutzungserfahrung und die klinischen Ergebnisse im Zusammenhang mit der Verwendung einer DiGA in der MS zu erfassen. Eine Vorabauswertung nach sechs Monaten wurde bereits im Mai 2023 publiziert [6].

Methoden

Insgesamt wurden 585 Patientinnen und Patienten aus der NTD-Datenbank, die die Einschlusskriterien MS und Fatiguesymptomatik erfüllten, in das Real-World-Evidence-NTD-Register aufgenommen. Nach einem ausführlichen Beratungsgespräch wurde die DiGA den Teilnehmenden verschrieben. Zusätzlich haben geschulte Medizinische Fachangestellte (MFA) die Patientinnen und Patienten zur Anwendung der DiGA beraten. Die Teilnehmenden wurden einen Monat nach der Verschreibung kontak-



Eine „Therapie per App“ kann eine medikamentöse Behandlung ergänzen.

tiert, um Probleme anzusprechen und die Anwendung der DiGA zu unterstützen. Nach sechs und zwölf Monaten fanden regelmäßige standardisierte Nachuntersuchungen und Bewertungen statt, um die Nutzungshäufigkeit der Anwendung, das Müdigkeitsmanagement, die Zufriedenheit mit der App und die Bereitschaft zu deren Weiterempfehlungen zu bewerten.

Ergebnisse

Die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die die DiGA benutzten, zeigt **Abb. 1**. Von der Gesamtzahl der 585 eingeschlossenen Teilnehmenden installierten 379 die DiGA und begannen deren Nutzung. Das spiegelt die Schwierigkeiten des Übergangs von der Einschreibung zur aktiven Teilnahme wider. 321 Personen schlossen die erste Nachuntersuchung sechs Monate nach Beginn des DiGA-Programms ab, was ein wichtiger Meilenstein ist, der auf eine aktive Beschäftigung mit der Anwendung hinweist. 249 benötigten ein zweites Rezept. Eine fortlaufende Behandlung oder weitere Anwendung der DiGA über den ersten Verordnungszeitraum hinaus scheint also in vielen Fällen notwendig zu sein. 266 Patientinnen und Patienten absolvierten ihren zweiten Kontrollbesuch nach zwölf Monaten. Diese Zahl, die höher ist als die Zahl der zweiten Verschreibungen, könnte ein Hinweis darauf sein, dass einige der Teilnehmenden keine zweite Verschreibung benötigten, aber dennoch den zweiten Besuch wahrnahmen. Nur 17 Patientinnen und Patienten schlossen den Prozess ab, ohne ein zweites Rezept zu benötigen. Diese geringe Zahl verdeutlicht, dass die Mehrheit eine kontinuierliche Verschreibung braucht.

Fatigue und Zufriedenheit

Die Einschätzung zur Wirksamkeit der DiGA gegen die Fatiguesymptomatik zeigt, dass die größte Gruppe von Patientinnen und Patienten die DiGA nicht als hilfreich bei Fatigue empfand (**Abb. 2**). Die Zahl der Teilnehmenden, die berichteten, dass die DiGA nicht gegen Fatigue half, schien sukzessiv zuzunehmen, aber auch die Zahl der Personen, die von einer gewissen Erleichterung berichteten, sank leicht (**Abb. 3**).

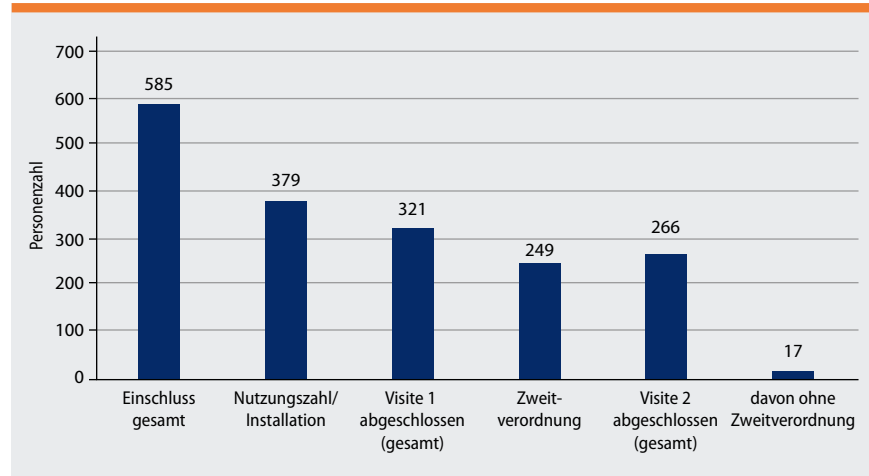


Abb. 1: Übersicht über die Anzahl der DiGA-Anwenderinnen und -Anwender

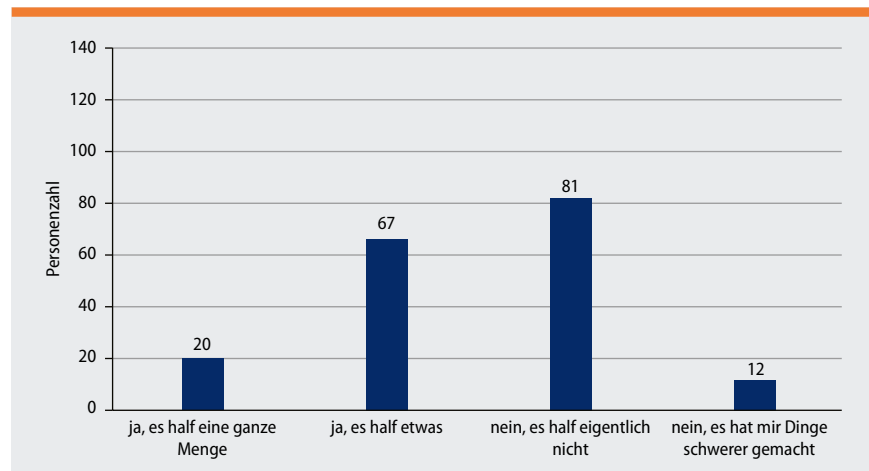


Abb. 2: Auswirkung der DiGA auf den selbstberichteten Fatiguezustand nach 6 Monaten

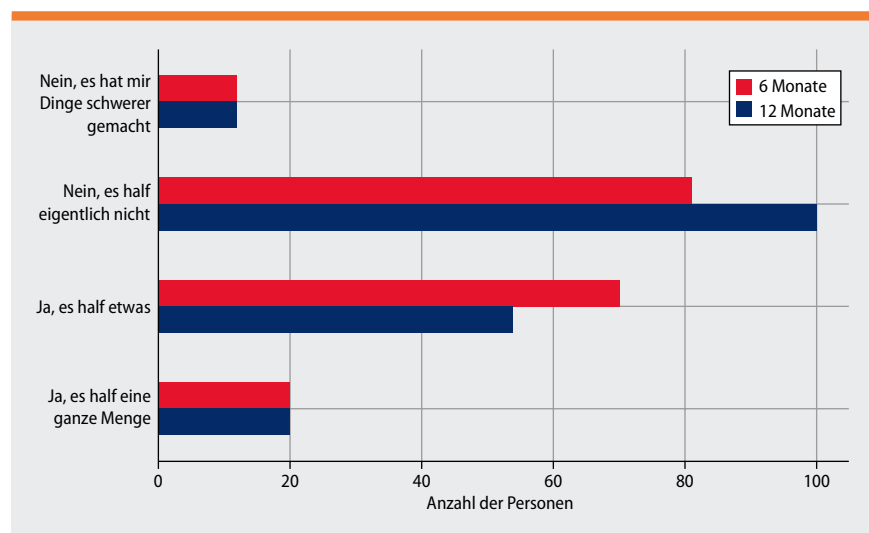


Abb. 3: Auswirkung der DiGA auf den selbstberichteten Fatiguezustand, Vergleich zwischen Monat 6 und Monat 12

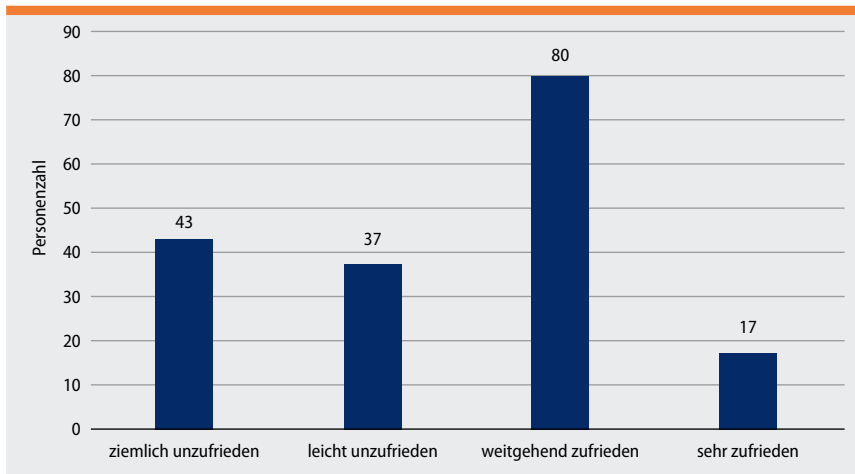


Abb. 4: Zufriedenheit mit der DiGA nach 6 Monaten

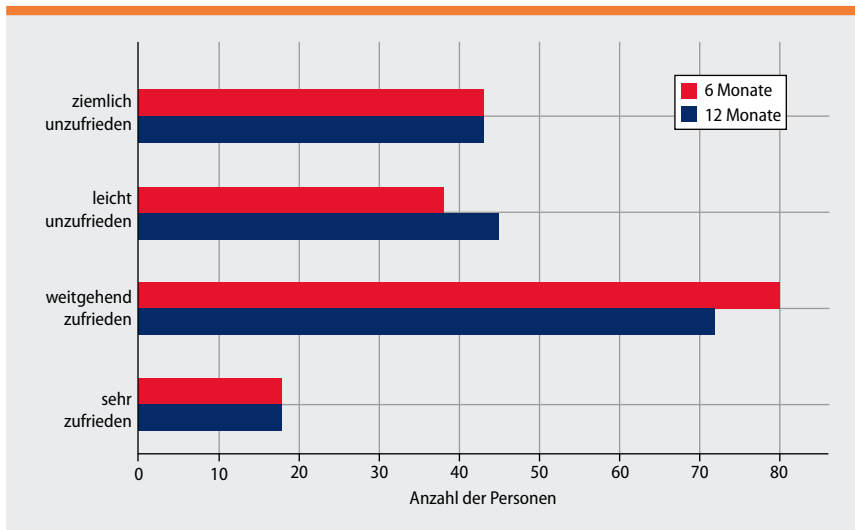


Abb. 5: Zufriedenheit mit der DiGA, Vergleich zwischen Monat 6 und Monat 12

Der größte Teil der Teilnehmenden war mit der Nutzung der App weitgehend zufrieden (Abb. 4). Nach sechs Monaten war der höchste Zufriedenheitsgrad erreicht, mit etwa 80 Personen, die angaben, mit der DiGA weitgehend zufrieden zu sein. Nach zwölf Monaten sank die Zahl dieser Antworten leicht auf 73 [6].

Die Zahl der „sehr zufriedenen“ Antworten änderte sich nicht und blieb auch nach zwölf Monaten bei 17. Die Zahl der „leicht unzufriedenen“ Antworten stieg im Laufe der Zeit von 37 auf 43. Die Zahl der „ziemlich unzufriedenen“ Antworten blieb dagegen konstant bei 43 (Abb. 5).

Fazit für die Praxis

Die vorliegende Studie untersuchte die Nutzungshäufigkeit und Zufriedenheit mit einer DiGA bei Patientinnen und Patienten, die von MS und Fatigue betroffen sind. DiGA stellen zwar eine innovative Behandlungsoption für MS und Fatigue dar, ihre Anwendung ist in der Praxis jedoch mit Herausforderungen verbunden. Die Ergebnisse der Untersuchung konnten zeigen, dass trotz umfassender Schulung und Unterstützung durch MFA die anfängliche Nutzungsrate nur bei etwa zwei Dritteln der ursprünglich in die Studie eingeschlossenen Personen lag, mit weiteren Rückgängen im Verlauf. Die häufigsten Gründe für einen Abbruch der Nutzung waren mangelnde

Motivation und Zweifel an der Wirksamkeit. Das Ergebnis dieser Studie deutet darauf hin, dass beständiges Engagement und eine Motivation für eine dauerhafte Anwendung von DiGA entscheidend sind.

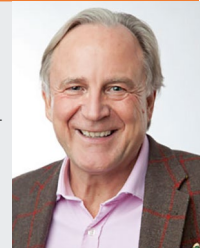
Literatur

1. NeuroTransData. Ärztenetzwerk NeuroTransData im Bereich Neurologie. www.neurotransdata.com (Zugriff am 31.10.2024)
2. BfArM (2023). DiGA. www.bfarm.de/DE/Medizinprodukte/Aufgaben/DiGA-und-DiPA/DiGA/_node.html (Zugriff am 24.1.2023)
3. Wangler J, Jansky M. Welchen Nutzen bringen Gesundheits-Apps für die Primärversorgung? Ergebnisse einer Befragung von Allgemeinmedizinerinnen. *Prävention und Gesundheitsförderung*. 2020;16(2):150-6
4. Young C A, Mills R, Rog D et al. Quality of life in multiple sclerosis is dominated by fatigue, disability and self-efficacy. *Journal of the Neurological Sciences*. 2021;426:117437
5. MS and Fatigue Fact Sheet | Cleveland Clinic. (n.d.). Cleveland Clinic. <https://my.clevelandclinic.org/departments/neurological/depts/multiple-sclerosis/ms-approaches/ms-and-fatigue> (Zugriff am 31.10.2024)
6. Bergmann A, Kausch U, Köchling M, van Hövell P, Wolf A. Erkrankte mit DiGA nicht alleine lassen. 2023;34(5):16-8

AUTOREN

Dr. med. Arnfin Bergmann

Neurologe, Psychotherapeut
CEO NeuroTransData GmbH, NTD Study Group
Neuburg



Dr. med. Ulrich Kausch

Neurologe
NeuroTransData GmbH, NTD Study Group
Bogen

Dr. med. Monika Köchling

Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie,
NeuroTransData GmbH, NTD Study Group
Grevenbroich

Philip van Hövell

CEO Rewoso AG (real world solutions)
Zürich, Schweiz

Nilooofar Tavakoli

Projektmanagement
NeuroTransData GmbH, NTD Study Group
Neuburg

Honorarverteilungsmaßstab der KV Nordrhein

Kein BAG-Zuschlag bei Jobsharing

Bei Jobsharing muss kein Zuschlag für eine Berufsausübungsgemeinschaft nach dem Honorarverteilungsmaßstab der KV Nordrhein ausgezahlt werden. Angesichts der Unterschiede zwischen einer normalen und einer Jobsharing-Berufsausübungsgemeinschaft ist diese Regelung zulässig.

Mit dem Urteil des Landessozialgerichts (LSG) Nordrhein-Westfalen vom 16. März 2023 (L 11 KA 18/21) wurde die Klage einer Jobsharing-Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) gegen die KV Nordrhein endgültig zurückgewiesen. Der klagende Internist hatte im Jahr 2012 eine Kollegin als Juniorpartnerin in seine Praxis aufgenommen und beanspruchte ab demselben Jahr den BAG-Zuschlag, der auch für reguläre BAG gezahlt wird. Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der KV Nordrhein hatte Jobsharerinnen und Jobsharer von dem Zuschlag ausgeschlossen, die Rechtmäßigkeit dieser Regelung war allerdings strittig.

Kooperative Versorgungsformen

Das Verfahren wurde unter Bezugnahme auf eine höchstrichterliche Rechtsprechung des Kasseler Bundessozialge-

richts (BSG) vom 17. März 2021 (B 6 KA 32/19 R) ausgesetzt. In der dortigen Entscheidung hatte der Senat festgestellt, dass es unterschiedliche Auffassungen in der Rechtsprechung gab, wie die Regelungen zum BAG-Zuschlag auf Jobsharingkonstellationen anzuwenden seien. Es gäbe erhebliche Unterschiede zwischen einer BAG und einer Jobsharing-BAG. Bei der regulären BAG würden mindestens 1,5 Versorgungsaufträge in die Gesellschaft eingebracht, wohingegen im Jobsharing ein Versorgungsauftrag geteilt werde. Die Gefahr von Fallzahlungsverlusten bestehe bei der regulären BAG, wenn bei Doppelbehandlungen aufgrund unterschiedlicher Leistungsspektren eine Patientin oder ein Patient nur noch einmal abgerechnet werden könne.

Der Zuschlag für die reguläre BAG diene nicht allein dem Zweck, Fallzahlungsverluste zu vermeiden, sondern auch der Förderung kooperativer Versorgungsformen. Aus § 87b Absatz 2 Satz 2 Sozialgesetzbuch V könne jedoch keine Verpflichtung der KV abgeleitet werden, die Behandlungen einer Jobsharing-BAG oder in einer Praxis mit Jobsharinganstellung in die Förderung der kooperativen Behandlung einzubeziehen. Es handele sich lediglich um eine „Kann“-Regelung.

Eine Jobsharing-BAG sei eine „besondere Form der Gemeinschaftspraxis“, bei der lediglich ein Versorgungsauftrag geteilt werde. In eingeschränktem Maße bestünden hingegen auch in einer Jobsharing-BAG die Vorteile der kooperativen Berufsausübung, zum Beispiel bei Vertretungen in Urlaubs- oder Krankheitsfällen sowie der Möglichkeit eines kollegialen Austausches bei Überschneidung der Arbeitszeiten.

