

NEUROTRANSMITTER

Neurologie und Psychiatrie – Berufspolitik und Fortbildung



BVND



BDN



BVDP

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



Was zeigt dieses Bild? Seite 66



Spastisches Syndrom 18
moVe-it verbessert die Versorgung

Inflammaging 26
Entzündungsrauschen des Alterns



Psychiatrie neu gedacht 42
Übergang zur ICD-11

Peripheres Nervensystem 52
Diagnostik der CIDP

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.



» Bei haus- und fachärztlicher Ressourcenknappheit braucht es eine punktgenaue Patientensteuerung, die sich an objektiven Patientenbedarfen orientiert. «

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich
Vorsitzender des BDN

Transformation in Politik, Verbandsarbeit und unserer neuronalen Zukunft

Hier ein Vorschlag für eine Klassenarbeit in der achten Klasse einer Gesamtschule – gegeben sind folgende Ausgangsbedingungen:

- Das Gesundheitssystem ist zu teuer und so nicht mehr finanzierbar.
- Es besteht bereits heute ein dramatischer Hausarztmangel und 40–50 % der Hausärztinnen und Hausärzte scheiden bis zum Jahr 2030 altersbedingt aus dem Beruf aus.
- Der Bedarf in der fachärztlichen Versorgung steigt kontinuierlich und die Wartezeiten werden länger.
- Als politische Lösung werden ein Primärarztsystem sowie Termingarantien für Fachärztinnen und Fachärzte diskutiert. Hausärztinnen und Hausärzte fordern bereits jetzt höhere Honorare für die zusätzlichen Leistungen.

Aufgabe: Überprüfen Sie, ob die politische Lösungsvariante geeignet ist, um die genannten Probleme zu lösen.

Solche Überlegungen führen mich immer zu der Frage, ob verpflichtende Logikseminare für gesundheitspolitische Entscheidungsträger hilfreich wären. Ich fürchte jedoch, es geht einmal mehr um etwas anderes: Populismus, ideologische Simplifizierung und die konsequente Verfolgung von Partikularinteressen (siehe hierzu die „Kortikale Kolumne“ auf Seite 37).

Wir machen unsere Hausaufgaben

Bei haus- und fachärztlicher Ressourcenknappheit braucht es eine punktgenaue Patientensteuerung, die sich an objektiven Patientenbedarfen orientiert und bei der die jeweils bestgeeignete Versorgungsebene identifiziert wird. Der Spitzenverband ZNS hat dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eine Stellungnahme vorgelegt, in der eine tragfähige Form der Patientensteuerung skizziert wurde, die dem Patienten- und Gemeinwohl gerecht wird und zugleich systemstabilisierend wirkt. Eine vergleichbare Stellungnahme hat der BDN gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Neurologie speziell für die Neurologie erarbeitet und dem BMG übergeben.

Darüber hinaus setzen wir derzeit ein Versorgungsforschungsprogramm auf, in dem die Folgen potenziell fehlgeleiteter Patientensteuerung qualitativ und quantitativ untersucht werden – in der vorsichtigen Hoffnung, dass Zahlen und wissenschaftliche Evidenz doch noch Wirkung entfalten.

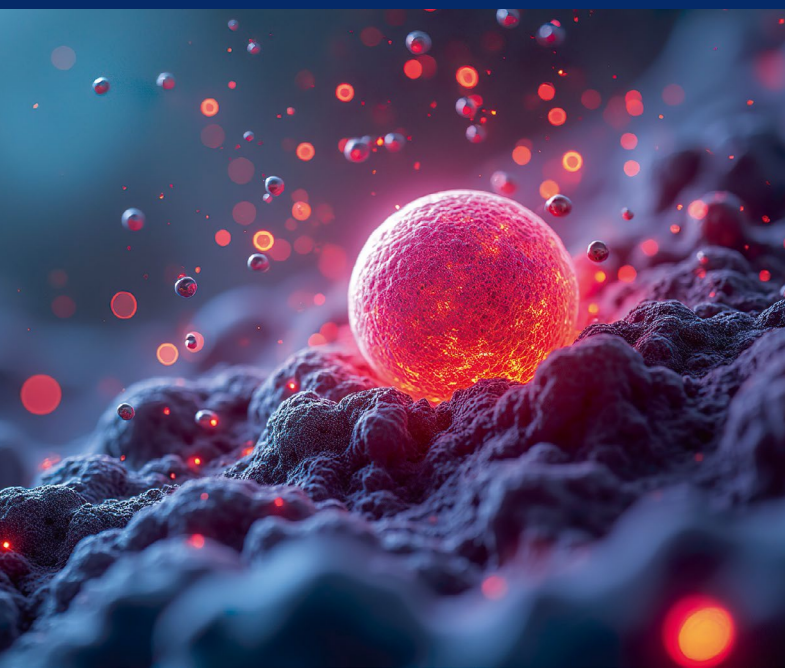
BDN-Vorstand setzt auf SASP-Modulation

Zur (bitteren) Wahrheit gehört leider, dass sich der demografische Wandel auch gegenüber dem Vorstand des BDN ausgesprochen respektlos verhält. Es wurde daher eine Verjüngungsstrategie beschlossen, die sich in ersten Ansätzen bereits in der letzten Vorstandswahl erkennen lässt. Zusätzlich werden wir jüngere Kolleginnen und Kollegen gezielt einbinden, kooptieren und an die Vorstandsarbeit heranführen – sofern es uns gelingt, sie dabei nicht nachhaltig zu verschrecken (siehe hierzu den Beitrag „Nachfolge fördern, Erfahrung bewahren“ ab Seite 8). Bevor wir allerdings zu radikaleren Maßnahmen des Seneszenz-Targeting greifen und eine konsequente Senolyse ins Auge fassen, haben wir uns zunächst für den moderateren Weg entschieden: ein Programm zur Modulation des seneszenz-assoziierten sekretorischen Phänotyps (SASP).

Entzündungsrauschen des Alterns

Zugegeben, die Analogie mit dem Vorstand und der SASP-Modulation hinkt gewaltig, macht aber vielleicht neugierig. Falls Sie sich also fragen, wovon hier eigentlich die Rede ist, sei Ihnen der Artikel zum „Entzündungsrauschen des Alterns“ auf Seite 26 wärmstens empfohlen. Nicht nur zum Verständnis der Metapher – er ist auch Teil einer Serie zum Thema Resilienz und macht deutlich, wie zentral die Expertise von Neurologinnen und Neurologen für die Präventionsmedizin ist. Es geht um nicht weniger als die neuronale Zukunft jedes Einzelnen. Sind Sie jetzt doppelt neugierig? Dann wünsche ich Ihnen viel Freude mit dieser neuen Ausgabe des NeuroTransmitters und kommen Sie gut in den Frühling!