Zuschlagsregelung in Nordrhein

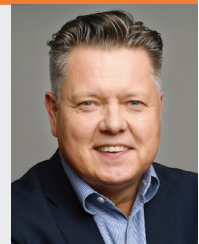
Nach der Entscheidung des BSG kann mit entsprechender Begründung eine Jobsharingkonstellation von den Zuschlagsregelungen ausgenommen werden. Im vorliegenden Fall hat § 5 Absatz 3 des HVM der KV Nordrhein eine solche Regelung berücksichtigt, die aber nicht begründet war. Unter Bezugnahme auf die höchstrichterliche Rechtsprechung hielt das LSG Nordrhein die Regelung ohne weitere Begründung für ausreichend und rechtmäßig. Die Förderung der kooperativen Behandlung erstreckte sich nicht auf Jobsharingpraxen, diese könnten ausgeschlossen werden.

Fazit für die Praxis

Eine überzeugende Begründung enthält somit weder der HVM der KV Nordrhein noch das Urteil des LSG. Es bleibt abzuwarten, ob weitere KVen diesem Beispiel folgen und künftig Jobsharing-Praxen von dem Kooperationszuschlag ausschließen.

AUTOR**Jörg Hohmann**

Fachanwalt für Medizinrecht, Justiziar des BVDN/BDN/BDP
Kanzlei für Gesundheitsrecht
Prof. Schlegel Hohmann Diarra & Partner
Partnergesellschaft mbB
Brandstwierte 4, 20457 Hamburg
www.gesundheitsrecht.com



Für reguläre BAG gibt es in Nordrhein nach wie vor einen Zuschlag.

Fortbildung

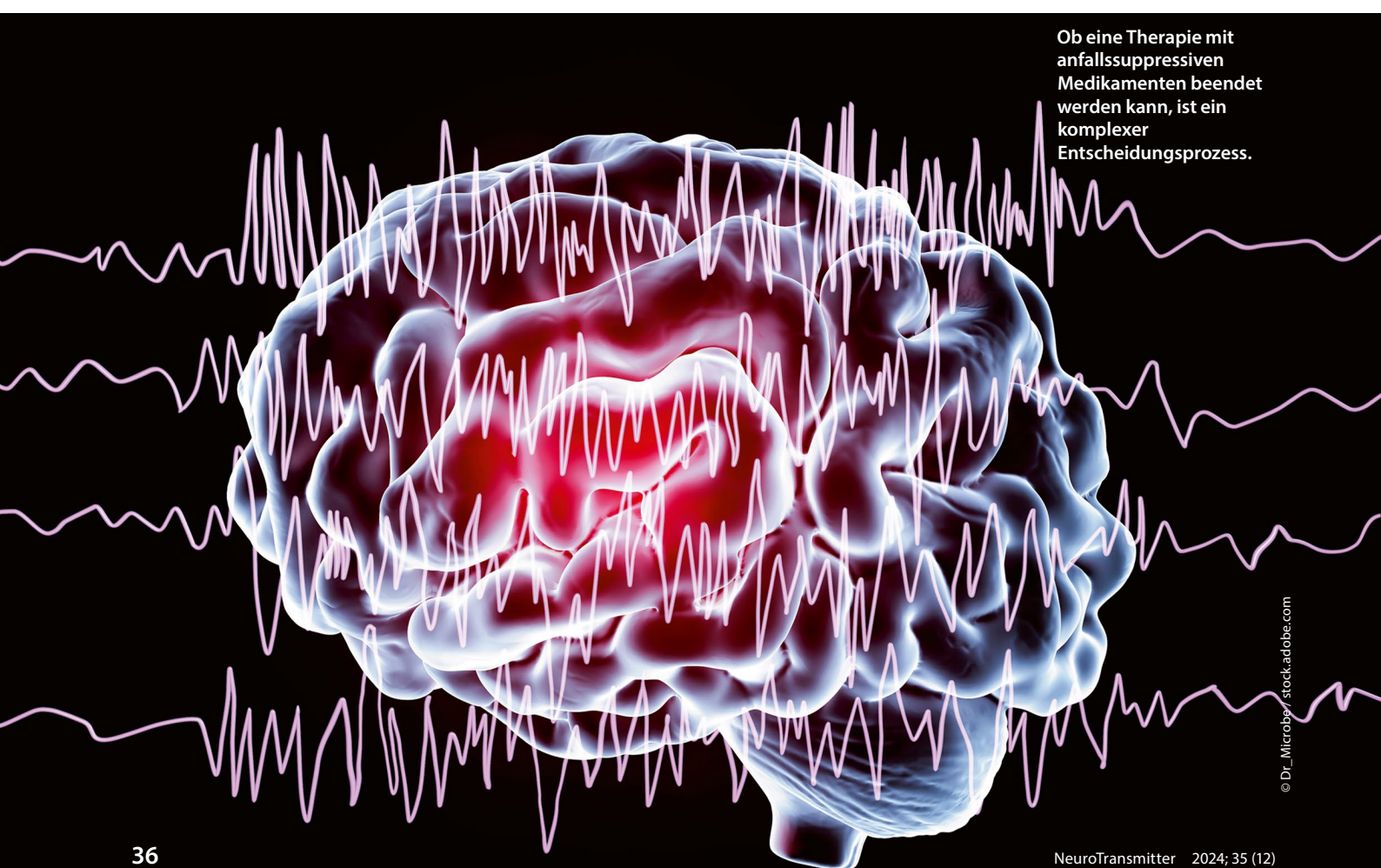
Pharmakotherapie

Wann und wie können Anfallssuppressiva bei Epilepsie abgesetzt werden?

Die Mehrzahl der Patientinnen und Patienten mit Epilepsie werden durch anfallssuppressive Medikamente (ASM) anfallsfrei. Eine zentrale Frage ist, ob und wann ASM wieder abgesetzt werden können. Im vorliegenden Beitrag geben wir einen Überblick zum aktuellen Kenntnisstand der Literatur über Risiken und Nutzen des Absetzens eines ASM sowie, basierend auf der Evidenzlage und den aktuellen Leitlinien, Therapieempfehlungen für die Praxis.

MARIA ILYAS-FELDMANN, MARKUS WEIH

Ob eine Therapie mit anfallssuppressiven Medikamenten beendet werden kann, ist ein komplexer Entscheidungsprozess.



© Dr_Microby / stock.adobe.com

Das Risiko eines erneuten Anfalls nach Absetzen eines anfallssuppressiven Medikamentes (ASM) ist mit 40–50 % ungefähr doppelt so hoch wie unter der weiteren Einnahme. Das Absetzen eines ASM sollte in einer gemeinsamen Entscheidungsfindung nach Abwägen der Nutzen und Risiken gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten besprochen werden. Soziale Aspekte wie Fahreignung und psychosoziale Faktoren müssen ebenso berücksichtigt werden wie Neben- und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten.

Hintergrund

Epilepsie ist eine der häufigsten neurologischen Erkrankungen und betrifft zirka 400.000 bis 800.000 Menschen in Deutschland. ASM bilden die zentrale Grundlage der Behandlung von Epilepsien und etwa drei Viertel der Patientinnen und Patienten werden mit ASM anfallsfrei [1, 2]. In der Vergangenheit wurden meist die Begriffe antiepileptisches Medikament, Antiepileptikum oder Antikonvulsivum verwendet. Doch sind die unpräzise, da erstens die Medikamente nicht die Epilepsie selbst bekämpfen, sondern das Symptom der Epilepsie – die epileptischen Anfälle – unterdrücken, und zweitens nicht jeder Anfall „konvulsiv“ ist, also mit motorischen Symptomen einhergeht. In Analogie zum englischen Begriff „antiseizure medication“ wurden von den deutschsprachigen epileptologischen Fachgesellschaften als Alternative „anfallssuppressives Medikament“ beziehungsweise „Anfallssuppressivum“ (ASM) vorgeschlagen [3]. ASM sind, wie ihr Terminus es suggeriert, eine symptomatische Behandlung und sollen das Auftreten von Anfällen verhindern. Die Erkrankung Epilepsie wird hingegen nicht behandelt. Wenn mit ASM eine dauerhafte Anfallsfreiheit erreicht wird, kann nicht von einer „Heilung“ der Epilepsie gesprochen werden. Epilepsien können jedoch einen dynamischen Krankheitsverlauf haben und die Ursache der Epilepsie kann im Verlauf „überwunden“ (oder „ausgestanden“, „abgeklungen“ – im englischen Original: „resolved“) sein [3, 4].

Eine Epilepsie gilt als überwunden, wenn man zehn Jahre anfallsfrei ist, wovon mindestens die letzten fünf Jahre ohne ASM sein müssen [3, 4]. Die Wahrscheinlichkeit ist im Allgemeinen bei Kindern höher [5]. Ungefähr 70 % der Kinder mit Epilepsien bleiben nach dem Absetzen ihrer ASM anfallsfrei [6, 7]. Es kommt aber auch relativ häufig bei Epilepsien im Erwachsenenalter vor [1]. Wesentlich für anfallsfreie Patientinnen und Patienten ist daher die Frage, ob und wann eine ASM wieder abgesetzt werden kann. Dabei stellt die Frage des Absetzens ein Kompromiss dar zwischen dem Risiko an langfristigen Nebenwirkungen der ASM-Therapie zu leiden und dem Risiko eines Anfallsrezidivs. Die Entscheidung, eine ASM abzusetzen, sollte in einer sorgfältigen Risiko-Nutzen-Abwägung gemeinsam zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie Patientinnen und Patienten besprochen werden [3, 8]. Dabei müssen sehr individualisiert die Wünsche, Erwartungen und Sorgen von

den Erkrankten sowie deren berufliche und private Lebenssituation berücksichtigt werden. Im Folgenden geben wir einen Überblick über aktuelle Studien und Empfehlungen zum Absetzen von ASM bei erwachsenen Patientinnen und Patienten mit Epilepsie.

Was sind Nutzen- und Risiken des Absetzens einer ASM?

Der Nutzen des Absetzens von ASM kann ein Wegfall von Nebenwirkungen, Wegfall von Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten [9] oder die Verbesserung der Lebensqualität sein (**Tab. 1**). Die Langzeitbehandlung mit ASM ist mit einer Reihe von Nebenwirkungen verbunden, die sowohl neuropsychologische (kognitive Beeinträchtigung, Depressionen, Reizbarkeit) [10], neurologische (Schwindel, Doppelbilder, Tremor) als auch allgemeine, zum Beispiel internistische (Übelkeit, Leberschädigungen, Herz-Kreislaufkrankungen) [11, 12, 13] oder teratogene Nebenwirkungen umfassen können [14, 15]. Die Häufigkeit von angegebenen Nebenwirkungen variiert, je nachdem wie die Untersuchungen dahingehend durchgeführt wurden. Dabei berichteten 10–40 % der Patientinnen und Patienten spontan über Nebenwirkungen [16]. Unter Verwendung von strukturierten Screening-Methoden, zum Beispiel mittels Fragebögen, haben jedoch ein wesentlich höherer Anteil von 60–90 % der Patientinnen und Patienten Nebenwirkungen in ihrer ASM-Therapie [17, 18]. Oftmals werden diese von anfallsfreien Patientinnen und Patienten subjektiv erst nicht wahrgenommen und den Erkrankten erst deutlich, wenn eine ASM abgesetzt wurde. So zeigte sich in anfallsfreien Patientinnen und Patienten nach Absetzen von ASM, dass sich vor allem kognitive Leistungen verbessern können. Es erhöhten sich beispielsweise normale Testergebnisse von 15 neuropsychologischen Tests bei anfallsfreien Patientinnen und Patienten nach

Tab. 1: Nutzen und Risiken des Absetzens einer anfallssuppressiven Medikation

Nutzen	Risiken
Wegfall von Nebenwirkungen	psychosoziale Folgen eines Anfallsrezidivs (Arbeit, Partnerschaft, Fahreignung)
Wegfall von Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten	erhöhte Morbidität und Mortalität
Verbesserung der Lebensqualität und Stigmatisierung	Nichterreichen erneuter Anfallsfreiheit
Wegfall von beruflichen Einschränkungen	
Kostenreduktion individuell und im Gesundheitssystem	

Absetzen von ASM von 11 % auf 28 % [19] und auch die kognitive Verarbeitungszeit verbesserte sich von 43 ms zu 24 ms [20]. ASM haben zu dem potenzielle Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten. Vor allem die Interaktion mit hormonellen Kontrazeptiva ist weithin bekannt [21]. Darüber hinaus sind eine Reihe von ASM, wie Carbamazepin und Phenytoin, Induktoren bestimmter Cytochrom-P450-Isoenzyme. Sie können etwa die Wirksamkeit oraler Antikoagulanzen, antiviraler oder antibiotischer Medikamente beeinflussen [22]. Die Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten entfallen nach dem Absetzen einer ASM. Des Weiteren reduziert eine Langzeit-ASM-Therapie die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten [23], ein Absetzen kann die Lebensqualität verbessern [24]. Damit einhergehend kann sich auch eine von Patientinnen und Patienten empfundene Stigmatisierung [25] durch die Epilepsie oder die Belastung einer täglichen Medikamenteneinnahme durch das Absetzen einer ASM verringern [26, 27]. In einzelnen Fällen können durch das erfolgreiche Absetzen einer ASM und nach mehrjähriger Beobachtungszeit selbst berufliche Einschränkungen wegfallen. Zum Beispiel schließt die Einnahme von ASM die Kraftfahreignung für Gruppe-2-Fahrzeuge (LKW und Fahrgastbeförderung) aus. Außerdem dürfen Patientinnen und Patienten mit Epilepsie bestimmte Hochrisikoberufe (u. a. mit Absturzgefahr, z. B. Dachdeckerinnen und Dachdeckern) oder Berufe, bei denen das eigene oder das Leben anderer durch Anfälle gefährdet werden kann (z. B. Pilotin/Pilot, Polizistin/Polizist), nicht ausüben. Diese Restriktionen könnten sich durch den Nachweis, dass die Epilepsie überwunden ist, aufheben lassen.

Ein weiterer Nutzen kann schließlich die Reduktion der Kosten für das Gesundheitssystem im Allgemeinen sowie für die Patientinnen und Patienten bei Zuzahlungs- oder Aufzahlungspflicht sein. Die Kosten für die Gesellschaft und das Gesundheitssystem, die aufgrund der Epilepsie für Betroffene entstehen, betragen jährlich 1.698 € pro Patientin oder Patient, wobei der Hauptbeitrag der direkten Kosten die ASM selbst sind [28]. Ferner belaufen sich die Kosten, die wegen Nebenwirkungen von ASM anfallen, jährlich auf zirka 20.751 € pro Patientin oder Patient [29]. Diese Kosten umfassen zum einen Gesundheitskosten im Allgemeinen, die anlässlich von Nebenwirkungen zum Beispiel durch Arztbesuche, Krankenhausaufenthalte oder Laborkosten entstehen, aber auch solche, die sich durch Pflegekosten oder Produktivitätsverluste, etwa weil Patientinnen und Patienten nicht oder nur eingeschränkt arbeiten können, entwickeln [29]. Eine Reduzierung oder Vermeidung kann hier eine deutliche Einsparung der Gesundheitskosten darstellen. Auf der anderen Seite gibt es keine Untersuchungen zum Vergleich der Einsparungen unnötiger ASM-Kosten und den Kosten, wenn nach Absetzen von ASM ein Anfallsrezidiv auftritt.

Risiken

Demgegenüber stehen Risiken eines Absetzversuchs, die im Wesentlichen durch das Auftreten eines erneuten epileptischen Anfalls und den damit verbundenen Folgen entstehen. Neben den unmittelbaren Risiken jedes epileptischen Anfalls (u. a. Sturz oder Verletzung [30, 31]) besteht ein theoretisches Risiko des Wiederauftretens als Status epilepticus oder des plötzlichen

unerwarteten Todes des Epilepsieerkrankten (Sudden Unexpected Death in Epilepsy Patients, SUDEP). Die Bedeutung einer effektiven ASM-Therapie zur SUDEP-Prävention ist gut untersucht [32]. Patientinnen und Patienten mit einer schlechten Medikamentenadhärenz haben ein höheres Risiko für SUDEP [33]. Ebenso sind ein weiterer Risikofaktor für SUDEP häufige, vor allem nächtliche fokale zu bilateral beziehungsweise generalisierten tonisch-klonischen Anfälle [34, 35]. Es gibt jedoch keine Untersuchungen zum Risiko von SUDEP nach Absetzen einer ASM bei anfallsfreien Erkrankten. Hinsichtlich des Risikos eines Status epilepticus hatte keiner der Patientinnen und Patienten einer randomisiert kontrollierten Klasse-I-Studie einen Status epilepticus nach Absetzen einer ASM [19]. Bei fehlender Studienlage besteht derzeit keine Evidenz für eine erhöhte Mortalität oder einen Status epilepticus nach Absetzen einer ASM [36]. Darüber hinaus besteht die Gefahr, trotz einer Wiedereinnahme der vorherigen ASM nicht wieder anfallsfrei zu werden. In seltenen Fällen kann diese nicht wieder erreicht werden [37]. In einem Review, in dem 14 Studien eingeschlossen wurden, konnte bei 19 % der Fälle (95 %-Konfidenzintervall [KI] 15–24 %) nach Absetzen einer ASM keine erneute Anfallskontrolle erreicht werden [38]. In einer aktuelleren Studie aus Italien lag die Wahrscheinlichkeit einer erneuten Anfallskontrolle nach sechs Monaten bei 72 % und bei 76 % nach zwölf Monaten [39]. Eine weitere Studie zeigte ähnliche Ergebnisse. Bei 42 von 51 Personen, bei denen nach dem Absetzen einer ASM erneut Anfälle auftraten, waren 82 % wieder anfallsfrei [40]. Dementsprechend sollten Erkrankte über das Risiko des Nichtwiedererlangens der Anfallsfreiheit aufgeklärt werden. Allerdings ist es auch wichtig zu betonen, dass es unklar ist, ob es einen kausalen Zusammenhang zwischen dem Absetzen einer ASM und dem Nichtwiedererlangen einer Anfallsfreiheit gibt oder dies nicht einfach dem natürlichen Krankheitsverlauf von „relapsing-remittierenden“ Epilepsien entspricht [41]. Denn erneute „Durchbruchsankfälle“ können auch bei bis zu 40 % von anfallsfreien Patientinnen und Patienten auftreten. Nach dem Auftreten eines Durchbruchsanfalls erlangen 25,3 % nie wieder eine Anfallsfreiheit und entwickeln eine Pharmakoresistenz zu ASM [42].

Das Wiederauftreten eines erneuten Anfalls kann, bei anfallsfreien Patientinnen und Patienten, eine deutliche psychosoziale Belastung bedeuten [25]. Vor allem, wenn es nach einer längeren anfallsfreien Zeit wieder zu einem Anfall gekommen ist, können Ängste und Unsicherheiten ausgelöst werden. Von großer Bedeutung für Patientinnen und Patienten sind insbesondere auch sozialmedizinische Einschränkungen, wie der vorübergehende Verlust der Fahreignung oder mögliche Einschränkungen der beruflichen Einsatzfähigkeit [43].

Wie hoch ist das Anfallsrezidivrisiko nach Absetzen einer ASM?

Die Evidenzlage hinsichtlich des Anfallsrezidivrisikos nach Absetzen einer ASM im Vergleich zur Fortführung einer ASM bei erwachsenen Patientinnen und Patienten mit Epilepsie ist gering. Es gibt nur zwei randomisierte Studien, die das Anfallsrezidivrisiko im Vergleich zur Fortführung einer ASM bei erwachsenen Patientinnen und Patienten mit Epilepsie untersucht hat.

In beiden Studien war ein anfallsfreies Intervall vor Absetzen der ASM von mindestens zwei Jahren gefordert. In der größeren der beiden Studien, die Studie der Medical Research Council aus Großbritannien (MRC-Studie), wurde bei 500 Patientinnen und Patienten über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten eine ASM ausgeschlichen und weitere 500 Patientinnen und Patienten wurden unverändert mit einer ASM weiterbehandelt [44]. Die Anfallsrezidivrate war nach zwölf beziehungsweise 36 Monaten bei 38 % und 45 % nach Absetzen der ASM sowie bei 13 % und 30 % unter der weiteren Einnahme einer ASM [44]. Dabei stieg das Risiko für ein Anfallsrezidiv in den ersten neun Monaten an und sank danach wieder ab. Insgesamt war das relative Risiko (RR) für ein Anfallsrezidiv nach Absetzen einer ASM zwischen den beiden Gruppen fast verdoppelt (RR: 1,86).

Die zweite und einzige randomisierte, doppelt verblindete placebokontrollierte Studie wurde in Norwegen (Akershus-Studie) mit insgesamt 160 Patientinnen und Patienten durchgeführt [19]. Hier betrug die Anfallsrezidivrate bei den 79 Patientinnen und Patienten, bei denen eine ASM abgesetzt wurde, nach zwölf beziehungsweise 36 Monaten 15 % und 20 % nach Absetzen einer ASM sowie 7 % und 20 % unter Fortführung der ASM (n = 81) [19]. Der prozentuale Unterschied zwischen den beiden Gruppen zwölf Monate nach Absetzen der ASM war jedoch statistisch nicht signifikant ($p = 0,095$). Dafür war aber das RR zwischen beiden Gruppen mehr als verdoppelt (RR 2,46; 95%-KI 0,85–7,08). Zusätzlich sank das monatliche Risiko für Anfallsrezidive nach Absetzen einer ASM von 0,010 (95%-KI 0,003–0,017) unmittelbar nach dem Absetzen auf 0,003 (95%-KI 0,000–0,007) 36 Monate nach dem Absetzen einer ASM. Ähnliche Ergebnisse konnten in weiteren, überwiegend nicht randomisierten und retrospektiven Beobachtungsstudien bestätigt werden [39, 45, 46, 47, 48, 49, 50].

Zusammenfassend ist das Risiko des Wiederauftretens eines epileptischen Anfalls nach Absetzen einer ASM ungefähr doppelt so hoch als eine ASM weiterzuführen, und liegt, unabhängig von der Epilepsieart und Ätiologie, bei etwa 40–50 % innerhalb der ersten fünf Jahre nach Absetzen einer ASM ein Anfallsrezidiv zu erleiden.

Wann kann eine ASM abgesetzt werden – Leitlinienempfehlungen

Basierend auf den erwähnten Studien gibt es Empfehlungen, dass das Absetzen einer ASM-Therapie nach einer Mindestdauer von zwei Jahren erwogen werden kann [3, 36, 51]. Dabei sinkt das Risiko eines erneuten Anfalls nach Absetzen einer ASM weiter, je länger Patientinnen und Patienten anfallsfrei sind [50, 52, 53]. Bei Patientinnen und Patienten, die ≥ 5 Jahre anfallsfrei sind und eine ASM absetzen, haben kein erhöhtes Risiko für ein Anfallsrezidiv im Vergleich zu Patientinnen und Patienten, die eine ASM weiter einnehmen (Hazard Ratio 1,362, 95%-KI 0,634–2,926, $p = 0,428$) [52].

Welche prädiktiven Risikofaktoren für ein Anfallsrezidiv nach Absetzen einer ASM gibt es?

Neben der Frage nach Nutzen- und Risiken sowie Beweggründen eines ASM-Absetzversuchs sollte bestmöglich analysiert werden, wie hoch das individuelle Risiko erneuter epileptischer

Anfälle einzuschätzen ist. Hierfür stehen Algorithmen zur Berechnung der Wahrscheinlichkeit eines erneuten Anfalls nach Absetzen einer ASM zur Verfügung [47]. In einer Metaanalyse von zehn Studien mit zusammen mehr als 1.700 Patientinnen und Patienten und einem medianen Follow-up von fünf Jahren hatten 46 % nach Absetzen der ASM ein Anfallsrezidiv. Die Autorinnen und Autoren identifizierten außerdem die folgenden Risikofaktoren für ein Anfallsrezidiv: längere Dauer der Epilepsie bis zur klinischen Remission, ein kürzeres anfallsfreies Intervall bis zum Absetzen, höheres Alter bei Erstmanifestation, Entwicklungsverzögerung beziehungsweise $IQ < 70$, Fieberkrämpfe, höhere Anzahl erlittener epileptischer Anfälle bis zur klinischen Remission, Nichtvorliegen eines selbstlimitierenden Epilepsiesyndroms und Nachweis epilepsietypischer Muster im EEG [47]. Sind diese Faktoren nicht vorhanden, besteht größere Hoffnung auf eine anfallsfreie Zukunft. Um das individuelle Risiko für Anfallsrezidive zu bestimmen, entwickelten die Autorinnen und Autoren eine frei zugängliche webbasierte Prognosesoftware (<http://epilepsypredictiontools.info>), die anhand von Patientinnen- und Patientendaten und nach Eingabe der erwähnten acht Prädiktoren anzeigt, wie hoch das individuelle Anfallsrezidivrisiko in zwei und fünf Jahren sowie wie groß die Chance auf mindestens ein anfallsfreies Jahr in den ersten zehn Jahren nach dem Absetzen einer ASM ist.

Zudem kommt es darauf an, unter welcher Epilepsieart Patientinnen und Patienten leiden. So ist beispielsweise bei der Absence- oder einer Rolando-Epilepsie die Chance sehr hoch, dass es nach langjähriger Anfallsfreiheit unter ASM auch nach Absetzen einer ASM zu keinem weiteren Anfall kommt [54, 55, 56]. Dagegen ist die Wahrscheinlichkeit für ein Anfallsrezidiv nach Absetzen einer ASM bei Patientinnen und Patienten mit einer fokalen Epilepsie mit struktureller Läsion im MRT, insbesondere einer Hippocampussklerose [55, 57] oder einer juvenilen myoklonischen Epilepsie (JME) hoch. In einer Studie mit 84 Patientinnen und Patienten mit fokaler Epilepsie hatten nach Absetzen einer ASM 38 % der Patientinnen und Patienten mit einem normalen MRT ein Anfallsrezidiv und 72 % der Erkrankten mit Hippocampusatrophie im MRT und 77 % mit erhöhten hippocampalen T2-Signalen im MRT [57]. Bei Patientinnen und Patienten mit einer JME galt die Faustregel, dass aufgrund eines sehr hohen Rezidivrisikos eine ASM lebenslang eingenommen werden muss. Eine Reihe von Studien haben dieses Paradigma aber nun infrage gestellt [58, 59, 60]. In einer Metaanalyse mit 2.518 JME-Patientinnen und -Patienten wurde bei 368 der Erkrankten eine ASM abgesetzt. Von diesen hatten 73 % (95%-KI 67–78 %) innerhalb der nächsten fünf Jahre ein Anfallsrezidiv nach Absetzen der ASM [61]. Basierend auf diesen Daten haben die Autorinnen und Autoren auch für JME-Patientinnen und -Patienten Nomogramme erstellt und Erkrankte mit JME zur Abschätzung des individuellen Anfallsrezidivrisikos als eigene Subgruppe in die oben erwähnte Prognosesoftware integriert (<http://epilepsypredictiontools.info>).

Praktisches Vorgehen beim Absetzen einer ASM

Grundsätzlich gilt, dass eine ASM nur unter ärztlicher Aufsicht und nicht abrupt weggelassen werden sollte, da sonst ein Status Epilepticus oder Entzugsanfälle riskiert werden [62]. Aus-

reichende Daten für Erwachsene zum zeitlichen Verlauf der Reduktion und Absetzen einer ASM fehlen bislang. In Veröffentlichungen verschiedener pädiatrischer Studien fand sich kein Unterschied zwischen schnellem (innerhalb von vier bis sechs Wochen) oder langsamen (innerhalb von neun bis zwölf Monaten) Beenden einer ASM-Therapie bezüglich der Anfallsrezidivrate [63, 64]. In der einzigen, sehr kleinen Studie mit 48 erwachsenen Patientinnen und Patienten mit fokalen oder generalisierten Epilepsien, die multizentrische „RAPID versus SLOW withdrawal (RASLOW)“-Studie [65] in acht italienischen Zentren, wurde untersucht, inwieweit ein langsames oder schnelles Absetzen einer Monotherapie, bei Patientinnen und Patienten, die mindestens zwei Jahre anfallsfrei waren, das Auftreten neuer Anfälle beeinflusst [65]. 25 Patientinnen und Patienten wurden zu einem langsamen Absetzen ihrer ASM über 160 Tage (–20 % der ASM-Dosis alle 40 Tage) und 23 zu einem schnellen Absetzen über 60 Tage (–20 % der ASM-Dosis alle 15 Tage) randomisiert. Nach Absetzen der ASM kam es im medianen Beobachtungszeitraum von 11,9 Monaten bei drei Patientinnen und Patienten in der Gruppe mit langsamem Absetzen und bei einer Patientin in der Gruppe mit schnellem Absetzen zu einem Anfallsrezidiv. Die Wahrscheinlichkeiten für das Wiederauftreten eines Anfalls betrugen 0,12 bei langsamen und 0,04 bei schnellem Absetzen, was einer Differenz von 0,08 (95%-KI – 0,12 bis 0,27) entspricht und über der Nichtminderwertigkeitsspanne liegt. Niemand von den Patientinnen und Patienten entwickelte einen Status epilepticus, anfallsbedingte Verletzungen oder starb. Insgesamt, ist also die Anfallsrezidivrate von der Dauer des Ausschleichens unabhängig und verläuft auch bei schnellem Absetzen einer ASM komplikationslos.

Einige ASM weisen jedoch entweder wegen Gewöhnung (Barbiturate, Benzodiazepine) oder aufgrund ihres Wirkungsmechanismus (Vigabatrin als irreversibler Hemmstoff der GABA-Transaminase) bei schneller Reduktion oder schnellem Absetzen ein Risiko von „Entzugsanfällen“ auf. Bei diesen ASM sollte eine langsame Reduktion und Beendigung über einige Monate hinweg erfolgen [62].

Ein langsames Absetzen einer ASM über mehrere Monate hat den Vorteil, dass bei einem Anfallsrezidiv während der Reduktion schnell die ASM-Dosis wieder erhöht werden kann. Patientinnen und Patienten, die absetzen wollen, müssen aber wissen, dass sie für die Dauer des Absetzens und mindestens drei Monate nach der letzten ASM-Einnahme aufgrund des erhöhten Anfallsrezidivrisikos während dieser Zeit kein Autofahren dürfen. Bei langsamen Absetzen kann sich daher die Dauer der eingeschränkten Fahreignung verlängern.

Eine der unabhängigen prädiktiven Risikofaktoren für ein Anfallsrezidiv nach Absetzen einer ASM sind der Nachweis von interiktalen epileptiformen Mustern im EEG [47], insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit genetisch generalisierten Epilepsien. Bei dieser Epilepsieart ist daher ein Routine-EEG vor Absetzen einer ASM sinnvoll. Ein Langzeit-EEG über mindestens 24 Stunden kann die Sensitivität für interiktale epileptiforme Muster erhöhen, ist aber wegen der limitierten Ressourcen in der Mehrzahl der Fälle nicht umsetzbar [66]. Die Rolle des EEG bei erwachsenen Patientinnen und Patienten mit Epilepsie und des etwaigen neuen Auftretens von epileptiformen

Mustern während oder nach dem Absetzen einer ASM ist unklar [67, 68, 69]. Die wiederholte Durchführung eines EEG während des Absetzens oder nach dem Absetzen einer ASM kann bei fehlender Evidenzlage nicht ausdrücklich empfohlen werden.

Nach Beendigung einer ASM sollten Patientinnen und Patienten für mindestens zwei Jahre von Ärztinnen und Ärzten verfolgt werden [51], weil die Wahrscheinlichkeit für ein Anfallsrezidiv in den ersten zwei Jahren nach Absetzen erhöht ist [19, 44]. Es sollte vor allem auch nach bewusst erlebten nicht motorischen Anfällen (früher: Aura) und Myoklonien bei genetisch generalisierten Epilepsien gefragt werden. Möglicherweise haben die Patientinnen und Patienten die Symptome nicht als Anfälle interpretiert [66].

Gründe aus Sicht von Erkrankten sowie Ärztinnen und Ärzten eine ASM nicht abzusetzen

Zwischen 55–76 % der Patientinnen und Patienten, denen ein Absetzen ihrer ASM empfohlen wurde, entschieden sich dagegen und bevorzugten eine ASM weiter einzunehmen [43, 44, 70]. Es gibt nur eine Studie, die Gründe aus Sicht von Patientinnen und Patienten untersucht hat, ein Absetzen einer ASM-Therapie abzulehnen [43]. Als Gründe dagegen wurden unter anderem angegeben, sich gut auf das ASM eingestellt zu fühlen, die Sorge vor einem Anfallsrezidiv, der Verlust des Führerscheins, der Verlust des Arbeitsplatzes, ein vormals erfolgloser Versuch die ASM-Therapie abzusetzen und früher unkontrollierte epileptische Anfälle [43]. Außerdem entschieden sich alleinstehende Personen und Männer eher für das Absetzen einer ASM [43]. Auf der anderen Seite bestehen auch Unsicherheiten auf professioneller Seite, Patientinnen und Patienten hinsichtlich des Absetzens einer ASM-Therapie adäquat zu beraten; ein Absetzversuch einer ASM wird von ärztlicher Seite nur selten thematisiert. In einer Studie aus Norwegen wurde nur bei 60 der 186 (32 %) Patientinnen und Patienten, die seit mindestens fünf Jahren anfallsfrei waren, über ein Absetzen einer ASM-Therapie gesprochen [71]. In zwei weiteren größeren retrospektiven Studien war auch nur bei der Hälfte der Patientinnen und Patienten ein gemeinsames Gespräch mit Ärztinnen und Ärzten über das Absetzen einer ASM dokumentiert [70, 72]. Letztlich wurde jedoch nur bei 98 der 463 (21 %) eingeschlossenen Erkrankten das Absetzen einer ASM näher geplant [72].