Ihr



Gesundheitspolitik

- 6 Gesundheitspolitische Nachrichten**
— Für Lecanemab (vorerst) kein Zusatznutzen festgestellt
— Einsatz von Lecanemab wird auf ZNS-Fächer beschränkt
— KBV klagt gegen Honorarkürzungen
Christa Roth-Sackenheim

Aus den Verbänden

- 8 Vorstandsarbeit im BDN**
Nachfolge fördern, Erfahrung bewahren
Uwe Meier
- 14 Diagnose: Zukunft – Veränderung bewirken**
„Berufspolitik ist Burn-out-Schutz“
Sabine Köhler
- 15 97. Jahrestagung der Bayerischen Nervenärzte**
Zukunft der Psychiatrie und Neurologie
Markus Weih
- 18 Spastisches Syndrom**
Therapie mit Botulinumtoxin: moVe-it verbessert die Versorgung
Andreas Funke
- 22 Internationale Verbandsarbeit**
UEMS stärkt Psychiatrie über Landesgrenzen hinweg
Roland Urban
- 23 Sektorenübergreifende Ausbildung**
Weiterbildungsverbünde als Schlüssel für Qualität und Nachwuchsförderung
Christel Werner

Rund um den Beruf

- 26 Resilienz – Inflammaging**
Entzündungsrauschen des Alterns
Paul Disse, Franz Julius Meier
- 31 Psychiatrisch-religionswissenschaftliches Colloquium**
Religion und Zwangsstörung
Norbert Mönter
- 33 Bedarfsplanung**
Wie die ärztliche Versorgung gesichert werden soll
Markus Weih
- 35 Medizinische Informationsobjekte**
Sektorenübergreifende Nutzung der ePA ermöglichen
Markus Weih
- = Dieser Beitrag ist ein Titelthema.

26 Inflammaging: verborgene Entzündungen

Im Alter können kognitive und motorische Fähigkeiten immer weiter abnehmen – besonders nach Infekten oder Operationen. Das Inflammaging-Modell bietet eine Erklärung für den schleichenden Prozess: Chronische, systemische Entzündungen belasten das Nervensystem und schwächen es, sodass die Erholung verlangsamt wird. Um dem entgegenzuwirken, muss das System Mensch als Ganzes betrachtet werden.

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 die Verbände bequem darüber zu informieren.



Wie Sie uns erreichen

Verlagsredaktion:

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

Schriftleitung:

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

Aboservice:

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

Rund um den Beruf

- 37 Die kortikale Kolumne – Notizen zwischen Sinn und Synapse**
Evidenzbasierte Gesundheitspolitik statt Populismus
Uwe Meier
- 38 Teilzeit- und Befristungsgesetz**
Wann dürfen befristete Verträge gekündigt werden?
Jörg Hohmann
- 39 Verordnungsregress**
Zuerst zum Beschwerdeausschuss
Jörg Hohmann
- 40 Berufsausübungsgemeinschaften**
Versorgungsauftrag ist Pflicht aller BAG-Mitglieder
Jörg Hohmann
- 41 Telefon-AU**
Worauf bei der telefonischen Krankschreibung geachtet werden muss
Jörg Hohmann

Fortbildung

- 42 CME Weiterentwicklung zur ICD-11**
Markus Weih
- 50 CME Fragebogen**
- 52 Karpaltunnelsyndrom oder doch CIDP?**
Neuritis Netz
Kalliopi Pitarokoili et al.

Journal

- 64 Bahnbrechend und kontrovers**
Psychische Krankheiten mit Elektrizität heilen
Sonja Faust
- 66 NEUROTRANSMITTER-GALERIE**
Freiheit zeichnen – laut und immer wieder neu
Angelika Otto

- 30 Kleinanzeigen**
- 60 Pharmaforum**
- 68 Termine**
- 69 Verbandsservice**
- 71 Impressum/Vorschau**



42 Was die ICD-11 Neues bringt

Nach der ICD-10 kommt jetzt die ICD-11. Kapitel wurden umstrukturiert oder umbenannt und Diagnosekriterien neu festgelegt. Auch das alte Codiersystem fällt weg und wird durch die Nutzung von Qualifern ersetzt. Die Neuerungen könnten den Umgang mit einigen Erkrankungen grundlegend verändern.

52 Aus dem Neuritis Netz: die CIDP

Um zu bestimmen, ob es sich um ein Karpaltunnelsyndrom oder doch um eine chronisch inflammatorische demyelinisierende Polyneuropathie handelt, müssen verschiedene diagnostische Untersuchungen durchgeführt werden. Den Unterschied zwischen den verschiedenen Varianten der Erkrankung zu erkennen, kann dabei ausschlaggebend für den Therapieweg sein. Der Auftakt der neuen Serie im NeuroTransmitter.

58 Pharmawissen aktuell (Beihefter)

Fünf Jahre orale Therapie mit Risdiplam: Breite Anwendbarkeit bei 5q-assoziiertes SMA



Titelbild (Ausschnitt): Kunstinstallation von Dan Perjovschi. Lesen Sie mehr in der „Galerie“ auf Seite 66.

Gesundheitspolitik

ALZHEIMERTHERAPIE

Für Lecanemab (vorerst) kein Zusatznutzen festgestellt

➔ Mit Beschluss vom 19. Februar 2026 hat der G-BA festgestellt, dass ein Zusatznutzen für den Anti-Amyloid-Antikörper Lecanemab nicht belegt ist. Grundlage ist die bereits im Dezember 2025 veröffentlichte Nutzenbewertung durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), dessen Argumentationsweg mehrere Fachgesellschaften kritisiert haben, so auch die DGN und DGPPN. Das IQWiG vergleicht bei der frühen Nutzenbewertung ein neues Medikament mit einer „zweckmäßigen Vergleichstherapie“. Im Fall von Lecanemab sind das gemäß S3-Leitlinie Demenzen bei einer leichten kognitiven Störung (MCI) eine bestmöglich unterstützende Behandlung und bei einer leichten Alzheimerdemenz die symptomatisch wirksamen Cholinesterasehemmer Donepezil, Rivastigmin und Galantamin. Die Bewertung ist für die Preisverhandlungen zwischen dem Hersteller und den Krankenkassen wesentlich. Derzeit liegt der Preis für eine Behandlung mit Lecanemab über ein Jahr bei mehr als 38.000€. Symptomatisch wirksame Medikamente wie Cholinesterasehemmer kosten pro Jahr dagegen lediglich etwa 200–400€. Der G-BA betont, dass die Verordnungsfähigkeit von Lecanemab durch den Beschluss nicht eingeschränkt ist. Der Hersteller könnte das Mittel vom deutschen Markt nehmen, wenn kein für ihn wirtschaftlich akzeptabler Erstattungsbetrag zustande kommt. Das Unternehmen erklärte dazu: „Auch wenn der G-BA Beschluss die Verhandlungen beeinflussen wird, ist Eisai zuversichtlich, dass ein angemessener Erstattungspreis vereinbart werden kann, der dem dringenden medizinischen Bedarf in der Indikation Rechnung trägt und die Versorgung mit dieser innovativen Therapie sicherstellen wird.“

Der unparteiische Vorsitzende des G-BA, Prof. Josef Hecken, gab sich ebenfalls optimistisch: „Wir haben es hoffentlich mit einer Schrittinnovation zu tun, bei der man

möglicherweise im Laufe der Zeit, also mit längeren Beobachtungszeiten und größeren Studiengruppen, einen Vorteil für den Erkrankungsverlauf sehen kann“, sagte er gegenüber dem Deutschen Ärzteblatt. Ob das Arzneimittel auf dem Markt bleibe, entscheide jedoch allein der Hersteller. Lecanemab ist seit September 2025 in Deutschland verfügbar. Hierzulande werden seitdem laut Herstellerinformationen etwa 400 Betroffene mit dem Wirkstoff behandelt. Zugelassen ist der Antikörper für Personen mit Mild Cognitive Impairment (MCI) oder anfänglicher Demenz mit Alzheimerpathologie. Die Unterscheidung bei den frühen Stadien der Alzheimerkrankheit in MCI und milde Demenz durch das IQWiG

sorgte im Vorfeld ebenfalls für Kritik: Die Alzheimerkrankheit sei ein Kontinuum und lasse sich nicht in leichtere Formen und weniger leichte Formen trennen.

Ergänzend hat der G-BA die Symptomveränderung nach 18-monatiger Behandlung im Vergleich zum Studienbeginn betrachtet. Für Betroffene mit leichter Alzheimerdemenz habe sich ein statistisch nachweisbarer, aber hinsichtlich der Veränderung der Symptome nicht sicher relevanter Vorteil von Lecanemab ergeben, so der G-BA.

Dem Ausschuss lagen für die Bewertung Daten aus der Zulassungsstudie CLARITY AD aus dem Jahr 2023 vor. Diese beschränken sich auf einen Beobachtungszeitraum von 18 Monaten. Bereits bei seiner Veröf-

LECANEMAB

Einsatz wird auf ZNS-Fächer beschränkt

➔ Der Anti-Amyloid-Antikörper Lecanemab soll zulasten der gesetzlichen Krankenkassen nur von Fachärztinnen und Fachärzten der ZNS-Fachgruppen angewendet werden dürfen. Das hat der G-BA am 20. November 2025 beschlossen. Demnach soll Anlage III der Arzneimittelrichtlinie im Unterpunkt 10a um folgenden Hinweis ergänzt werden: „Die Einleitung und Überwachung der Therapie mit Lecanemab muss durch Fachärztinnen und -ärzte für Neurologie oder Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, die in der Behandlung von Alzheimererkrankungen erfahren sind und Möglichkeiten zur zeitnahen Durchführung einer MRT-Diagnostik haben, erfolgen.“ Zudem macht das Selbstverwaltungsgremium allen, die die Leistung erbringen, zur Auflage, bei der Weiterverordnung von Lecanemab alle sechs Monate das Therapieziel zu über-

prüfen. Dieses besteht darin, den Übergang vom leichten in das mittelschwere Krankheitsstadium aufzuhalten. Die Überprüfung wird bereits in der Fachinformation des Antikörpers empfohlen. Lecanemab muss alle zwei Wochen intravenös infundiert werden.

Hintergrund der Anwendungsbeschränkung seien „die komplexen Vorgaben, die in der Fachinformation zur Diagnostik und Therapiekontrolle vorgesehen sind, sowie die Schwere der möglichen Nebenwirkungen von Lecanemab“.

Der Beschluss zur Ergänzung der Anlage III der Arzneimittelrichtlinie liegt nun beim aufsichtführenden Bundesgesundheitsministerium zur Prüfung. Bei Nichtbeanstandung tritt er nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Kommentar: Die Berufsverbände begrüßen die Beschränkung ausdrücklich.

fentlichung des Ergebnisses hatte das IQWiG fehlende Langzeitdaten bemängelt.

Kommentar: Die Feststellung eines fehlenden Zusatznutzens für Lecanemab hat in der Fachwelt eine Welle an Unverständnis und Kritik ausgelöst. Es bleibt abzuwarten, wie sich das Unternehmen Eisai verhält. Zum Redaktionsschluss lagen noch keine Informationen zum Ausgang der Preisverhandlungen vor.

Das Medikament kann weiter verordnet werden. Eine konsequente Dokumentation der Indikationsstellung ist ratsam, um möglichen späteren Regressforderungen mit einer starken Position begegnen zu können. Die Verbände teilen die Hoffnung von DGN und DGPPN, dass Langzeitdaten dazu beitragen werden, einen Nutzen zu belegen. Behandlungsinnovationen im Bereich neurodegenerativer Erkrankungen werden dringend gebraucht.

PSYCHOTHERAPEUTISCHE LEISTUNGEN

KBV klagt gegen die Honorarkürzung – Petition kann noch gezeichnet werden

➔ Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat am 11. März 2026 auf Antrag des GKV-Spitzenverbandes entschieden, die Honorare für psychotherapeutische Leistungen um 4,5% abzusenken. Die KBV hatte stets dagegen argumentiert und gestimmt, konnte sich aber nicht durchsetzen. Die Änderungen sind bereits am 1. April 2026 in Kraft getreten.

In den Verhandlungen sollte überprüft werden, ob psychotherapeutische Leistungen im EBM angemessen bewertet sind. Dazu wurden die Erträge mit jenen vergleichbarer Fachgruppen wie Gynäkologie, Dermatologie und HNO-Heilkunde verglichen (gesetzliche Grundlage: § 87 SGB V). Die Basis bildeten die aktuelle Erhebung des Statistischen Bundesamtes zur Kostenstruktur der Praxen im Jahr 2023 sowie Abrechnungsdaten aus dem Jahr 2024.