Fazit für die Praxis

Ob eine ASM-Therapie beendet werden kann, ist ein komplexer Entscheidungsprozess. Dies sollte in einer gemeinsamen Entscheidungsfindung von Ärztin oder Arzt und Patientin oder Patient (im Sinne des „shared decision-making“) nach Abwägung der Nutzen und Risiken eines Absetzversuchs entschieden werden. Es wird jedoch viel zu selten das Absetzen einer ASM zwischen Ärztin oder Arzt und Patientin oder Patient thematisiert. Es fehlen auch Studien zur Untersuchung von Gründen aus Sicht von Erkrankten ein Absetzen einer ASM abzulehnen. Das Risiko eines Anfallsrezidivs nach Absetzen einer ASM hängt von einer Reihe von Faktoren ab. Bei erwachsenen Patientinnen und Patienten mit unklassifizierter oder fokaler Epilepsie sowie selbstlimitierenden Epilepsiesyndromen,

unauffälligem MRT, normalem EEG, wenigen Anfällen und kurzer Dauer der Epilepsie vor Erreichen der Anfallsfreiheit, IQ > 70 und einem normalen neurologischen Untersuchungsbefund bestehen gute Chancen auf Anfallsfreiheit nach Absetzen einer ASM. Es stehen Algorithmen zur Verfügung, das Anfallsrezidivrisiko nach Absetzen einer ASM individuell zu berechnen. Haben Patientinnen und Patienten ein erhöhtes Anfallsrezidivrisiko, ist das kein Grund, das Absetzen einer ASM nicht in Betracht zu ziehen. Sie sollten allerdings darüber aufgeklärt werden. Soziale Aspekte wie Fahrernennung, die berufliche und persönliche Lebenssituation müssen ebenso sorgfältig berücksichtigt werden, wie Neben- und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten. Generell kann das Absetzen einer ASM nach einer anfallsfreien Zeit von mindestens zwei Jahren erwogen werden. Das Anfallsrezidivrisiko nach Absetzen einer ASM ist im Vergleich zur weiteren Einnahme einer ASM doppelt so hoch. Es muss jedoch auch berücksichtigt werden, dass es bei 20–25 % trotz weiterer ASM-Einnahme zu Anfallsrezidiven kommen kann. Etwa jeder zweite Erkrankte bleibt auch fünf Jahre nach Absetzen einer ASM noch anfallsfrei.

Literatur

- Chen Z et al. Treatment Outcomes in Patients With Newly Diagnosed Epilepsy Treated With Established and New Antiepileptic Drugs: A 30-Year Longitudinal Cohort Study. *JAMA Neurol.* 2018;75(3):279–86
- Cockerell OC et al. Remission of epilepsy: results from the National General Practice Study of Epilepsy. *Lancet.* 1995;346(8968):140–4
- Holtkamp M, May TW et al. Erster epileptischer Anfall und Epilepsien im Erwachsenenalter, S2k-Leitlinie DGN (Hrsg), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie, abgerufen 11032023 unter <https://go.sn.pub/kiz2zm>
- Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, Bogacz A, Cross J, Elger C et al. ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia.* 2014;55(1528–1167 (Electronic)):475–82
- Annegers JF, Hauser WA, Elveback LR. Remission of seizures and relapse in patients with epilepsy. *Epilepsia.* 1979;20(6):729–37
- Shinnar S, Vining EPG, Mellits ED et al. Discontinuing Antiepileptic Medication in Children with Epilepsy after Two Years without Seizures. *New England Journal of Medicine.* 1985;313(16):976–80
- Arts WF et al. Follow-up of 146 children with epilepsy after withdrawal of antiepileptic therapy. *Epilepsia.* 1988;29(3):244–50
- Pickrell WO, Elwyn G, Smith PE. Shared decision-making in epilepsy management. *Epilepsy Behav.* 2015;47:78–82
- Zaccara G, Perucca E. Interactions between antiepileptic drugs, and between antiepileptic drugs and other drugs. *Epileptic Disorders.* 2014;16(4):409–31
- Kwan P, Brodie MJ. Neuropsychological effects of epilepsy and antiepileptic drugs. *Lancet.* 2001;357(0140–6736 (Print)):216–22
- Terman SW, Aubert CE, Hill CE et al. Cardiovascular disease risk, awareness, and treatment in people with epilepsy. *Epilepsy & Behavior.* 2021;117:107878
- Josephson CB, Wiebe S, Delgado-García G et al. Association of Enzyme-Inducing Antiseizure Drug Use With Long-term Cardiovascular Disease. *JAMA Neurology.* 2021;78(11):1367–74
- Perucca P, Gilliam FG. Adverse effects of antiepileptic drugs. *Lancet Neurol.* 2012;11(9):792–802
- Tomson T, Battino D, Perucca E. Teratogenicity of antiepileptic drugs. *Curr Opin Neurol.* 2019;32(2):246–52
- Björk M-H, Zoega H, Leinonen MK et al. Association of Prenatal Exposure to Antiseizure Medication With Risk of Autism and Intellectual Disability. *JAMA Neurology.* 2022;79(7):672–81
- Beghi E, Mascio R-C, Sasanelli F. Adverse Reactions to Antiepileptic Drugs: A Multicenter Survey of Clinical Practice. *Epilepsia.* 1986;27(4):323–30
- Baker GA, Jacoby A, Buck D et al. Quality of Life of People with Epilepsy: A European Study. *Epilepsia.* 1997;38(3):353–62
- Perucca P, Carter J, Vahle V, Gilliam FG. Adverse antiepileptic drug effects. Toward a clinically and neurobiologically relevant taxonomy. 2009;72(14):1223–9
- Lossius MI, Hessen E, Mowinkel P et al. Consequences of antiepileptic drug withdrawal: a randomized, double-blind study (Akershus Study). *Epilepsia.* 2008 Mar;49(3):455–63
- Hessen E, Lossius MI, Reinvang I, Gjerstad L. Influence of major antiepileptic drugs on attention, reaction time, and speed of information processing: results from a randomized, double-blind, placebo-controlled withdrawal study of seizure-free epilepsy patients receiving monotherapy. *Epilepsia.* 2006;47(12):2038–45
- Gaus V, Ilyas-Feldmann M, Schmitz B. [Epilepsy and pregnancy]. *Nervenarzt.* 2024. Epub 20240307. doi: 10.1007/s00115-024-01626-4. PubMed PMID: 38451327.
- Zaccara G, Perucca E. Interactions between antiepileptic drugs, and between antiepileptic drugs and other drugs. *Epileptic Disorders.* 2014;16(4):409–31
- Siebenbrodt K, Willems LM, von Podewils F et al. Determinants of quality of life in adults with epilepsy: a multicenter, cross-sectional study from Germany. *Neurological Research and Practice.* 2023;5(1):41
- Zou X, Hong Z, Chen J, Zhou D. Is antiepileptic drug withdrawal status related to quality of life in seizure-free adult patients with epilepsy? *Epilepsy & Behavior.* 2014;31:129–35
- Jacoby A, Johnson A, Chadwick D. Psychosocial outcomes of antiepileptic drug discontinuation. The Medical Research Council Antiepileptic Drug Withdrawal Study Group. *Epilepsia.* 1992;33(6):1123–31
- Mayor R, Gunn S, Reuber M, Simpson J. Experiences of stigma in people with epilepsy: A meta-synthesis of qualitative evidence. *Seizure.* 2022;94:142–60
- Shi Y et al. Correlates of perceived stigma for people living with epilepsy: A meta-analysis. *Epilepsy Behav.* 2017;70(Pt A):198–203
- Noda AH et al. Evaluation of costs of epilepsy using an electronic practice management software in Germany. *Seizure.* 2015;26:49–55
- de Kinderen RJ, Evers SM, Rinkens R et al. Side-effects of antiepileptic drugs: the economic burden. 2014;(1532–2688 (Electronic))
- Asiri S, Al-Otaibi A, Al Hameed M, Hamhom A, Alenzi A, Eskandrani A et al. Seizure-related injuries in people with epilepsy: A cohort study from Saudi Arabia. *Epilepsia Open.* 2022;7(3):422–30
- Mesraoua B, Deleu D, Hassan AH et al. Dramatic outcomes in epilepsy: depression, suicide, injuries, and mortality. *Current Medical Research and Opinion.* 2020;36(9):1473–80
- Ryvlin P, Cucherat M, Rheims S. Risk of sudden unexpected death in epilepsy in patients given adjunctive antiepileptic treatment for refractory seizures: a meta-analysis of placebo-controlled randomised trials. *Lancet Neurol.* 2011;10(11):961–8
- Sveinsson O, Andersson T, Mattsson P, Carlsson S, Tomson T. Pharmacologic treatment and SUDEP risk. *Neurology.* 2020;95(18):e2509–e18
- Hesdorffer DC, Tomson T, Benn E et al. Do antiepileptic drugs or generalized tonic-clonic seizure frequency increase SUDEP risk? A combined analysis. *Epilepsia.* 2012;53(2):249–52
- Sveinsson O, Andersson T, Mattsson P, Carlsson S, Tomson T. Clinical risk factors in SUDEP. *Neurology.* 2020;94(4):e419–e29
- Gloss D, Pargeon K, Pack A, Varma J, French JA, Tolchin B et al. Antiseizure Medication Withdrawal in Seizure-Free Patients: Practice Advisory Update Summary. *Neurology.* 2021;97(23):1072–81
- Schmidt D, Sillanpää M. Stopping epilepsy treatment in seizure remission: Good or bad or both? *Seizure.* 2017;44:157–61
- Schmidt D, Löscher W. Uncontrolled epilepsy following discontinuation of antiepileptic drugs in seizure-free patients: a review of current clinical experience. *Acta Neurologica Scandinavica.* 2005;111(5):291–300
- Beghi E et al. Discontinuation of antiseizure medications in seizure-free patients with long-term follow-up: Patients' profile, seizure recurrence, and risk factors. *Epilepsy & Behavior.* 2021;117:107871
- Contento M et al. Prediction of seizure recurrence risk following discontinuation of antiepileptic drugs. *Epilepsia.* 2021;62(9):2159–70
- Beghi E. The Epidemiology of Epilepsy. *Neuroepidemiology.* 2019;54(2):185–91
- Schiller Y. Seizure relapse and development of drug resistance following long-term seizure remission. *Arch Neurol.* 2009;66(10):1233–9
- Cvetkovska E, Babunovska M, Kuzmanovski I et al. Patients' attitude toward AED withdrawal: A survey among individuals who had been seizure-free for over 2 years. *Epilepsy & Behavior.* 2020;104:106881

44. Medical Research Council Antiepileptic Drug Withdrawal Study G, Bessant P, Chadwick D, Eaton B et al. Randomised study of antiepileptic drug withdrawal in patients in remission. *The Lancet*. 1991;337(8751):1175-80
45. Specchio LM, Tramacere L, La Neve A, Beghi E. Discontinuing antiepileptic drugs in patients who are seizure free on monotherapy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2002 Jan;72(1):22-5
46. Chadwick D, Taylor J, Johnson T. Outcomes after seizure recurrence in people with well-controlled epilepsy and the factors that influence it. The MRC Antiepileptic Drug Withdrawal Group. *Epilepsia*. 1996;37(11):1043-50
47. Lamberink HJ et al. Individualised prediction model of seizure recurrence and long-term outcomes after withdrawal of antiepileptic drugs in seizure-free patients: a systematic review and individual participant data meta-analysis. *The Lancet Neurology*. 2017;16(7):523-31
48. He RQ et al. Risk of seizure relapse after antiepileptic drug withdrawal in adult patients with focal epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2016;64(Pt A):233-8
49. Cardoso TA, Cendes F, Guerreiro CA. Is low antiepileptic drug dose effective in long-term seizure-free patients? *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61(3a):566-73. Epub 20030916
50. Vorderwülbecke BJ, Kirschbaum A, Merkle H et al. Discontinuing antiepileptic drugs in long-standing idiopathic generalised epilepsy. *Journal of Neurology*. 2019;266(10):2554-9
51. Beghi E et al. Withdrawal of antiepileptic drugs: guidelines of the Italian League Against Epilepsy. *Epilepsia*. 2013;54 Suppl 7:2-12
52. Wang X, He R, Zheng R et al. Relative Seizure Relapse Risks Associated with Antiepileptic Drug Withdrawal After Different Seizure-Free Periods in Adults with Focal Epilepsy: A Prospective, Controlled Follow-Up Study. *CNS Drugs*. 2019;33(11):1121-32
53. He R-Q, Zeng Q-Y, Zhu P et al. Risk of seizure relapse after antiepileptic drug withdrawal in adult patients with focal epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 2016;64:233-8
54. Specchio LM, Beghi E. Should antiepileptic drugs be withdrawn in seizure-free patients? 2004;(1172-7047 (Print))
55. Berg AT, Shinnar S. Relapse following discontinuation of antiepileptic drugs: a meta-analysis. *Neurology*. 1994;44(4):601-8
56. Yang W, Zhang X, Long J, Wu Q, Han Y. Prediction of the recurrence risk in patients with epilepsy after the withdrawal of antiepileptic drugs. *Epilepsy Behav*. 2020;110:107156
57. Cardoso TA et al. Hippocampal abnormalities and seizure recurrence after antiepileptic drug withdrawal. *Neurology*. 2006;67(1):134-6
58. Schneider-von Podewils F, Gasse C et al. Clinical predictors of the long-term social outcome and quality of life in juvenile myoclonic epilepsy: 20-65 years of follow-up. *Epilepsia*. 2014;55(2):322-30
59. Syvertsen MR, Thuve S, Stordrange BS, Brodtkorb E. Clinical heterogeneity of juvenile myoclonic epilepsy: follow-up after an interval of more than 20 years. *Seizure*. 2014;23(5):344-8
60. Stevelink R, Koeleman BPC, Sander JW et al. Refractory juvenile myoclonic epilepsy: a meta-analysis of prevalence and risk factors. *European Journal of Neurology*. 2019;26(6):856-64
61. Stevelink R, Al-Toma D, Jansen FE et al. Individualised prediction of drug resistance and seizure recurrence after medication withdrawal in people with juvenile myoclonic epilepsy: A systematic review and individual participant data meta-analysis. *EClinicalMedicine*. 2022;53:101732
62. Hixson JD. Stopping antiepileptic drugs: when and why? *Curr Treat Options Neurol*. 2010;12(5):434-42
63. Tennison M, Greenwood R, Lewis D, Thorn M. Discontinuing antiepileptic drugs in children with epilepsy. A comparison of a six-week and a nine-month taper period. *N Engl J Med*. 1994;330(20):1407-10
64. Serra JG, Montenegro MA, Guerreiro MM. Antiepileptic drug withdrawal in childhood: does the duration of tapering off matter for seizure recurrence? *J Child Neurol*. 2005;20(7):624-6
65. Ferlazzo E, Giussani G, Gasparini S et al. Rapid versus slow withdrawal of antiepileptic monotherapy in two-year seizure-free adults patients with epilepsy (RASLOW) study: A pragmatic multicentre, prospective, randomized, controlled study. *Neurol Sci*. 2022;43(8):5133-41
66. Holtkamp M. Beendigung der pharmakologischen Therapie. In: Springer-Verlag, editor. *Epileptische Anfälle und Epilepsien im Erwachsenenalter* 2020. p. 479-83
67. Galimberti CA, Manni R, Parietti L et al. Drug withdrawal in patients with epilepsy: prognostic value of the EEG. *Seizure*. 1993;2(3):213-20
68. Yao J et al. Correlation between EEG during AED withdrawal and epilepsy recurrence: a meta-analysis. *Neurol Sci*. 2019;40(8):1637-44
69. Overweg J et al. Clinical and EEG prediction of seizure recurrence following antiepileptic drug withdrawal. *Epilepsy Res*. 1987;1(5):272-83
70. Doerrfuss JI, Hüsing T, Graf L et al. Non-discontinuation of antiseizure medication in seizure-free epilepsy patients. *European Journal of Neurology*. 2024;31(3):e16160
71. Henning O, Medalen TEM, Nakken KO, Lossius MI. How often do doctors discuss drug withdrawal with their seizure-free patients with epilepsy? *Epilepsy Behav*. 2020;108:107095. Epub 20200419
72. Terman SW, Slinger G, Koek A et al. Frequency of and factors associated with antiseizure medication discontinuation discussions and decisions in patients with epilepsy: A multicenter retrospective chart review. *Epilepsia Open*. 2023;8(2):371-85

Interessenkonflikt

Die Autorin und der Autor erklären, dass sie sich bei der Erstellung des Beitrages von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließen. Sie legen folgende potenzielle Interessenkonflikte offen: M. Ilyas-Feldmann ist Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) und Deutschen Gesellschaft für Epileptologie (DGfE).

Der Verlag erklärt, dass die inhaltliche Qualität des Beitrags durch zwei unabhängige Gutachten 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.

Dieser Weiterbildungsartikel baut auf einem Beitrag ähnlichen Inhalts aus der Zeitschrift „Der Nervenarzt“ vom Juli 2024 auf. Er wurde in Absprache mit den Autoren überarbeitet und um CME-Fragen erweitert*.

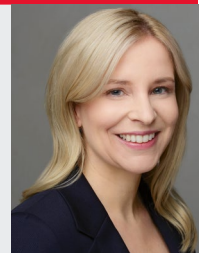
AUTORIN UND AUTOR

**PD Dr. Dr. med.
Maria Ilyas-
Feldmann**

Epilepsie-Zentrum
Berlin-Brandenburg,
Klinik für Neurologie
mit Experimenteller
Neurologie,
Charité – Universitäts-
medizin Berlin,
Campus Benjamin Franklin,
Hindenburgdamm 30, 12203 Berlin
maria.feldmann@charite.de

Prof. Dr. med. Markus Weih

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Medic-Center Nürnberg
Schweinauer Hauptstraße 43,
90441 Nürnberg
m.weih@mediccenter.net



Wann und wie können Anfallssuppressiva bei Epilepsie abgesetzt werden?

FIN gültig bis 26.12.2024:

NT2412eZ

Teilnehmen und Punkte sammeln können Sie

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



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

? Welche Aussage trifft zum Thema Epilepsien und ihre Behandlung am ehesten zu?

- ☐ Die weltweite Prävalenz von Epilepsien beträgt gegenwärtig etwa 50 Millionen Menschen.
- ☐ Schwerpunkt der Behandlung von Epilepsien sind nicht medikamentöse Verfahren wie Vermeidung von Risikofaktoren wie Schlafmangel oder Vagusnervstimulation.
- ☐ Bei Erwachsenen kommt es häufiger als bei Kindern zu spontanen Abklingen der Epilepsie.
- ☐ Nur durch Medikation kann die Epilepsie geheilt werden.
- ☐ Etwa drei Viertel aller Erkrankten werden unter Behandlung anfallsfrei.

? Welche Aussage zum Begriff „anfallssuppressive Medikamente“ ist am ehesten zutreffend?

- ☐ Der Begriff ist veraltet und sollte nicht mehr verwendet werden.
- ☐ Antikonvulsivum ist eine präzisere Beschreibung.
- ☐ Heutzutage sollte man hypothesenfrei überhaupt keine Beschreibung von Medikamenten mehr verwenden.
- ☐ Der Begriff „anfallssuppressive Medikamente“ ist die aktuell beste Beschreibung.
- ☐ Antiepileptika oder antiepileptisches Medikament ist die bessere Bezeichnung.

? Welche Aussage trifft zur Langzeitbehandlung mit Anfallssuppressiva am ehesten zu?

- ☐ Die Therapie ist mit einer Reihe von Nebenwirkungen verbunden.
- ☐ Die Häufigkeit von Nebenwirkungen beträgt 5–10 %.
- ☐ Neuropsychologische Nebenwirkungen kommen unter modernen Anfallssuppressiva nicht mehr vor.
- ☐ Psychiatrische Nebenwirkungen sind stets durch eine psychologische Grunderkrankung bedingt.
- ☐ Teratogene Nebenwirkungen (z. B. unter Valproat) sind durch neuere Studien widerlegt.

? Welche Aussage trifft zum Absetzen von anfallssuppressiven Medikamenten zu?

- ☐ Durch Absetzen werden Neben- oder Wechselwirkungen nicht besser.
- ☐ Nutzen und Risiko eines Absetzens müssen sorgfältig abgewogen und dokumentiert werden.
- ☐ Durch Absetzen steigt paradoxerweise das Risiko eines Anfallsrezidivs nicht an.
- ☐ Das Absetzen kann für alle Patientinnen und Patienten nach Standardleitlinien erfolgen.
- ☐ Das Absetzen der Medikamente sollte schon beim Ansetzen besprochen werden.

? Eine 29-jährige Patientin stellt sich in der Epilepsieambulanz vor mit der Frage, ob ihre Medikation ausgeschrieben werden kann. Welcher der folgenden Faktoren spricht *nicht* für ein niedriges Rezidivrisiko.

- ☐ Krankheitsbeginn im 15. Lebensjahr
- ☐ Anfallsfreiheit über zehn Jahre
- ☐ Pathologisches EEG mit Spike-Waves
- ☐ Normale Entwicklung, überdurchschnittliche Intelligenz
- ☐ Früher seltene, nur schlafgebundene Anfälle

? Was trifft zur Evidenz des Absetzens von Anfallssuppressiva zu?

- ☐ Zum Absetzen gibt es mindestens drei gute randomisierte kontrollierte Studien.
- ☐ In der MRC-Studie war die Rezidivrate nach Absetzen über 80 %.
- ☐ In der Akershus-Studie betrug die Rezidivrate fast 70 %.
- ☐ Unter Anfallssuppressiva kann per Definition kein Anfall mehr auftreten.
- ☐ Nach Absetzen kann man von einer Verdopplung des Anfallsrisikos ausgehen.

? Welche Aussage trifft zum Zeitpunkt des Absetzens von Anfallssuppressiva zu?

- ☐ Es wird eine Anfallsfreiheit von mindestens zwei Jahren empfohlen.

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

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

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

- Die Dauer der Anfallsfreiheit beeinflusst das Rezidivrisiko nicht.
 - Bei Patientinnen und Patienten, die mindestens fünf Jahre anfallsfrei sind, ist das Risiko für ein Anfallsrezidiv etwa auf das Dreifache erhöht.
 - Der Zeitpunkt des Absetzens spielt keine Rolle.
 - Spätestens wenn eine Angsterkrankung einsetzt, sollte abgesetzt werden.
- ? Welche Aussage zum EEG und zur Epilepsieart spielt im Kontext Absetzen eine Rolle?**
- Der Nachweis gesteigerter Erregbarkeit im aktuellen EEG spielt keine Rolle.
 - Nur KI-gestützte EEG-Auswertungstools erlauben eine genaue Vorhersage des Rezidivrisikos.
 - Rolando- und Absencen-Epilepsien haben ein besonders niedriges Rezidivrisiko.
 - Eine fokale Epilepsie bei struktureller Hirnläsion hat ein niedriges Rezidivrisiko.
- Eine juvenile Myoklonusepilepsie (JME) hat ein niedriges Rezidivrisiko.
- ? Ein 35-jähriger Patient hat sich im Internet nach den Möglichkeiten des Absetzens seiner Anfallssuppressiva erkundigt. Welche Aussage trifft in diesem Kontext zu?**
- „Dr. Google“ liefert zu diesem Thema fachlich fundierte Hilfestellungen.
 - epilepsypredictiontools.info ist eine studienbasierte Prognosesoftware, die der Unterstützung durch die Ärztin oder den Arzt in der Beratung dient.
 - Das Ausschleichen kann auch ohne persönlichen Kontakt von Ärztin/Arzt und Patientin/Patient über Internet-Videosprechstunden erfolgen.
 - Kontakt zu Selbsthilfegruppen im Internet unterstützt die Anfallsfreiheit.
 - Es existieren zur Unterstützung mehrere Smartphone-basierte digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA).
- ? Welche Aussage zum praktischen Vorgehen des Absetzens von Anfallssuppressiva trifft zu?**
- Wenn die Entscheidung partizipativ getroffen wurde, sollte spätestens innerhalb von vier Wochen abgesetzt werden.
 - Es existieren sehr gute Daten zum zeitlichen Verlauf des Absetzens.
 - Patientinnen und Patienten, die absetzen wollen, können unverändert Auto fahren, baden usw.
 - Die persönliche Lebenssituation Epilepsieerkrankter muss geeignet sein.
 - Entzugsanfälle können bei Benzodiazepinen oder Vigabatrin nicht auftreten.

Aktuelle CME-Kurse aus der Neurologie

► Das Delir bei der Parkinsonkrankheit

aus: NeuroTransmitter 11/2024
von: G. Ebersbach
Zertifiziert bis: 12.11.2025
CME-Punkte: 2

► Aktuelle Therapieempfehlungen für die akute Migräne und ihrer Prophylaxe

aus: NeuroTransmitter 9/2024
von: S. Faust
Zertifiziert bis: 14.9.2025
CME-Punkte: 2

► Juvenile Schlaganfälle

aus: NeuroTransmitter 7-8/2024
von: C. Krüger, T. Magnus
Zertifiziert bis: 10.8.2025
CME-Punkte: 2

Diese Fortbildungskurse finden Sie, indem Sie den Titel in das Suchfeld auf [SpringerMedizin.de/CME](https://www.springermedizin.de/CME) eingeben. Zur Teilnahme benötigen Sie ein Zeitschriften- oder ein e.Med-Abo.

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

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

Unter www.springermedizin.de/eMed können Sie ein e.Med-Abo Ihrer Wahl und unser CME-Angebot 14 Tage lang kostenlos und unverbindlich testen.



Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Aktuelle Entwicklungen bei spinaler Muskelatrophie und Friedreich-Ataxie

➔ Für oft schwer verlaufende genetische Erkrankungen wie spinale Muskelatrophie (SMA) und Friedreich-Ataxie gab es lange Zeit kaum Therapieoptionen. Wie rasant sich das in den letzten Jahren geändert hat, war Thema beim diesjährigen Kongress der Gesellschaft für Neuropädiatrie.

„Vor zehn bis 15 Jahren war die SMA nur einigen Neuropädiatern bekannt. Heute ist das anders“, berichtete Dr. Deike Weiss, Oberärztin am Zentrum für Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Das sei zum einen der Aufnahme ins Neugeborenen-Screening und zum anderen der Einführung neuer Therapien zu verdanken. Nusinersen (Spinraza®) war das erste Medikament, das im Jahr 2017 zur Behandlung der 5q-assoziierten SMA ab der Geburt zugelassen wurde. Der Wirkstoff wird alle vier Monate intrathekal verabreicht und erhöht die Menge an funktionellem SMN-Protein, das bei der SMA aufgrund von Deletionen oder Mutationen nur unzureichend gebildet wird. In einer Studie erreichten alle

Kinder mit drei SMN-Genkopien, bei denen die Behandlung mit Nusinersen im präsymptomatischen Stadium der SMA begonnen worden war, die relevanten motorischen Meilensteine [Crawford TO et al. Muscle Nerve. 2023;68(2):157-70]. Bei schwerer betroffenen Kindern mit lediglich zwei Genkopien war die Bandbreite beim Therapieansprechen größer. Ähnliche Ergebnisse zeigte auch die im Jahr 2020 zugelassene erste Gentherapie bei SMA [Strauss KA et al. Nat Med. 2022; 28(7):1381-97]. Für Weiss sprechen diese Daten dafür, dass die Therapien jeweils nur einen Teil der Motoneuronen erreichen. Um die Effekte besser zu nutzen, könnten Sequenztherapien in Zukunft eine Rolle spielen. In der laufenden Phase-IV-Studie RESPOND wird eine Add-on-Therapie mit Nusinersen im Anschluss an eine Gentherapie mit Onasemnogene-Apoparvovec evaluiert. Eine Interimsanalyse zeigte bereits Verbesserungen bei den motorischen Funktionen [Proud C et al. Präsentation P210, Cure SMA. 2024, Texas, USA].

Auch bei der ebenfalls genetisch bedingten Friedreich-Ataxie ist die Forschung in vollem Gang. Mit Omaveloxolon (Skyclarys®) steht erstmals ein Wirkstoff zur Verfügung, der die Krankheitsaktivität verlangsamen kann. In den zulassungsrelevanten Studien verbesserte sich unter der Behandlung die modifizierte Friedreich Ataxia Rating Scale (mFARS) in allen Domänen signifikant [Lynch et al. Ann Clin Transl Neurol. 2018;6(1):15-26]. Für Dr. Janina Gburek-Augustat, Oberärztin Neuropädiatrie der Universitätsklinik Leipzig, ist die Friedreich-Ataxie damit zwar „noch nicht heilbar, aber behandelbar“. Derzeit ist Omaveloxolon erst ab 16 Jahren zugelassen. Gburek-Augustat hofft, dass sich das möglichst bald ändern wird. „Wir gehen davon aus, dass der Effekt umso besser ist, je früher wir behandeln.“

Eva Bauer

Symposium „Vom Therapieansprechen bei Neugeborenen bis zur Transition – zwei Seiten der neuropädiatrischen Betreuung“, Kongress der Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP), 9.–12.10.2024. Veranstalter: Biogen

Krankheitsmodifizierende Ansätze zur Behandlung der frühen Alzheimererkrankung

➔ Eine kausale Therapie für die Alzheimerdemenz (AD) ist bisher nicht verfügbar, aber das Management der Krankheit ist im

Wandel. Eine möglichst frühe Diagnostik und ein Verlangsamen der Krankheitsprogression werden bald möglich sein.

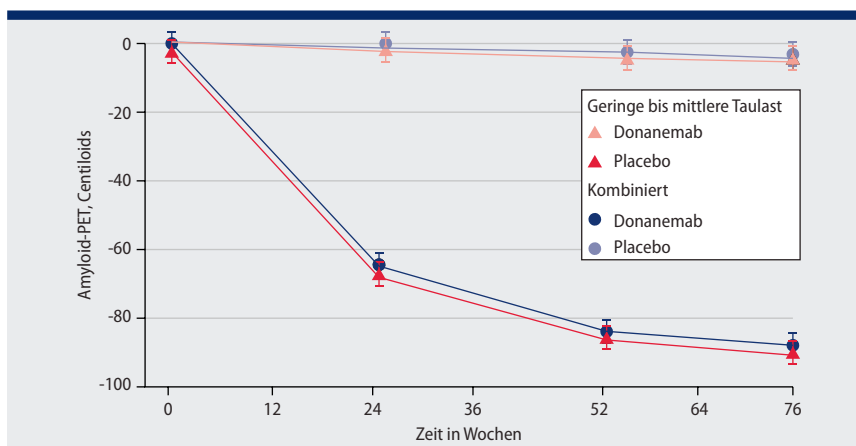


Abb. 1: Mittlere Veränderung in der Amyloid-PET unter dem β -Amyloidantikörper Donanemab (mod. nach [Van Dyck et al. N Engl J Med. 2023;388:9-21])

Bereits Jahre vor dem Auftreten der ersten klinischen Symptome lassen sich pathophysiologische Veränderungen wie Amyloidplaques im Gehirn und eine abnormale Akkumulation von hyperphosphoryliertem Tau bei der AD detektieren. Eine Diagnose erfolgt jedoch häufig erst, wenn bereits eine manifeste Demenz vorliegt. Dann ist es jedoch bereits zu spät und die Neurodegeneration fortgeschritten. Daher empfiehlt die aktualisierte S3-Leitlinie Demenzen die frühe Diagnosesicherung der AD bereits im Stadium objektivierbarer leichter kognitiver Störung bei typischer Symptomausprägung und eindeutigem Biomarkernachweis für das Vorliegen einer Alzheimerpathologie, berichtete Prof. Thomas Dünig, Facharzt für Neurologie mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin und Geriatrie, Chefarzt der Klinik für Neurologie, Bremen.

Zur Diagnose wird die Bestimmung von drei Biomarkern herangezogen: A β 42 bezie-

hungsweise das Verhältnis von A β 42 zu A β 40, phosphoryliertes Tau beziehungsweise dessen Verhältnis zu A β 42, sowie die Konzentration des Gesamt-Tau und der Neurofilament-Leichtketten im Liquor. Spezifische Blutbiomarker stehen in den Startlöchern, um weniger invasiv und schneller eine Früherkennung durchführen zu können, erklärte der Experte [Milà-Alomà M et al. *Ther Adv Neurol Disord.* 2019; 12:1756286419888819; Hampel H et al. *Nat Rev Neurol.* 2018;14:639-52]. Denn nur, wenn die Erkrankung frühzeitig erkannt werde, könnten innovative Therapien wirksam eingesetzt werden.

Bei den sich im Zulassungsprozess befindlichen Präparaten wie Donanemab handelt es sich um β -Amyloidantikörper. Sie können bei leichter Demenz die zerebrale Amyloidlast reduzieren und die AD verlangsamen.

In der Studie TRAILBLAZER-ALZ 2 konnte eine komplette Amyloidbeseitigung (< 24,1 Centiloids im Amyloid-PET) 76 Wochen nach Start der Donanemabtherapie bei 80,1 % mit niedrigen oder mittleren Tauablagerungen beobachtet werden [Sims JR et al. *JAMA.* 2023;330(6):512-27]. In der kombinierten Studienpopulation (niedrige/mittlere/hohe Tau-Ablagerung) waren es 76,4% (**Abb. 1**). Dies übersetzte sich in ein verlangsamtes klinisches Fortschreiten der AD: Bei 47 % unter Donanemab sei binnen eines Jahres keine Verschlechterung gemäß der Skala „Clinical Dementia Rating – Sum of Boxes“ zu beobachten gewesen, unter Placebo bei 29 %.

Leoni Burggraf

Symposium „Moderne Alzheimer-Therapie: Aktuelle Erkenntnisse und klinische Implikationen“ DGN-Kongress, 7.11.2024. Veranstalter: Lilly

Hinweise auf Transthyretin-Amyloidose rasch und interdisziplinär abklären

Bei seltenen, multisystemischen und äußerst heterogenen Stoffwechselerkrankungen wie der hereditären Transthyretin-Amyloidose (ATTRv) ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit unerlässlich, zum Beispiel mit der Kardiologie und gegebenenfalls mit einem Amyloidose-Zentrum. Damit könne der initiale Verdacht weiter abgeklärt werden, um schnell zu einer Diagnose zu gelangen, berichtete PD Dr. Gilbert Wunderlich, Leiter der Spezialsprechstunde für neuromuskuläre Erkrankungen an der Klinik und Poliklinik für Neurologie, Universitätsklinik Köln.

Eine möglichst rasche Diagnose ist notwendig, da eine ATTR mit Kardiomyopathie mit einer hohen Mortalität assoziiert ist und eine frühe Behandlung diese verringern kann. Als therapeutische Optionen existieren unter anderem Ansätze zum „Gene silencing“, die die Synthese von Transthyretin hemmen, erklärte Dr. Stefan Gingele, Klinik für Neurologie mit klinischer Neurophysiologie, Medizinische Hochschule Hannover. Dieser Wirkansatz auf Basis von Antisense-Oligonukleotiden eignet sich vor allem bei ATTRv mit Polyneuropathie (PNP) der Stadien I und II. Zur Verfügung stehen zur Behandlung Vertreter der ersten Generation wie Patisiran und Inotersen und der zweiten

Generation wie Vutrisiran und künftig Eplontersen (Wainzua®).

Eplontersen ist seit Dezember 2023 in den USA zugelassen, für den europäischen Raum rückt eine Zulassung näher. Im Oktober 2024 hat der Ausschuss für Humanarzneimittel der Europäischen Arzneimittelagentur für das Medikament bei ATTRv mit PNP Stadium I und II eine positive Bewertung abgegeben. Damit ist zu erwarten, dass die Zulassung in naher Zukunft erteilt wird. Grundlage der positiven Empfehlung sind die Ergebnisse der einarmigen Open-label-Phase-III-Studie NEURO-TTTransform. In diese Studie wurden 168 Patientinnen und Patienten mit ATTRv eingeschlossen [Coelho T et al. *JAMA.* 2023; 330(15):1448-58]. Dabei ergab sich unter Eplontersen eine signifikant stärkere Verringerung der Serum-Transthyretin-Konzentration im Vergleich zu einer historischen Placebokohorte (-81,7 % vs. -11,2 %). Zudem wurden geringere Beeinträchtigungen durch die Neuropathie und eine bessere Lebensqualität angegeben.