Der GKV-Spitzenverband hatte seine ursprüngliche Forderung nach einer Absenkung der Bewertung psychotherapeutischer Leistungen um 10% damit gerechtfertigt, dass die Einnahmen angeblich zu hoch seien und die Daten des Statistischen Bundesamtes vor dem Hintergrund der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts eine Absenkung zuließen. Dem widersprach die KBV entschieden und wies darauf hin, dass der GKV-Spitzenverband die Stichprobe so nicht verwenden dürfe, weil sie nachweislich zu einem nicht korrekten Ergebnis

führe. Es wurden Daten der Kostenstrukturerhebung von 2023 herangezogen und der Umsatz des Jahres 2024 für das aktuelle Vergütungsniveau der Psychotherapie festgeschrieben. Hohe Kostenentwicklungen der letzten Jahre wurden nicht berücksichtigt. Der Berechnungsgrundlage für die psychotherapeutischen Leistungen werden die Steigerungsraten des Orientierungswertes für 2025 (3,85%) und 2026 (2,8%) damit komplett vorenthalten. Eine Modifikation lehnten die Krankenkassen jedoch ab.

BVDP, BVDN und BDN kritisieren im Schulterschluss mit der DGPPN und anderen Verbänden die Honorarkürzungen für ambulante psychotherapeutische Leistungen. Dass bei aktuell knapper Kasse der Rotstift als allererstes im Bereich psychischer Erkrankungen angesetzt wird, sendet ein falsches öffentliches Signal und stigmatisiert damit Menschen mit psychischen Erkrankungen erneut. Dass dies in einer Zeit steigender psychischer Belastungen und wachsender Ausgaben für die Folgen psychischer Erkrankungen geschieht, ist unverständlich und kontraproduktiv. Dem erhöhten Bedarf müsste mit einer Stärkung der ambulanten Strukturen Rechnung getragen werden und nicht mit einer Schwächung. Einsparungen im Gesundheitswesen sind grundsätzlich möglich und umsetzbar. Unter anderem mit der Krankenhausreform werden einige auf den gesetzlichen Weg



Gesundheitspolitische Nachrichten kommentiert von

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

gebracht. Gleichzeitig aber auch den ambulanten Sektor zu schwächen, ist politisch unklug, weil es zu sozialem Unfrieden führen wird, wenn die Gesundheitsversorgung nicht mehr funktioniert.

Derzeit reagieren verschiedene Verbände mit umfangreichen Aktionen. Eine Demonstration ist für den 15. April 2026 in Berlin geplant. Die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung hat eine Petition zur unsachgerechten Vergütung ambulanter psychotherapeutischer Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung eingereicht. Sie kann gezeichnet werden unter: <https://go.sn.pub/tigk2k>. Es wird auch eine Bundestagspetition geben.

Kommentar: Die Verbände halten den Berechnungsweg als Grundlage für die Absenkung der Honorare für sachlich falsch. Das öffentliche Signal ist fatal: Schwer psychisch Kranke, die einer komplexen und vernetzten Behandlung bedürfen, werden diese nun noch schwerer finden. Die Kürzung betrifft nicht nur die ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Kolleginnen und Kollegen, auch psychiatrische und nervenärztliche Praxen erbringen in hohem Umfang psychotherapeutische Leistungen. Die Verbände gehen davon aus, dass das Vorgehen des GKV-Spitzenverbandes einer rechtlichen Prüfung nicht standhalten wird. Alle Mitglieder sind aufgerufen, sich in ihren KVen und Landesberufsverbänden an den regionalen Aktionen zu beteiligen.

Aus den Verbänden

Vorstandsarbeit im BDN

Nachfolge fördern, Erfahrung bewahren

In den Vorstand des Berufsverbandes Deutscher Neurologen (BDN) kommt Bewegung: Nach der Wahl im Dezember wurde klar, dass es jüngere Mitglieder braucht, um die Nachfolge zu sichern. Die Zeit wird deshalb genutzt, um nachrückende Neurologinnen und Neurologen auf ihre Rollen vorzubereiten.

Auch der Vorstand des Berufsverbandes Deutscher Neurologen muss sich der Realität stellen: Der demografische Wandel betrifft nicht nur Patientinnen und Patienten, sondern auch Ärztinnen und Ärzte. Mitglieder mit langjähriger Erfahrung scheiden aus, Verantwortungsträger wechseln in andere Bereiche des Verbands.

Gleichzeitig befindet sich das Gesundheitssystem in einer Phase tiefgreifender Umbrüche. Strukturreformen, Finanzierungsdebatten, Ambulantisierung, Digitalisierung – die Maßgaben der neurologischen Versorgung verändern sich rasant. Für den BDN ist klar: Rahmenbedingungen der Versorgung neurologischer Patientinnen und Patienten und der Arbeit von Neurologinnen und Neu-

rologen müssen verbessert oder neu geschaffen werden. Es geht darum, nicht nur zu reagieren, sondern die Zukunft proaktiv zu gestalten. Diese Verantwortung hat der BDN besonders den jüngeren Kolleginnen und Kollegen gegenüber. Weil der BDN verhindern will, dass erfahrene Mandatsträgerinnen und -träger sich still verabschieden, ohne dass Übergänge vorbereitet und Wissen weitergegeben wurde, wurde die Vorstandsarbeit neu gedacht.

Vorstand im Umbruch

Am 12. Dezember 2025 wurde der Vorstand des BDN erneut gewählt. Dieser Wahl gingen intensive strategische Überlegungen voraus – zur Zukunft der Vorstandsarbeit, des Berufsstandes und

vor allem zur Verantwortung hinsichtlich der nächsten Generation. Die meisten Vorstandsmitglieder haben sich für eine weitere Amtszeit wählen lassen, ein starkes Zeichen der Kontinuität. Dadurch werden vorerst keine Lücken im Vorstand entstehen. Der BDN versteht die kommende Amtszeit als Brücke zwischen Generationen. Jüngere Kolleginnen und Kollegen werden gezielt in die Vorstandsarbeit eingebunden und an strategische Prozesse herangeführt. Ihnen wird genug Raum gegeben werden, um Verantwortung zu übernehmen. Was in der Vergangenheit schon informell gelungen ist, wird künftig systematisch umgesetzt werden. Dabei setzt der BDN auf ein abgestuftes Modell zur themenbezogenen Erweiterung der Vorstandsarbeit. Dieses umfasst die Möglichkeit einer Kooptation in den Vorstand, die Beratungen bei einzelnen Themen und dass Verbindungspersonen benannt werden, die sich mit Partnerorganisationen abstimmen.