Dr. rer. nat. Christine Willen

Symposium „See the pATTRNs – Amyloidosen am Nerv der Zeit“ im Rahmen des DGN-Kongresses 2024, 8.11.2024. Veranstalter: AstraZeneca

Bruton-Tyrosinkinasehemmer unterdrückt MS-Aktivität

Roche hat neue Daten zum Bruton-Tyrosinkinaseinhibitor Fenebrutinib vorgestellt. In einer offenen Verlängerung der Phase-II-Studie FENopta zeigten Personen mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose, die ein Jahr lang Fenebrutinib erhielten, eine sehr niedrige Krankheitsaktivität sowie eine gestoppte Krankheitsprogression.

96 % der Erkrankten waren nach einem Jahr frei von Schüben und wiesen über 48 Wochen hinweg keine Behinderungsprogression auf. Gemessen wurde anhand des Expanded Disability Status Scale (EDSS). Laut Roche verdeutlicht die Studie, dass Fenebrutinib akute und chronische Hirnläsionen unterdrückt und ein günstiges Sicherheitsprofil aufweist. Drei Phase-III-Studien zur Beurteilung der Langzeitwirkung laufen derzeit.

red

Nach Informationen von Roche

Cannabisöl in kleinerer Flasche

Das Unternehmen Stadapharm teilt mit, dass der Cannabis-Extrakt CannabiStada® des dänischen Herstellers Valcon Medical nun auch als 10-ml-Flasche erhältlich ist. Der Extrakt hat ein THC/CBD-Verhältnis von 10:10 und eignet sich für Personen mit chronischen Schmerzen und neurologischen Erkrankungen. Er lässt sich mit einer beigelegten Kolbendosierpipette und einem Senkrechtropfer dosieren.

red

Nach Informationen von Stadapharm

Zulassungserweiterung für Wirkstoff zur Notfallbehandlung

Die Europäische Kommission hat im Oktober 2024 eine Erweiterung der Indikation für Midazolam 10 mg (Buccolam®) auf Erwachsene bestätigt. Das Medikament ist eine Lösung zur Anwendung in der Mundhöhle. Damit ist Midazolam, das bisher nur für die Notfallbehandlung von Kindern im Alter von drei Monaten bis 18 Jahren zugelassen war, nun auch für die Anwendung bei Erwachsenen indiziert.

red

Nach Informationen von neuraxpharm

Therapie bei MS-Betroffenen individuell anpassen

➔ In bestimmten Situationen kann bei Multipler Sklerose (MS) auf den Einsatz eines immunsuppressiv wirksamen Medikaments verzichtet werden, zugunsten eines besser verträglichen Immunmodulators wie Glatirameracetat (Copaxone®). Dabei spielen unter anderem die Krankheitsaktivität und das Alter der betroffenen Person eine Rolle. Denn das Prinzip „hit hard and early“ gilt laut Christoph Lassek, niedergelassener Neurologe in Kassel, nicht für alle MS-Kranken. Der Krankheitsverlauf einer MS kann stark variieren, sowohl zwischen verschiedenen Patientinnen und Patienten als auch bei ein und demselben Betroffenen in unterschiedlichen Lebensphasen. Während bei hoch aktiven Erkrankungen bei

jungen Menschen in der Regel eine frühe Behandlung mit Immuntherapeutika der Wirksamkeitskategorien 2 oder 3 angezeigt ist, kann bei niedriger Krankheitsaktivität auch eine Behandlung mit einem Medikament der Wirksamkeitskategorie 1 erwogen werden. Glatirameracetat zeichne sich, so Lassek, durch eine gut dokumentierte Verträglichkeit und somit ein günstiges Nutzen-Risiko-Profil aus.

Laut aktuellen Leitlinien [Deutsche Gesellschaft für Neurologie. AWMF-Leitlinie Nr. 030-050. S2k] seien die „Green Flags“ für einen Therapieeinstieg mit Medikamenten der Wirksamkeitskategorie 1 ein günstiger MRT-Befund bei Diagnosestellung: eine niedrige Schubfrequenz und eine gute Er-

holung von den ersten beiden Schüben, ein Wert auf der Expanded Disability Status Scale (EDSS) von <3,0 ohne Pyramidenbahnbeteiligung im ersten Erkrankungsjahr sowie das Fehlen schwerer alltagsrelevanter Funktionsminderungen nach adäquater Schubtherapie. In der Schwangerschaft und Stillzeit sowie in höherem Alter kann Glatirameracetat laut Lassek ebenfalls eine nachweislich verträgliche und sichere Alternative zu den immunsuppressiv wirksamen Substanzen der höheren Wirksamkeitskategorien bieten. **Dr. Thomas M. Heim**

Virtuelles Pressegespräch „Therapiemanagement der Multiplen Sklerose (MS): Herausforderungen und Erfahrungen aus dem Praxisalltag“. 5.9.2024, Ulm. Veranstalter: Teva

Retardtablette bei Schlafstörungen aufgrund neuropathischer Schmerzen

➔ Pregabalin ist seit Januar 2024 auch in einer retardierten Form verfügbar (Pregabalin Aristo® retard). Expertinnen und -experten werten dies positiv für die Behandlung neuropathischer Schmerzen, unter anderem wegen günstiger Wirkungen auf die Schlafarchitektur. Durch die langsame Freisetzung aus der Retardtablette vermeidet man „End-of-dose-failures“ und nachts wiederkehrende Schmerzen, so Prof. Ralf Baron, neurologische Schmerzforschung und -therapie, Universitätsklinikum Kiel. Dass Pregabalin die Schlafarchitektur günstig beeinflusse, und zwar unabhängig von der schmerzlindernden Wirkung, zeigte laut Baron eine Schlaflaborstudie mit 24 gesunden Personen [Hindmarch I et al. Sleep.

2005;28:187-93]. Nach einer Eingewöhnungsnacht erhielten die Teilnehmenden drei Tage lang randomisiert doppelblind Pregabalin 3 × 150 mg, Alprazolam 3 × 1 mg oder Placebo. Sowohl in der Pregabalin- als auch der Alprazolamgruppe war die Schlafdauer signifikant länger als unter Placebo ($p < 0,001$). In Nacht 3 betrug die Gesamtschlafdauer unter Pregabalin 461 ± 14 , unter Alprazolam 456 ± 8 und unter Placebo 433 ± 29 Minuten. Laut Polysomnografie war der Anteil des langsamwelligen Schlafs an der Schlafdauer unter Alprazolam signifikant niedriger und unter Pregabalin signifikant höher als unter Placebo ($p < 0,001$). So lag in Nacht 3 der Anteil des Schlafstadiums III unter Pregabalin bei $11 \pm 4\%$, unter Alpra-

zolam bei $7 \pm 2\%$ und unter Placebo bei $9 \pm 3\%$. Der Anteil des Schlafstadiums IV lag bei $26 \pm 6\%$, $12 \pm 6\%$ und $17 \pm 6\%$.

In einer Querschnittsstudie, an der 3.339 Personen mit chronischen neuropathischen Schmerzen teilnahmen, gab es Assoziationen zwischen Zeichen zentraler Sensibilisierung wie Allodynie und gestörtem Schlaf [Sachau J et al. Pain Rep. 2023;8:e1098]. Baron nimmt an, dass Pregabalin den Schlaf sowohl über direkte zentralnervöse Effekte positiv beeinflusst als auch indirekt durch Schmerzreduktion. **Dr. Thomas M. Heim**

Industriesymposium „Schmerz kennt kein 9 to 5: Die innovative Schmerztherapie ohne Stechuhr“; 18.10.2024, Deutscher Schmerzkongress, Mannheim. Veranstalter: Aristo

Verschiedene Facetten juveniler Morbus Pompe behandeln

➔ In der Pädiatrie gilt es, die neuromuskuläre Stoffwechselerkrankung Morbus Pompe trotz ihres heterogenen Symptomkomplexes frühzeitig zu erkennen, die Betroffenen individuell zu betreuen und eine nahtlose Transition in die Erwachsenenmedizin vorzubereiten. Zudem sollte der optimale Behandlungszeitpunkt symptom- und

situationsabhängig festgelegt werden. Eine Option bietet die Enzyersatztherapie mit Avalglucosidase alfa (Nexviadyme®, AVA). Alle Formen des Morbus Pompe – sowohl die klassische und nicht klassische Infantile-Onset als auch die Late-Onset Pompe-Erkrankung (LOPD) können sich im Kindesalter manifestieren. Sie lassen sich anhand

der Progression und kardialen Ausprägung unterscheiden. Der lysosomalen Speicherkrankheit liegt eine genetisch bedingte Defizienz der sauren α -1,4-Glukosidase zugrunde, deren Restaktivität mit der Schwere der Verläufe korreliert [Kishnani PS et al. Genet Med. 2006;8(5):267-88]. „Red Flags“ sind proximale Muskel- und Atemschwäche

sowie erhöhte Kreatinkinase(CK)-Werte. „Bei jedem Patienten mit unklarer CK-Wert-Erhöhung muss ein Morbus Pompe ausgeschlossen werden, damit man eine behandelbare Erkrankung nicht übersieht“, betonte Prof. Andreas Hahn, Gießen. Die Diagnosesicherung erfolgt mittels Trockenbluttest, der die Enzymaktivität misst [Taverna S et al. Aging (Albany NY). 2020; 12(15):15856-74]. Die Therapie mit AVA hat im Vergleich zur Standardtherapie Alglucosidase alfa (ALG) eine etwa 15-mal höhere Anzahl an Manno-6-Phosphat-Resten, wodurch sich die Rezeptoraffinität erhöht und das Enzym in größerer Menge in die Zellen aufgenommen werden kann [Pena LDM et al. Neuro-muscul Disord. 2019; 29(3):167-86]. In der Phase-III-Studie COMET wurden 100 LOPD-Erkrankte behandelt, davon 51 mit AVA und 49 mit ALG. Die Ergebnisse der Untersu-

chung zeigten für AVA eine Nichtunterlegenheit und klinisch bedeutsame Verbesserungen der Atem- und Muskelfunktion [Diaz-Manera J et al. Lancet Neurol 2021; 20(12):1012-26]. In einer gepoolten Post-hoc-Analyse konnte anhand mehrerer Modellrechnungen gezeigt werden, dass die Überlegenheit von AVA in der COMET-Studie wahrscheinlich aufgrund der geringen Studienpopulation mit einem Ausreißerpatienten knapp verfehlt wurde [Mozaffar T et al. Mol Genet Metab Rep. 2024;40:101109]. Laut Hahn ist ein Vorteil, dass das weiterentwickelte Enzyersatzpräparat bei Kindern und Erwachsenen als Heiminfusion angewendet werden kann. **Angelika Kohl**

Symposium „Keiner ist wie der Andere! Der juvenile Morbus Pompe“, Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP), Stuttgart, 10.10.2024. Veranstalter: Sanofi

Hochwirksame Therapie bei schubförmiger MS frühzeitig initiieren

➡ Eine hochwirksame Therapie sollte bei schubförmiger Multipler Sklerose (RMS) früh eingesetzt werden, wenn möglich schon zu Beginn der Erkrankung.

„Eine frühe Therapieinitiierung kann offenbar dazu beitragen, irreversible Schäden an Nervenzellen vorzubeugen“, berichtete Prof. Ralf Gold, Direktor der Klinik für Neurologie, Katholisches Klinikum Bochum. Der Experte verdeutlichte dies an dem Medikament Ublituximab (Briumvi®). In der dreijährigen Open-Label-Extension-Phase der ULTIMATE-Studie, die eine Beobachtungsdauer von zwei Jahren hatte, entwickelten lediglich 8% der kontinuierlich mit Ublituximab Behandelten eine bestätigte Behinderungsprogression, im Vergleich zu 14,3% in der Teriflunomid-Gruppe ($p=0,0032$). Diese Gruppe hatte nach Abschluss der doppelblinden Phase mit Teriflunomid in der Extensionsstudie zu Ublituximab gewechselt. Laut Gold wiesen somit nur halb so viele der Behandelten unter Ublituximab eine Behinderungsprogression auf als in der Gruppe, die den Wirkstoff gewechselt hatte. Dieses Ergebnis bestätigt, dass der frühe Beginn einer hochwirksamen Behandlung langfristige Vorteile mit sich bringen kann [Cree B et al. Poster P324.ECTRIMS. 2024]. „Die vorliegenden Daten unterstützen damit

den therapeutischen Ansatz ‚hit hard and early‘, dem sich auch die aktuellen Leitlinien stärker geöffnet haben“, sagte Gold. Im fünften Behandlungsjahr lag unter Ublituximab die jährliche Schubrate bei 0,021, was etwa einem Schub pro 50 Patientenjahren entspreche. In der Verlängerungsstudie wurden keine neuen Sicherheitssignale beobachtet, das Nebenwirkungsprofil deckte sich mit früheren Studien.

Prof. Tobias Bopp, Institut für Immunologie, Universitätsmedizin Mainz, erklärte, dass Ublituximab der erste Anti-CD20-Antikörper in der MS-Therapie sei, der an den Bindungsstellen zu B-Zellen durch Glycoengineering weiter optimiert wurde, indem störende Zuckerreste entfernt wurden. „Aus immunologischer Sicht ist das Glycoengineering ein bedeutsamer Fortschritt, da es zu einer verstärkten antikörperabhängigen zellulären Zytotoxizität führt und eine präzise Interaktion mit den Fc-Rezeptoren ermöglicht. Dies kann die Effektivität und gezielte Wirkung dieses Anti-CD20-Antikörpers verbessern“, erläuterte Bopp.

Dr. rer. nat. Christine Willen

Symposium „Ublituximab – der erste glycoengineerte Antikörper in der MS“, 8.11.2024, DGN-Kongress 2024. Veranstalter: neuraxpharm

Zulassungsempfehlung für Alzheimermedikament

Der Ausschuss für Humanarzneimittel der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) empfiehlt die Zulassung des gegen β -Amyloid gerichteten monoklonalen Antikörpers Lecanemab. Empfohlen wird das Medikament für den Einsatz bei Erwachsenen mit leichten kognitiven Störungen oder leichter Demenz aufgrund der Alzheimererkrankung mit bestätigter Amyloidpathologie im Gehirn. Die Zulassung soll nur für Personen erfolgen, die keine Genkopie des Apolipoproteins E $\epsilon 4$ tragen oder heterozygot dafür sind. Wird die Empfehlung umgesetzt, wäre Lecanemab der erste in Europa zugelassene monoklonale Antikörper zur Therapie der Alzheimererkrankung. Es wird erwartet, dass die EMA innerhalb von etwa zwei Monaten eine endgültige Entscheidung trifft. **red**

Nach Informationen von Eisai

Behandlungsoption für Erwachsene mit Neurofibromatose Typ 1

Das Medikament Selumetinib, das nur für Kinder mit Neurofibromatose Typ 1 (NF1) zugelassen war, eignet sich auch für Erwachsene. Das ergab die randomisierte, doppelblinde, placebokontrollierte Phase-III-Studie KOMET mit Erwachsenen mit NF1 und symptomatischen, inoperablen plexiformen Neurofibromen. Unter Selumetinib (Koselugo®) erreichten signifikant mehr Erkrankte den primären Endpunkt, ein Tumorverschwinden oder dessen Rückgang um $\geq 20\%$. **red**

Nach Informationen von AstraZeneca

MS-Förderpreis verliehen

Zum 15. Mal wurde der Oppenheim-Förderpreis für Projekte in der Erforschung der Multiplen Sklerose verliehen. Dr. Sofia Meyer zu Reckendorf, Neurobiochemie, Universität Ulm, gewann in der Kategorie „Präklinik“ mit ihrem Projekt „Involvement of CASPR in axonal loss in multiple sclerosis patients“. In der Kategorie „Klinik“ siegte Dr. Steffen Pfeuffer, Neurologie, Universitätsklinikum Gießen, mit dem Thema „Der Einfluss der immunmodulatorischen Therapie auf die Entwicklung von Komorbiditäten bei Patienten mit Multipler Sklerose“. **red**

Nach Informationen von Novartis

Journal



Die Erkrankung Morbus Binswanger, die nach Otto Binswanger benannt wurde, zählt zu den vaskulären Demenzen.

© Pascal / Generiert mit KI / stock.adobe.com

Modepsychiater und leidenschaftlicher Professor

Otto Binswanger

Heute ist der Neurologe und Psychiater Otto Binswanger hauptsächlich durch die nach ihm benannte Krankheit Morbus Binswanger bekannt. Allerdings leistete er mit über 100 Veröffentlichungen auch in vielen weiteren Bereichen der Neurologie und Psychiatrie einen Beitrag. Er war ein engagierter und charismatischer Professor und setzte sich auch für humanere Bedingungen in Kliniken ein.

Der Psychiater und Neurologe Otto Binswanger (1852–1929) ist auch heute noch den meisten Menschen ein Begriff. Häufig wird er mit der von ihm beschriebenen subkortikalen arteriosklerotischen Enzephalopathie (SAE) assoziiert. Im Folgenden sollen sein Leben und sein Wirken im Kontext seiner Zeit dargestellt werden. Basis des vorliegenden Artikels ist eine ältere Arbeit von Schneider und Wiczorek [1].

Herkunft, Jugend, Ausbildung

Die Familie Binswanger war ursprünglich eine schwäbische Ärztfamilie. Der Vater von Otto Binswanger, Ludwig der Ältere (1820–1880), war Psychiater und Neurologe und stammte aus einer jüdischen Familie. Im Alter von 30 Jahren wurde Ludwig zum Direktor der psychiatrischen Klinik in Münsterlingen ernannt. Die Familie nahm die schweizerische Staatsbürgerschaft an und konvertierte in der Schweiz vom Judentum zum Protestantismus. Später gründete Ludwig die Heilanstalt Bellevue in Kreuzlingen am Bodensee, die in Familientradition bis zum Jahr 1980 von seinem Urenkel Wolfgang Binswanger (1914–1993) geführt wurde. Dessen Vater Ludwig der Jüngere (1881–1966) war Begründer der Daseinsanalyse, einer Mischform von Psychoanalyse und Existenzphilosophie.

Otto Binswanger hatte einen älteren Bruder, Robert Binswanger (1850–1910). Auch dieser wurde Neurologe und folgte dem Vater in der Klinikleitung nach. Otto Binswanger wurde in Scherzingen geboren. Er soll ein eher kleingewachsenes, kränkliches Kind gewesen sein und musste das Gymnasium unterbrechen. Danach studierte er Medizin in Heidelberg als Corpsstudent. Weitere Stationen waren Straßburg und Zürich.

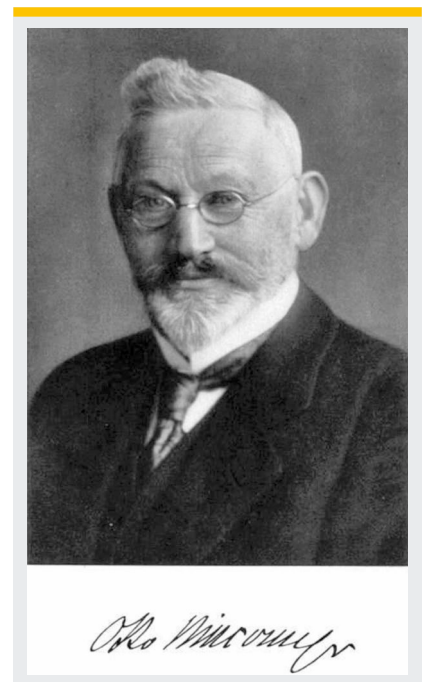
Im Jahr 1874 legte er das Staatsexamen ab und arbeitete dann zunächst, der Familientradition folgend, ein knappes Jahr in der Klinik seines Vaters. Danach folgten Assistenzjahre bei dem Psychiater und Neurologen Theodor Meynert (1833–1892) in Wien und dem Psychiater Ludwig Meyer (1827–1900) in Göttingen. Dort verfasste er im Jahr 1878 auch seine Dissertation über „trophische Vorgänge bei Geisteskranken“ und im Jahr 1882 seine Habilitation über Missbildungen. Später war er kurz in Breslau und dann unter dem Psychiater und Neurologen Carl Westphal (1883–1890) als Oberarzt an der Charité in Berlin tätig.

Jenaer Zeit

Kurz darauf wurde Binswanger zum Direktor der Landesheilanstalt Jena und außerordentlichen Professor der Universität ernannt, obwohl er erst 29 Jahre alt

war. Seine Hauptkonkurrenten um den Posten waren keine Geringeren als die Neurologen und Psychiater Carl Wernicke (1848–1905) und Arnold Pick (1851–1924).

In dieser Zeit war die Psychiatrie im Gegensatz zur Neurologie beziehungsweise Nervenheilkunde immer noch ein



Otto Binswanger [2]

© Wikimedia Commons

Randthema. Die Patientinnen und Patienten wurden häufig in Zellen eingesperrt, Zwangsjacken waren im Einsatz, Bestrafungen und Fixierungen standen an der Tagesordnung. Binswanger gehörte – wie Alois Alzheimer (1864–1915) und Franz Nissl (1860–1919) in Frankfurt – zu der Gruppe von Psychiatern, die humanere Bedingungen in den Kliniken forderten. Er schaffte diese Behandlungsformen trotz Widerstand des Personals ab. Ebenso anachronistisch erschien ihm die Regelung, dass Patientinnen und Patienten sowie das Personal pro Jahr 400 Liter Schnaps zugeteilt wurden. Binswanger organisierte die Krankenpflege neu, führte Arbeits- und Ergotherapie ein und intensivierte, mangels therapeutischer Alternativen, die Hydrotherapie.

Was aus heutiger Sicht selbstverständlich erscheint, war zu Binswangers Zeit innovativ. Er war im Kaiserreich aktiv,

einer europaweit politisch äußerst konservativen Periode. Psychisch kranke Menschen wurden in dieser Zeit noch massiv stigmatisiert und ausgegrenzt. Außerdem waren seine Einflussmöglichkeiten begrenzt. Ähnlich wie heute war der Titel „außerordentlicher Professor“ mehr akademischer Natur und bot ihm keinen Zugriff auf Labore, Ressourcen oder größere Forschungsgelder. Aus heutiger Sicht muss er mehr wie ein Stationsarzt gearbeitet haben. Dennoch gelang es Binswanger, diese Probleme mit Charisma, Leidenschaft, Temperament und einer Begabung für gute Vorlesungen zu kompensieren. Im Jahr 1891 wurde er zum ordentlichen Fakultätsmitglied berufen. Sein berühmtester Schüler war der 20 Jahre jüngere Hans Berger (1873–1941), der im Jahr 1924 das EEG entwickelte.

Darüber hinaus scheint Binswanger nicht gerade unter Minderwertigkeits-

komplexen gelitten zu haben. Er liebte Zigarren und gute Weine, in einer Zeit, in der nicht nur in den USA eigentlich Abolitionismus angesagt war. Dabei scheint er auch mit dem fast schon fanatischen Abstinenzler Emil Kraepelin (1856–1926) massiv in Konflikt geraten zu sein [3]. Ansonsten war Binswanger äußerst offen für verwandte Fachgebiete, wie die forensische Psychiatrie oder die Pathologie. Seine wachsende Popularität führte dazu, dass er der „Modepsychiater“ für die Elite des deutschen Kaiserreichs und auch der britischen und russischen Aristokratie wurde. Leider ist anzunehmen, dass seine wissenschaftliche Arbeit darunter litt.

In den Jahren 1889 bis 1890 behandelte er den Philosophen Friedrich Nietzsche (1844–1900), der aus dem nahegelegenen Naumburg stammte, hielt dessen Symptome aber für psychogen [4]. Später wurde dann recht eindeutig eine



Die SAE gehört zu den vaskulären Demenzen. Zur Diagnose erfolgt unter anderem eine MRT der Blutgefäße im Gehirn.

progressive Paralyse diagnostiziert. Ein weiterer heute noch bekannter Patient war der alkohol- und morphiumsüchtige Schriftsteller Hans Fallada (1893–1947).

Nach Nietzsches Tod verschwand die Krankenakte des Philosophen auf mysteriöse Weise aus Binswangers Safe. Sie wurde aber später wiederentdeckt und im Jahr 1929 dem Nietzsche-Archiv übergeben. Es befinden sich allerdings auch noch Kopien in der psychiatrischen Klinik in Jena.

So politisch konservativ das Klima zur damaligen Zeit auch war, so gut waren die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der „Gründerzeit“, was auch den Forschungsressourcen zugutekam. Parallel gab es unter Otto von Bismarck (1815–1898) auch Raum für soziale Reformen. Dies alles konnte Binswanger im Laufe der Zeit für sich nutzen und stieg in der Universitätshierarchie vom außerplanmäßigen Professor zum Direktor der psychiatrischen und Nerven-klinik Jena auf. Er wurde einmal Prorektor der Universität, zweimal Rektor und fünfmal Dekan der medizinischen Fakultät. Bis zu seiner Emeritierung im Jahr 1919 war er 37 Jahre lang Klinikdirektor. Auf sein Wirken geht auch die Entwicklung einer eigenständigen Kinder- und Jugendpsychiatrie zurück.

Binswangers letzte Berufsjahre waren vom Ersten Weltkrieg und den Wirren der beginnenden Weimarer Republik geprägt. Klinisch war er als Lazarettarzt, Gutachter und medizinischer Militärbe-

rater tätig. Er war mit Emilie Bädecker (1859–1941) verheiratet, das Ehepaar hatte drei Töchter und einen Sohn. Binswanger starb im Jahr 1929 bei einem Glas Wein und einer Zigarre in Kreuzlingen beim Bridgespiel. Der Legende zufolge waren seine letzten Worte: „Lasst uns noch eine letzte Runde spielen.“

Wissenschaftliche Arbeit: Morbus Binswanger

Binswangers wissenschaftliche Leistungen mit weit über 100 Veröffentlichungen waren zu seiner Zeit vielfältig und umfangreich, jedoch ist heute davon nicht mehr viel bekannt. Sein Lehrbuch der Psychiatrie, das er zusammen mit dem Neurologen und Psychiater Ernst Siemerling (1857–1931) herausgab, ist allerdings auch heute noch lesenswert [5]. Es ist aus heutiger Sicht schwierig, seine Bedeutung und den Einfluss auf die moderne Neurologie einzuschätzen. Die Krankheit, die seinen Namen trägt, wurde von ihm im Jahr 1894 während eines Kongresses zur Differenzialdiagnostik der allgemeinen progressiven Paralyse von vaskulären Problemen beschrieben [6].

Eine kritische Auseinandersetzung mit dem „Morbus Binswanger“ setzte in den 1960er-Jahren ein – also noch vor dem Einzug der Bildgebung. Es ist anzunehmen, dass Binswanger nie die Absicht hatte, einen „Morbus Binswanger“ zu definieren, sondern dass es ihm vielmehr darum ging, differenzialdiagnostische Klarheit in der Abgrenzung von

verschiedenen Demenzformen zu finden. Wie oft in der Zeit von Alzheimer und Nissl sollten vielleicht mehr die Erstbeschreiber durch den Zusatz „Morbus“ geehrt werden, als dass es sich um klare Entitäten handelt.

Prof. Dr. med. Markus Weih, Nürnberg

Literatur

1. Schneider R, Wieczorek V. Historical Aspects of Neurosciences – Otto Binswanger (1852–1929). *Journal of the Neurological Science*. 1991;103:61–4
2. Otto Binswanger. https://de.wikipedia.org/wiki/Otto_Binswanger (Zugriff am 12.6.2023)
3. Seige M. Erinnerungen an Otto Binswanger. *Wiss. Zeitschrift Friedrich-Schiller-Univ. Jena*. 1954;4:374–8
4. Wilkes J. Nietzsches Krankheit: Genie und Wahnsinn. www.aerzteblatt.de/archiv/21950/Nietzsches-Krankheit-Genie-und-Wahnsinn (Zugriff am 30.10.2024)
5. Binswanger O, Siemerling E, Cramer A. *Lehrbuch der Psychiatrie*. 1904
6. Binswanger O. Die Abgrenzung der allgemeinen progressiven Paralyse. *Jährlicher Kongress der Assoziation der Psychiater in Dresden am 20.9.1894*. *Berl. Klin. Wschr*. 1894;31:1103–5
7. Olszewski J. Subcortical Arteriosclerotic Encephalopathy. Review of the Literature on the so-called Binswanger's disease and presentation of two cases. *World Neurology*. 1962;3:359–75

Kleinanzeigen aus der Praxis

Praxisbörse

Facharzt für Psychiatrie/Psychotherapie oder Nervenheilkunde (m/w/d) ab sofort gesucht. In **Teilzeit** für Praxis für Neurologie und Psychiatrie in **Coburg**. Flexibles und selbstständiges Arbeiten, angenehmes Arbeitsumfeld in eingespielter Praxis mit freundlichem Team. **Kontakt:** PD Dr. M. Wunderlich www.neurologie-coburg.de, 09561 95544, info@neurologie-coburg.de

Kaufen – Verkaufen – Verschenken

Suche Duplexsonografie, NLG/EMG/EP, EEG und Praxismöbel, inklusive EEG-Stuhl, Patientenliegen, Infusionsliegen und Infusionsständer für die Neueröffnung meiner neurologischen Praxis. **Kontakt:** Dr. Zoltan Biro, zoltanbiro@gmx.de

Exklusiv für Mitglieder: kostenlos inserieren!

Mitglieder von BVDN, BDN und BVDP können ihre Such-, An- oder Verkaufsanzeige kostenlos im **NeuroTransmitter** inserieren. **Und so geht's:** Senden Sie Ihre Anzeige (max. 300 Zeichen mit Leerzeichen) bitte ausschließlich per E-Mail (Fax/telefonisch/Chiffre nicht möglich) an info@bvdn.de oder geben Sie sie online im Mitgliederbereich in das Kleinanzeigenformular ein: www.berufsverband-nervenaerzte.de/project/kleinanzeigen/

Einsendeschluss: 22. Januar 2025



Impulse der Biennale Arte 2024 – Teil 2

Schwellen überschreiten mit Soundart

Oft erklärt Kunst die Gegenwart oder macht sie zumindest besser verständlich. Im deutschen Pavillon auf der Biennale Arte 2024 in Venedig jedoch drehte sich dieses Mal fast alles um die Zukunft. „Thresholds“ war der Titel dieser Ausstellung. Er stand für die Gegenwart als Schwelle, die nur überschritten wird, aber nicht permanent ist.

Nicht nur die Zukunftsvision mit Raumschiff & Co der Künstlerin Yael Bartana überzeugte auf der Biennale Arte 2024 in Venedig. Ein nicht das Auge, sondern die Ohren ansprechendes Kunstwerk blieb manchen Besucherinnen und Besuchern ebenso nachdrücklich im Gedächtnis: ein Resonanzraum in der Natur der venezianischen Insel La Certosa, geschaffen von den Soundkünstlern Michael Akstaller, Nicole L'Huillier, Robert Lippok und Jan St. Werner. Überhaupt war auf der Biennale dieses Mal bemerkenswert viel Soundart vertreten. Im japanischen Pavillon war der Sound der Verwesung zu vernehmen. Im polnischen Pavillon waren die Traumata der ukrainischen Bevölkerung zu erahnen: Videos zeigten

die Menschen, wie sie die Geräusche von Luftsirenen und tödlichen Waffen perfekt imitierten. Passantinnen und Passanten sollten das in Karaokemanier nachahmen. In weiteren Pavillons war Soundart in multimediale Spektakel verwickelt, die viele Sinne ansprachen. Nur auf der Insel La Certosa war es möglich, sich ganz auf den des Hörens zu konzentrieren.

Besser hören lernen

Der Nürnberger Künstler Michael Akstaller meint, dass es erstaunlich sei, dass das Hören, obwohl der direkteste Sinn, immer noch am wenigsten erforscht sei. Man lerne sehen, aber kaum hören; es ist der ungeschulteste Sinn. Wer sich hingegen darauf einlasse und

diesen Sinn fördere und fokussierter zu hören lerne, würde die Welt ganz anders erleben können.

Akstaller legt sein Augenmerk auf die akustischen Eigenheiten des jeweiligen Innen- oder Außenraumes und versucht sich der Umgebung anzupassen, die er vorfindet. „Wie in Architekturen oft der Sound gar nicht mitgedacht wurde, wie sich Frequenzen verändern, wenn man geht, erforsche ich mit meiner Kunst. Ich möchte bei meinen Werken die akustische Qualität der Umgebung erkunden und dann hörbar machen.“ Auf der Insel La Certosa baute der Künstler seine Klanginstallation aus Pappelholz, weil dort vor allem diese Baumart anzutreffen ist. Das Holz wird häufig als zu weich und störrisch empfunden.



„Light To The Nations“ von Yael Bartana

Mit seiner Installation „Scattered by the Trees“ (Von den Bäumen verstreut) analysierte Akstaller die akustische Besonderheit von Wäldern und Baumgruppen. Dazu verbaute er zwei Kegel, die akustische Signale in Richtung der umliegenden Bäume sendeten. Je nach Wetterlage, Blattbestand, Reflexionen durch die Bäume und den Wind veränderte sich der Ursprungsklang dann in einem komplexen System der Absorption, Reflexion und Diffusion. Die Kegel, auf spezielle Schwingungen abgestimmt, erlaubten es, dem Dialog des Ökosystems zu folgen: „Untersuchungen zur Akustik des Waldes haben ergeben, dass die Architektur der Bäume und des Waldbodens bestimmte Frequenzen über weite Distanzen übertragen kann, ähnlich wie eine Telefonleitung, die es Tieren ermöglicht, Informationen auszutauschen. Auch wenn sie sich selbst nicht ‚hören‘, leisten die Bäume einen wesentlichen Beitrag dazu, diese Kommunikation hörbar zu machen. Unsere Umwelt ist komplexer, als wir sie jemals erleben können.“ Der Künstler verschaffte denjenigen, die sich abgeschieden vom Biennale-Trubel auf der einsamen Insel La Certosa darauf einließen, die Gelegenheit, in die Klangwelt des Hörens und die Wunder der Natur zumindest ein wenig einzutauchen.

Was passiert mit dir im Raum?