Entscheidend ist: Es geht nicht um eine Vergrößerung des Vorstandes, sondern um eine flexible, verantwortungsvolle Einbindung von Expertise. Organverantwortung, Gastformate und koordinierende Funktionen werden klar voneinander unterschieden. So bleibt die Handlungsfähigkeit des Vorstandes gewahrt, während zugleich ein Wissenstransfer und Nachwuchsentwicklung möglich werden. Dieses Modell verbindet Beständigkeit mit Neuerung und erlaubt es, Übergänge frühzeitig vorzube-



© L. Ismail / peopleimages.com / stock.adobe.com

Der BDN gibt den Staffelstab an die jüngere Generation weiter.

reiten, ohne bewährte Strukturen zu destabilisieren.

Zurück zu den Wurzeln

Der BDN wurde im Jahr 1998 aus einer Initiative der DGN und des BVDN heraus gegründet, nachdem viele Neurologinnen und Neurologen den Wunsch nach einem eigenständigen Berufsverband formuliert hatten, der ein berufspolitisches Pendant zu einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft sein sollte. Nach zweijähriger Vorbereitung unter der Leitung von Prof. Rolf Hagenah wurde der Verband ins Leben gerufen und auf dem 72. Jahreskongress der DGN von Prof. Johannes Dichgans in Magdeburg offiziell vorgestellt.

Die Gründungsväter – damals tatsächlich ausschließlich Männer – dachten die Satzung klug und weitsichtig. Von Anfang an war klar, dass der Vorstand paritätisch besetzt sein soll. Sowohl durch Niedergelassene als auch durch klinisch Tätige. Unterschiedliche Versorgungsrealitäten sollten gleichberechtigt vertreten sein. Diese Organisationsstruktur war und ist Ausdruck des Selbstverständnisses des BDN: Die Neurologie ist ein Fach – unabhängig vom Ort der Tätigkeit. Dieses Prinzip bleibt weiterhin bestehen und wird strategisch ausgeweitet.

Nachfolgende gesucht

Ein Beispiel für eine seit Jahren erfolgreich praktizierte Kooperation mit Partnerorganisationen ist eine ständige Vertretung der leitenden Krankenhausneurologen. In den letzten Jahren hat diese Funktion Prof. Christoph Kosinski im Vorstand eingenommen und damit Prof. Peter Berlit nach dessen Wechsel in das Amt des DGN-Generalsekretärs abgelöst. Kosinski hat sich erneut der Wahl gestellt und möchte die kommende Amtszeit nutzen, um eine jüngere Nachfolgerin oder einen jüngeren Nachfolger aufzubauen. Gespräche laufen – Hinweise und Anregungen aus der Mitgliedschaft sind ausdrücklich willkommen.

Neu im BDN-Vorstand: Tobias Ruck

Der BDN-Vorstand hat außerdem einen neuen Lehrstuhlinhaber. Prof. Heinz Wiendl hat sein Amt an Prof. Tobias Ruck weitergegeben. Nach Studium und Promotion in Würzburg habilitierte dieser in Münster und war Oberarzt bei Wiendl. Im Jahr 2022 übernahm er die Position des stellvertretenden Direktors der Klinik für Neurologie am Universitätsklinikum Düsseldorf bei Prof. Sven Meuth. Dort leitete er die Spezialambulanz für neuromuskuläre Erkrankungen, das integrierte Myastheniezentrum sowie den neurovaskulären und neurologisch-intensivmedizinischen Bereich. Seit dem Jahr 2025 ist Ruck Direktor der Neurologischen Klinik und Poliklinik am BG Universitätsklinikum Bergmannsheil. Der BDN freut sich sehr auf die Zusammenarbeit.

Dank an Heinz Wiendl

An dieser Stelle dankt der BDN Prof. Heinz Wiendl für seine außergewöhnliche Arbeit im Vorstand. Seine Beiträge für den Berufsverband waren immer durch Weitsicht und kluges, strategisches Geschick geprägt. Dies zeigte sich insbesondere im Bereich der Neuroimmunologie und in den Aktivitäten des Krankheitsbezogenen Kompetenznetz Multiple Sklerose (KKNMS), mit dem der BDN eng zusammenarbeitet.

Auch die Idee, ein Qualitätshandbuch zur MS zu entwickeln, hatte ihren Ursprung im Vorstand. Bei einer MS-Veranstaltung hatte Wiendl zusammen mit den BDN-Vorsitzenden den Impuls hierzu. Das Handbuch ist heute ein Arbeitsinstrument, das niemand, der sich mit der MS beschäftigt, missen möchte.

In den letzten Jahren hat Wiendl außerdem das KI-Tool „Prof. Valmed“ entwickelt. Damit war er seiner Zeit weit voraus, weil derartige Tools in wenigen Jahren wahrscheinlich unverzichtbare Bestandteil der klinischen Tätigkeit sein werden. Der BDN pflegt eine Kooperation mit „Prof. Valmed“ und wird diese auch fortsetzen.



Prof. Tobias Ruck löst Prof. Heinz Wiendl im BDN-Vorstand ab.

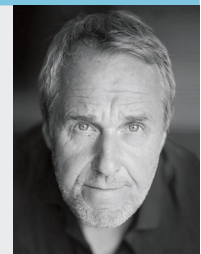
Ausblick

Mit der Weiterentwicklung des Vorstands verbindet der BDN bewusst Kontinuität mit Erneuerung, Erfahrung mit Nachwuchs, Stabilität mit Weiterentwicklung. Die Erweiterung der Vorstandsarbeit soll die inhaltliche Kohärenz bei der Abstimmung zu Themen mit wissenschaftlicher und berufspolitischer Relevanz sicherstellen. Die Bedeutung der Neurologie soll durch ein geschlossenes Auftreten gegenüber Politik, Selbstverwaltung und Öffentlichkeit verdeutlicht werden. Und es soll ein Generationsübergang ermöglicht werden. Dafür konnten bereits junge engagierte Neurologinnen und Neurologen gewonnen werden. Die Gespräche dazu laufen noch. Über Neuerungen wird hier weiterhin informiert werden.

AUTOR

Dr. med. Uwe Meier

Vorsitzender des BDN
Am Ziegelkamp 1f
41515 Grevenbroich
umeier@t-online.de



Landessprecher BDN

Die Arbeit des BDN lebt vom Engagement in den Ländern. Die 17 Landessprecherinnen und Landessprecher vertreten die Anliegen vor Ort, bringen Impulse aus den Ländern ein und prägen die Arbeit des BDN entscheidend mit.