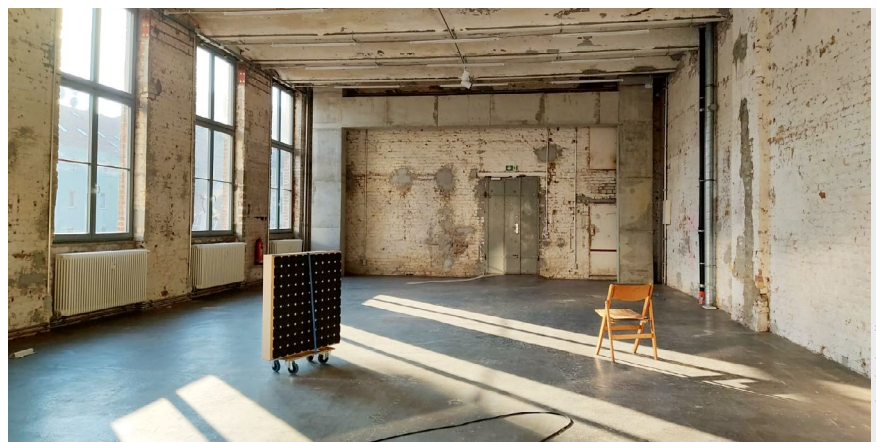
Michael Akstaller gründete im Jahr 2017 mit Jan St. Werner, der ebenfalls auf La Certosa ausstellte, in Nürnberg an der Akademie für bildende Künste die Klasse „DAF – Dynamische Akustische Forschung“. Bis heute existiert diese lose als Kollektiv weiter, das den Klang als eigenständige Kunstform untersucht. Zudem veranstaltet der Künstler in unregelmäßigen Abständen Sound-Workshops. Dabei geht es um den Sound als Medium in der Kunst, um das Bauen von Instrumenten, die ein Echo verlauten, um die Wahrnehmung im Raum und den Akt des Hörens als performative Möglichkeit, mit Raum und Körpern zu interagieren.

Darum, Klang im Raum zu verteilen und mit den Resonanzen der Architektur zu spielen, geht es Akstaller auch mit seinen selbst produzierten Soundpanels oder Lautsprechern, ehemals in der Callie's Stiftung in Berlin aufgestellt. Sie



„Scattered by the Trees“ von Michael Akstaller

© Andrea Rossetti



Soundpanel von Michael Akstaller in der Callie's Stiftung in Berlin

© Michael Akstaller

erzeugen einen gerichteten Klangstrahl, nur hörbar, wenn dieser im Raum durchquert oder dessen Reflexion gestreift wird. „Die Panels schicken Soundbeams, mit denen man ein ganz anderes Verständnis von Architektur gewinnen kann. Es geht dabei nie um den direkten Schall aus dem Speaker, sondern um die Wechselwirkung aus gehörter und gesehener Architektur, aus akustischen Artefakten und Verzerrungen von Raumgrößen“, so Akstaller. „Das ist es, was mich im Endeffekt interessiert: Nicht, was passiert im Lautsprecher, sondern was passiert mit dir im Raum?“

Auf zum Soundfestival

Die nächste Chance, zwar nicht die Soundart Akstallers, aber von ihm kuratierte Musik zu hören, ergibt sich bereits in Kürze im Künstlerhaus in Nürnberg. Dort leitet der vielseitige Künstler und Musiker am 20. und 21. Dezember das Soundfestival „In between ears“.

Mehr Informationen:

<https://www.ifa.de/kunst/deutscher-pavillon-venedig-biennale/>
<https://michaelakstaller.de/>
<https://www.kunstkulturquartier.de/kuenstlerhaus/programm/festivals/in-between-ears>
<https://www.callies.berlin/de>

AUTORIN

Dr. Angelika Otto

Freie Journalistin
München

angelika.s.
otto@gmail.com

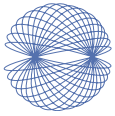


Veranstaltungen BVDN/BDN/BVDP-Landesverbände 2025

Datum Ort Zeit	Landesverband Titel Themen	Anmeldung
13.–15.3.2025 in Köln Voraussichtlich 15 CME-Punkte	ZNS-Tage 2025 Aktuelle Fragestellungen aus der Neurologie und Psychiatrie, Berufspolitik und kollegialer Austausch	www.zns-tage.de
10.5.2025 in München Klinikum Rechts der Isar, Hörsaalgebäude, Eingang Einsteinstraße Voraussichtlich 6 CME-Punkte	Frühjahrstagung des BVDN/BVDP/BDN Bayern Chronische ZNS-Erkrankungen – Versorgung in der Facharztpraxis, berufspolitische Informationen über EBM, GOÄ, ePA, WB-Befugnis und mehr	Athene-Akademie k.braungardt@athene-qm.de oder per Fax: 0931-20 555 25

Fortbildungsveranstaltungen 2025

9.1.2025 in München Klinik für Palliativmedizin Elisabeth-Stoeber-Straße 60	Fachtag „Frei und verantwortlich“ Vorträge über das Dilemma zwischen (Für-)Sorge und Autonomie in der Begleitung von Menschen mit psychischen Störungen	www.lmu-klinikum.de/christophorus-akademie/courses/1392?appointment_id=1547
19.2.2025 online	5. Netzwerktreffen „Ethikberatung in der Psychiatrie“ Qualifizierung für ethische Fragen, die sich in der Behandlung und Begleitung von Menschen mit psychischen Erkrankungen stellen	www.dgppn.de/veranstaltungen/workshops.html
6.–7.3.2025 in Kassel-Wilhelmshöhe Schlosshotel Schlosspark 8	28. Jahrestagung Leitende Krankenhausneurologie	https://dgn.m-anage.com/Login.aspx?event=chef25
7.–8.3.2025 in Mainz Rheingoldhalle 21.–22.3.2025 in Berlin H4 Hotel Alexanderplatz	Neuro-Update Update zu aktuellen Themen der Neurologie, unter anderem neuromuskuläre Erkrankungen, Schlaganfall, MS und Demenz; wird auch als Livestream übertragen	https://neuro-update.com/anmeldung/
13.–15.3.2025 in Hamburg Universität Hamburg Edmund-Siemers-Allee 1	Jahrestagung der DeGPT Thema der Tagung ist „Trauma und Substanzen – Risiko oder Chance?“	https://www.conftool.org/degpt2025/
14.–15.3.2025 in Berlin H4 Hotel Alexanderplatz 28.–29.3.2025 in Berlin Rheingoldhalle	Psychiatrie-Update Update zu aktuellen Themen der Psychiatrie, unter anderem bipolare Störungen, ADHS und den Einfluss von Ernährung auf die Psyche; wird auch als Livestream übertragen	https://psychiatrie-update.com/anmeldung/
9.–10.5.2025 in Hamburg Handwerkskammer Holstenwall 12	26. Jahrestagung der DGNB Auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für neurowissenschaftliche Begutachtung e.V. geht es um den Erstscheidensnachweis und die Arzthaftung. Es gibt ein Update zur Fahreignung und anderen Hot Topics.	DGNB, Jakobsstraße 31, 52391 Vettweiß www.dgnb-ev.de info@dgnb-ev.de 02424 2028535
3.–5.6.2025 in Günzburg Schloss Reissensburg Voraussichtlich 30 CME-Punkte für das gesamte Curriculum	Intensivseminar „Medizinische Begutachtung“ Erster Block des Curriculums	DGNB, siehe oben
25.–26.9.2025 in Frankfurt MainHaus Stadthotel Voraussichtlich 12 CME-Punkte	19. Frankfurter Refresherseminar Auffrischung von Wissen zur neurologischen Begutachtung	DGNB, siehe oben
9.–11.10.2025 in Köln KV Nordrhein Kreisstelle Voraussichtlich 30 CME-Punkte für das gesamte Curriculum	Intensivseminar „Medizinische Begutachtung“ Zweiter Block des Curriculums	DGNB, siehe oben



BVDN

Berufsverband Deutscher Nervenärzte

■ www.bvdn.de

Vorstand des BVDN

Vorsitzende: Sabine Köhler, Jena;
Klaus Gehring, Itzehoe

Stellvertretende Vorsitzende:

Christa Roth-Sackenheim, Andernach

Schriftführer: Roland Urban, Berlin

Schatzmeister: Gereon Nelles, Köln

Beisitzer: Uwe Meier, Grevenbroich

1. Vorsitzende der Landesverbände

Baden-Württemberg: Hans Dannert

Bayern: Gunther Carl

Berlin: Gerd Benesch

Brandenburg: Holger Marschner

Bremen: Ulrich Dölle

Hamburg: Guntram Hinz

Hessen: Martin Finger, Stefan Specht

Mecklenburg-Vorpommern:

Heike Kumpe

Niedersachsen:

Norbert Mayer-Amberg

Nordrhein: Gereon Nelles,

Doris Augustin-Reuß

Rheinland-Pfalz: Klaus Sackenheim

Saarland: Nikolaus Rauber

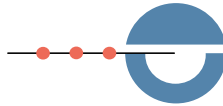
Sachsen: Ulrike Bennemann

Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe

Schleswig-Holstein: Klaus Gehring

Thüringen: Ralf Köbele, Sabine Köhler

Westfalen: Zia Pufke-Yusafzai



BDN

Berufsverband Deutscher Neurologen

■ www.berufsverband-neurologen.de

Vorstand des BDN

1. Vorsitzender: Uwe Meier,
Grevenbroich

2. Vorsitzender: Martin Südmeyer,
Potsdam

Schriftführer: Wolfgang Freund,
Biberach

Kassenwart: Martin Delf, Hoppegarten

Beisitzer: Klaus Gehring, Itzehoe;

Christoph Kosinski, Würselen;

Thomas Duning, Bremen;

Heinz Wiendl, Münster

Beirat: Tobias Warnecke (Versorgungs-

netzwerke); Elmar W. Busch (GOÄ); Iris

Penner, Düsseldorf (Neuroedukation/

Neuropsychologie); Klaus

Piwernetz, München (Qualitätsmanage-

ment)

BDN-Landessprecher

Baden-Württemberg:

Wolfgang Freund

Bayern: Carolin Zimmermann

Berlin: Walter Raffauf

Brandenburg: Martin Delf

Hessen: Stefan Kaendler

Mecklenburg-Vorpommern:

Katrin Kreiner

Niedersachsen: Elisabeth Rehkopf

Nordrhein: Uwe Meier

Rheinland-Pfalz: Sven Klimpe

Saarland: Richard Rohrer

Sachsen: Marina Sparmann

Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe

Schleswig-Holstein: Matthias Nitschke

Thüringen: Oliver Tiedge

Westfalen: Martin Bauersachs



BVDP

Berufsverband Deutscher Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie

■ www.berufsverband-psychiater.de

Vorstand des BVDP

1. Vorsitzende: Sabine Köhler, Jena

2. Vorsitzende: Christa Roth-Sackenheim, Andernach

Schriftführer: Norbert Mayer-Amberg, Hannover

Schatzmeister: Michael Krebs, Berlin

Beisitzer: Christel Werner, Mutterstadt; Melanie Gromoll, Bad Bramstedt

BVDP-Landessprecher

Baden-Württemberg: Thomas Hug

Bayern: Christian Vogel

Berlin: Michael Krebs, Andreas Karathanasopoulos

Brandenburg: Delia Peschel

Bremen: Ulrich Dölle, Sebastian von Bergg

Hamburg: Ute Bavendamm

Hessen: Maximilian Werner, Alexej Lojko

Mecklenburg-Vorpommern:

Caterina Jacobs

Niedersachsen: Norbert Mayer-Amberg

Nordrhein: Doris Augustin-Reuß

Rheinland-Pfalz: Wolfgang Rossbach,

Alice Engel

Saarland: David Steffen, Myriam Groß

Sachsen: Kriemhild Barth, Ulrike Bennemann

Sachsen-Anhalt: Matthias Pilz, Michael Schwalbe

Schleswig-Holstein: Dirk Bendfeldt

Thüringen: Dorothee Piehler

Westfalen: Michael Meyer

Geschäftsstelle des BVDN/BDN/BVDP

Wulffstraße 8, 12165 Berlin

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

info@bvdn.de

info@berufsverband-neurologen.de

info@berufsverband-psychiater.de

www.bvdn.de

www.berufsverband-neurologen.de

www.berufsverband-psychiater.de

www.zns-news.de

Cortex Management GmbH

s. oben Geschäftsstelle

Geschäftsführer: Bernhard Michatz

Ich will Mitglied werden!

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



Ja, hiermit erkläre ich meinen Beitritt als

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

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

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



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

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

Name, Vorname: _____

Tel.-Nr.: _____ Fax: _____

E-Mail/Internet: _____

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

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

- ☐ Gratis Mailservice erwünscht

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

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

IBAN: _____

Bei der _____ BIC _____

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

Name: _____

Adresse: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Praxisstempel (inkl. KV-Zulassungs-Nr.)

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

Unterschrift: _____

NEUROTRANSMITTER

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

Herausgegeben von:

Cortex Management GmbH, Wulffstraße 8,
12165 Berlin, Tel.: 030 94878310, Fax: 0322 268091-22

Geschäftsstelle BVDN, BDN, BVDP:

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

Schriftleitung:

Dr. med. Sonja Faust (sf) (v. i. S.d.P),
Wulffstraße 8, 12165 Berlin,
s.faust@berufsverband-nervenaerzte.de

Verlag: Springer Medizin Verlag GmbH, Berlin

Betriebsstätte München: Springer Medizin Verlag GmbH,
Aschauer Straße 30, 81549 München,
Tel.: +49 89 3803-0600, Fax: +49 89 3803-1533,
www.springermedizin.de

Geschäftsführung: Fabian Kaufmann,

Dr. Cécile Mack, Dr. Hendrik Pügge

Leitung Redaktion Facharztmagazine:

Markus Seidl (es)

Ressortleitung ZNS:

Dr. rer. nat. Gunter Freese (frg)

Verlagsredaktion: Dr. rer. nat. Gunter Freese

(Leitung), Tel.: 089 3803-1741, Fax: -3803-1533, gunter.freese@springer.com, Dr. rer. nat. Thomas Riedel (tr, -0960),
Monika Hartkopf (Chefin vom Dienst, -0681), Anja Oberender (ao, -0993), Lisa Freund (Assistenz, -0638)

Herstellung: Ulrike Drechsler (Leitung),

Tel. 06221 487-8662, ulrike.drechsler@springer.com; Kristin Böhler (Koordination);
Magazine Team Straive, Chennai/Indien,
www.straive.com (Satz)

Corporate Publishing: Ulrike Hafner (Leitung),

Tel.: 06221 4878-104,
ulrike.hafner@springer.com

Anzeigenleitung: Peter Urban,

Tel.: 089 3803-0768,
peter.urban@springer.com
Es gelten die Mediadaten Nr. 30 vom 1.10.2024.

Vertrieb: Marion Horn (Leitung),

Tel.: 06102 506-148,
marion.horn@springer.com

Erstellungsort: München

Druck: Druckerei Kliemo

Hütte 53, 4700 Eupen, Belgien

Abonnement: Die Zeitschrift erscheint 10-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. Die Mindestlaufzeit des Abonnements beträgt ein Jahr. Danach verlängert es sich automatisch auf unbestimmte Zeit, ist aber ab dann jederzeit mit einer Frist von einem Monat kündbar. Die Kündigung muss in Textform an den Leserservice erfolgen.

Bezugspreise: Einzelheft 33 €, Jahresabonnement 195 € (für Studierende/AIW: 117,38 €), jeweils inkl. gesetzl.

MwSt., zzgl. Versandkosten Inland 30 €, Ausland 49 €. Für Mitglieder des BVDN, BDN und BVDP ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten. Sonderpreis für DGPPN-Mitglieder: Jahresabonnement 88 €, inkl. gesetzl. MwSt., zzgl. Versandkosten (s. o.).

Copyright und allgemeine Hinweise:

Zur Veröffentlichung kommen nur Beiträge, die an anderer Stelle weder angeboten noch erschienen sind. Die Autorinnen und Autoren sind verpflichtet zu prüfen, ob die Urheber-schaft Dritter berührt wird. Eine redaktionelle Bearbeitung bleibt vorbehalten. Mit der Einwilligung zur Publikation im „NeuroTransmitter“ übertragen Autorinnen und Autoren dem Verlag auch das Recht, den Beitrag geändert oder unverändert in anderen Publikationen der Fachver-lagsgruppe, in den zugehörigen Online-Diensten, in On-line-Datenbanken Dritter und in Sonderdrucken zu nutzen. Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Verbreitung, Übersetzung und jeglicher Wiedergabe auch von Teilen dieser Zeitschrift durch Nachdruck, Fotokopie, Mikrofilm, EDV-Einspeicherung, Funk- oder Fernsehauf-zeichnung vor.

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

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

© Springer Medizin Verlag GmbH

Papierausgabe: ISSN 1436-123X

Elektronische Ausgabe: ISSN 2196-6397



LA-MED
geprüft Facharzt-Studie 2024



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

Vorschau

Ausgabe 1/2025

Februar

erscheint am 17. Februar 2025

Behandlung der Spielsucht

Gerade unter Jüngeren nimmt die Spiel-sucht, in der ICD-11 als „Störung durch süchtige Verhaltensweisen“ klassifiziert, immer weiter zu. Dabei besteht auch ein Zusammenhang zwischen der Spielsucht und geringer Schulbildung, Arbeitslosig-keit und Schwierigkeiten im sozialen Umfeld. Zugrunde liegend sind oft Selbstwertstörungen der Betroffenen, durch das pathologische Spielen wird häu-fig ein „Gefühl der Leere“ unterdrückt. Die Behandlung dieser Störungen steht im Zentrum der Therapie.

Pro und Kontra der ePA

Im Jahr 2025 wird die elektronische Patien-tenakte (ePA) für alle eingeführt. Die Testphase in Modellregionen startet am 15. Januar 2025. Expertinnen und Experten diskutieren aktuell die Vor- und Nachteile der ePA. Die Akte soll für mehr Vernetzung sorgen, könnte aber auch zu Datenpannen und deutlichem Mehraufwand für Praxen führen.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.