Baden-Württemberg



Prof. Dr. med. Wolfgang Freund

Facharzt für Neurologie und Radiologie mit Zusatztitel Psychotherapie

Der Teilhaber des Neurozentrums Biberach ist in der ASV MS und in der Demenztherapie mit Amyloid-Antikörpern tätig. Er ist Vorstandsmitglied im BVDN-Landesverband Baden-Württemberg und Schriftführer im BDN-Vorstand.

freund@bvdn-bawue.de

Bayern



Dr. med. Carolin Zimmermann

Fachärztin für Neurologie und Nervenheilkunde mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie (VT)

Die Praxisteilhaberin mit Schwerpunkt ADHS im Erwachsenenalter ist Beisitzerin im Vorstand des BVDN-Landesverband Bayern und am Fachausschuss Fachärzte der KVB sowie der Taskforce ADHS des BVDN beteiligt.

info@berufsverband-neurologen.de

Berlin



Dr. med. Walter Raffauf

Facharzt für Neurologie mit Zusatztitel Psychotherapie

Raffauf ist Inhaber einer Gemeinschaftspraxis, Vorstandsmitglied des BVDN-Landesverbands Berlin und Mitglied der AG Botulinum-Toxin der DGN.

raffauf@neuropraxis-mitte.de

Brandenburg



Dr. Martin Delf

Facharzt für Neurologie

Delf ist der Inhaber eines DMSG-zertifizierten MS-Zentrums, Vorstandsmitglied im BDN und im BVDN-Landesverband Brandenburg.

dr.delf@neuroprax.de

Bremen



Dr. med. Torsten Niehoff

Facharzt für Neurologie

Niehoff ist Mitgesellschafter eines MVZ für Neurologie und Psychiatrie in Bremen-Nord.

info@berufsverband-neurologen.de

Hamburg



Dr. med. Ingmar Wellach

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie mit Zusatzqualifikationen neurologische Intensivmedizin und Musikphysiologie

Der leitende Arzt der Neurologischen Klinik, Evangelisches Amalie Sieveking Krankenhaus, ist Mitinhaber einer Parkinson-Schwerpunktpraxis.

ingmar.wellach@immanuelalbertinen.de

Hessen



Dr. med. Stephen Kaendler

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Kaendler ist Beirat im Vorstand des BVDN-Landesverbands Hessen, Mitglied im Fachausschuss Qualitätssicherung Schlaganfallversorgung der LAGQH und Sprecher der Kommission Schlaganfallnachsorge bei der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft.

kaendler@nervenheilkunde-of.de

Mecklenburg-Vorpommern



Dr. med. Katrin Kreiner

Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie mit Zusatzqualifikation Psychotherapie
Kreiner ist niedergelassene Ärztin mit Schwerpunkt neurophysiologische und neurosonografische Diagnostik und seit 2013 Vorstandsmitglied im BVDN-Landesverband MV.

info@praxis-kreiner.com

Niedersachsen



Dr. med. Elisabeth Rehkopf

Fachärztin für Neurologie
Rehkopf ist Teilhaberin einer Gemeinschaftspraxis für Neurologie und Psychiatrie sowie stellvertretende Vorsitzende des BVDN-Landesverbands Niedersachsen.

elisabeth.rehkopf@web.de

Nordrhein



Dr. med. Uwe Meier

Facharzt für Neurologie mit Zusatzqualifikationen in spezieller Schmerztherapie, Rehabilitationswesen, ärztlichem QM und als medizinischer Sachverständiger

Der Gesellschafter einer neurologisch-psychiatrischen Gemeinschaftspraxis in Grevenbroich ist Vorsitzender des BDN, Präsident des Spitzenverbandes ZNS (SpiZ), Vorstandsmitglied im BVDN Bundesverband und BVDN Nordrhein sowie Beiratsmitglied der DGN.

umeier@t-online.de

Rheinland-Pfalz



Dr. med. Sven Klimpe

Facharzt für Neurologie mit Zertifikaten in EEG, Epileptologie und EMG sowie Verkehrsmedizinischer Qualifikation

Klimpe ist Inhaber einer Schwerpunktpraxis für Erwachsenen-Epileptologie (DGfE) in einer BAG für Neurologie und Psychiatrie in Nierstein. Er ist 1. Vorsitzender des BVDN-Landesverbands Rheinland-Pfalz, stellvertretendes Mitglied der Vertreterversammlung der KV Rheinland-Pfalz und des beratenden Fachausschuss Fachärzte der KV Rheinland-Pfalz.

sven.klimpe@bvdn-rlp.de

Saarland



Dr. Richard Rohrer

Facharzt für Neurologie mit Zusatzqualifikationen in Schlafmedizin und neurologischer Intensivmedizin

Der Neurologe ist Praxisinhaber und Teilhaber einer Gemeinschaftspraxis in Sankt Ingbert. Er ist 2. Vorsitzender des BVDN-Landesverbands Saarland und Mitglied der Vertreterversammlung der KV Saarland.

rohrer@zns-igb.de

Sachsen



Dr. med. Marina Sparmann

Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie

Sparmann arbeitet mit Schwerpunkt Epileptologie und ist Praxisinhaberin in Dresden.

info@berufsverband-neurologen.de

Sachsen-Anhalt



PD Dr. med. Katharina Stoeck

Fachärztin für Neurologie

Die Praxisinhaberin aus Blankenburg im Harz mit Lehrbefugnis für Neurologie an der Georg-August-Universität Göttingen arbeitet mit den klinischen Schwerpunkten Kopfschmerz/Migräne, MS und neurodegenerativen Erkrankungen.

info@berufsverband-neurologen.de

Schleswig-Holstein



PD Dr. med. Matthias Nitschke

Facharzt für Neurologie

Der Inhaber der Praxis Neurologie im Zentrum Lübeck und Vorstandsmitglied des BVDN-Landesverbands Schleswig-Holstein hat die Lehrbefugnis an der Klinik für Neurologie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein.

info@neuro-im-zentrum-luebeck.de

Thüringen



Dr. med. Oliver Tiedge

Facharzt für Neurologie und Flugmedizin

Tiedge ist Inhaber des NeuroZentrums Erfurt (zertifiziertes MS-Zentrum) mit Schwerpunkt Elektrophysiologie und Neurosonografie. Der Lehrbeauftragte der Medizinischen Fakultät der Universität Jena ist flugmedizinischer Sachverständiger, Mitglied des Flugmedizinischen Ausschusses des Luftfahrtbundesamtes sowie des Beratenden Fachausschusses der KV Thüringen.

erfurt@tiedge-neurologie.de

Westfalen-Lippe



Dr. med. Martin Bauersachs

Facharzt für Neurologie

Bauersachs ist Mitinhaber einer Praxis in Dortmund und in der ASV für MS und Epilepsie tätig. Außerdem ist er Vorstandsmitglied des BVDN-Landesverbands Westfalen-Lippe.

info@praxis-bre.de



Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Veränderung bewirken

„Berufspolitik ist Burn-out-Schutz“

Dr. Klaus Gehring ist Neurologe und Psychiater und leitet seit dem Jahr 2005 das Neurozentrum am Klosterforst in Itzehoe und Kaltenkirchen. Seine Entscheidung für die Neurologie fiel während des Studiums in Ulm, obwohl er bei Studienbeginn noch Sportmediziner werden wollte.

? Wie bist Du zur Berufspolitik gekommen?

Die Tätigkeit als niedergelassener Vertragsarzt ist heutzutage geprägt von der ständigen Anpassung an neue Vorgaben. Diese belasten Arbeitszufriedenheit und Arbeitsumfeld, aber auch die angemessene Versorgung von Patientinnen und Patienten. Um dabei nicht länger ausschließlich als ausführendes Organ zu reagieren und stattdessen gestalten zu können, bin ich dem Berufsverband beigetreten.

Als mich der damalige Vorsitzende Dr. Fritz König ermutigt hat, mich im Vorstand zu engagieren, brauchte er nicht viel Überredungskunst. Meine Idee ist, Veränderungen, die ich mir für unser MVZ wünsche, auch für die ganze Fachgruppe anzutreiben.

? Warum machst Du Berufspolitik?

Inzwischen bin ich Königs Nachfolger in Schleswig-Holstein. Seit acht Jahren habe ich zudem, gemeinsam mit Dir, das Amt des ersten Vorsitzenden im Bundes-

verband inne. Auf Landes- und Bundesebene haben wir tolle Vorstandsteams und arbeiten reibungsfrei und vertrauensvoll zusammen. Zwischen uns passt kein Blatt Papier.

Die Möglichkeit der Mitgestaltung und Prägung erlebe ich ungeachtet des Arbeitsaufwands als erleichternd, befriedend und erfüllend. Regeln, die ich nicht verstehe, befolge ich nur ungern, lieber erschaffe ich sie neu. Für mich ist Berufspolitik eine Art Burn-out-Schutz.

? Was macht Dir daran Spaß?

Ich kann der Arbeit im Berufsverband ganz vielschichtige positive Aspekte abgewinnen. Es macht Spaß, mit KV, KBV, Gesetzgebern, Kostenträgern aber auch den Fachgesellschaften in Gespräche und Verhandlungen zu gehen.

Wir tun das beim BVDN und BDN gemeinsam und abgestimmt, können uns ergänzen und unterstützen, je nachdem, welche Schwerpunkte und Haltungen wir wichtig finden. Nach acht Jahren hat sich dabei ein vertrauensvolles Verhältnis nicht nur im Vorstand, sondern auch zu unseren Verhandlungspartnern entwickelt. Es ist erstaunlich, welche strategischen Allianzen und gemeinsame Ziele entstehen. Beispielsweise die vielfältigen Bemühungen und Versorgungsstrukturen für MS und Alzheimer.

Außerdem ist es aus unserer Sicht erfolgreich gelungen, sich mit wissenschaftlichen Fachgesellschaften zusammenzuschließen und sich inhaltlich zu ergänzen.

? Gibt es für Dich ein Vorbild?

Berufspolitisch eigentlich nicht. Ich versuche immer, Gesprächspartnern zu verdeutlichen, welchen Nutzen und Gewinn sie aus dem Vorschlag ziehen kön-



Dr. med.
Klaus
Gehring ist
1. Vorsitzender
des
BVDN.

nen. Dabei setze ich auf Konsens statt auf Konfrontation. Ich versuche das Verhandlungsziel nicht durch Lautstärke, sondern durch Sachlichkeit zu erreichen. Nicht die Darstellung und Effekte zählen, sondern das erreichte Ergebnis und dessen Effektivität.

Vielleicht habe ich mir das von unserem Ministerpräsidenten abgeschaut. Seine Moderationsfähigkeiten in politischen Sackgassen sind quasi legendär.

? Was war Dein größter Erfolg?

Was in meiner Verantwortung erreicht worden ist, hätten sicherlich auch andere ebenso geschafft. Aber in Schleswig-Holstein ist es uns gelungen, die Betreuungsziffern xx230 weiter extrabudgetär verbügeln zu lassen. Des Weiteren konnten wir mit unserer KV in einer für viele Mitglieder sehr bedrohlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung eine Friedenslinie finden.

Auf Bundesebene bin ich stolz auf die schlanken und erreichbaren Anforderungen in den jüngsten ASV-Indikationen, außerdem auf die verschiedenen Selektivverträge in der MS-Indikation.

Zu den Dingen, die ich persönlich erreicht habe, zähle ich besonders die entstandenen Kontakte zu Menschen auf unterschiedlichen Positionen.

Diagnose: Zukunft



In dieser Rubrik werden Menschen vorgestellt, die Berufspolitik im BVDP, BDN und BVDN gestalten. Sie berichten, warum es sich lohnt die zukünftigen Arbeitsbedingungen und Rahmenbedingungen der Patientenversorgung mitzugestalten.

? Wo siehst Du die Herausforderungen für die Zukunft der Fachgruppe und des Gesundheitssystems?

In allen Fächern schreitet die Ambulantisierung voran. Krankenhausbetten werden abgebaut, stationäre Leistungen in den ambulanten Sektor geschoben, die Sektorengrenzen verschwinden. Auch durch den Fachkräftemangel, sowohl bei Ärztinnen und Ärzten als auch bei Mitarbeitenden, wird es notwendig sein, den Einsatz der kostbaren Ressource Personal genau zu überprüfen. Das heißt: Wir müssen unser Behandlungs-

spektrum erweitern, um mit den stationären Leistungserbringern konkurrieren zu können.

Gleichzeitig müssen wir die Arbeit für die nachfolgende Generation attraktiv gestalten. Das kann bei gleichbleibender Anzahl an Ärztinnen und Ärzten nur über eine Steigerung der Anstellungs-, Kooperations- und Delegationsmöglichkeiten funktionieren. In vielen Praxen gelingt dieser Übergang durch Teilzeitanstellungen und Gesellschaftsanteile. Es wurden schon erste Erfahrung mit neuen Assistenzberufen wie Physician Assis-

tants oder Nichtärztlichen Praxisassistenten gemacht.

Der Vorteil unserer Fächer ist die Vielfaltigkeit. Wir können unseren Mitarbeitenden einen Arbeitsplatz mit verschiedenen Qualifizierungs- und Aufstiegsmöglichkeiten bieten. Hinsichtlich der Rekrutierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern stehen wir definitiv nicht am Ende der Nahrungskette.

! Vielen Dank für das Gespräch!

Dr. med. Sabine Köhler, Jena

97. Jahrestagung der Bayerischen Nervenärzte

Zukunft der Psychiatrie und Neurologie

Die Jahrestagung der Bayerischen Nervenärzte jährte sich im Oktober 2025 zum 97. Mal. Über zwei Tage trafen sich Ärztinnen und Ärzte im Kloster Irsee zu Vorträgen rund um Sucht, Autismus, Demenz und ALS.

Die Jahrestagung der Bayerischen Nervenärzte fand vom 17. bis 18. Oktober 2025 im Kloster Irsee statt. Der Freitag startete mit einem Psychiatrieblock – Schwerpunkt Suchterkrankungen. Den State of the Art bei alkoholbedingten Störungen stellte Prof. Ulrich Zimmermann aus München vor, gefolgt von Prof. Bert te Wildt aus Dießen, der über Diagnostik und Therapie von Computer- und Internetsucht und die aktuellen S1-Leitlinien sprach.

Um Opioidabhängigkeit und Substitution als Therapie der ersten Wahl ging es bei Prof. Oliver Pogarell aus München. Es sei wichtig, Patientinnen und Patienten nach ihrer Substitution zu fragen, da der behandelnde Psychiater oder die behandelnde Psychiaterin davon oft nur nebenbei erfahre. Allgemein gäbe es außerdem eine Zunahme der Opioidverordnungen. Die aktuellen S3-Leitlinien zu opioidbezogenen Störungen befinden sich im Reviewprozess.

Pestizide und Immanuel Kant

Im ersten Neurologieblock berichtete Prof. Günter Höglinger aus München von Differenzialdiagnostik und Therapie

bei Parkinsonerkrankungen. Diese zeigten eine zunehmende Prävalenz. Zu den Risikofaktoren gehört Pestizidbelastung, die als Berufskrankheit anerkannt ist. Auch auf Leitlinien und aktuelle Therapiemöglichkeiten ging Höglinger ein.

Im Anschluss präsentierte Dr. Louisa Lehner aus München klinische Beispiele zu diagnostisch wichtigen Augenbewegungsstörungen.

Den Block schloss Prof. Dirk Sander mit einem Vortrag zur Sekundärprophylaxe nach zerebraler Ischämie. Bei deutlichen Plaques im Karotisduplex sollten ASS und Statin empfohlen werden, nicht aber zur Prophylaxe des Schlaganfalls, sondern zur Reduktion des allgemeinen kardiovaskulären Risikos.

Den Themenkomplex Demenz eröffnete Prof. Janine Diehl-Schmid aus Wasserburg mit Diagnostik und Therapie der Erkrankung, der Living-S3-Guideline und den beginnenden Lecanemabtherapien. Sie gab einen Ausblick auf Donanemab, das im Unterschied zu Lecanemab nur alle vier Wochen infundiert werden muss. Kein Nutzen ergab sich für Patientinnen und Patienten über 65 Jahren. Sollte sich diese Therapie durchset-

zen, kommen auf die Krankenkassen höhere Kosten unter anderem durch häufige MRT-Kontrollen zu.

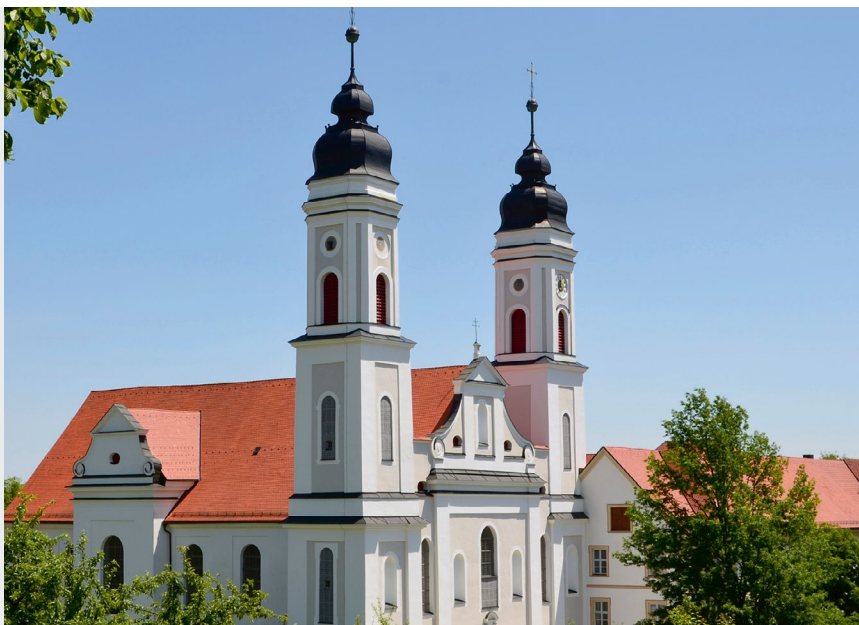
Seinen Vortrag über die Prävention von Demenzerkrankungen rundete Prof. Hans Förstl aus München mit unterhaltsamen Anekdoten über Immanuel Kant ab und beendete damit das Freitagsprogramm.

Von Schizophrenie bis Migräne

Der Samstag startete mit dem zweiten Psychiatrieblock und neuen pharmakologischen Therapieoptionen bei der Schizophrenie, vorgetragen von Prof. Mathias Zink aus Ansbach. Zwar seien die Medikamente wirksam, aber Negativsymptomatik und kognitive Störungen seien weiterhin ein großes Problem. Leider sind noch keine neuen Substanzen in der Praxis angekommen.

Ein Update zu bipolaren Störungen gab PD Dr. Florian Seemüller aus Garmisch-Partenkirchen. Er wies auf die starke Beeinträchtigung von schwer Erkrankten im psychischen und somatischen Bereich hin.

Um die Autismus-Spektrum-Störung bei Erwachsenen ging es bei Prof. Leon-



© traveldia / stock.adobe.com

Das historische Kloster Irsee lädt das ganze Jahr über zu Fortbildungen ein. Eine Ausstellung beleuchtet die Geschichte der ehemaligen psychiatrischen Klinik.

Auflösung Förderverein

Der Förderverein für Fort- und Weiterbildung in der psychiatrischen und neurologischen Praxis, ursprünglich aus dem Arbeitskreis „Akademie“ 1995 unter PD Dr. Albert Zacher entstanden, wurde im September 2025 offiziell aufgelöst. Über 30 Jahre lang organisierte der Verein regionale und überregionale Seminare für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Dazu zählten gesponsorte Themen wie Fahrtauglichkeit und das beliebte Gutachten-seminar von Prof. Bernhard Widder. Die Rundmail „Das muss man wissen“ und die eigene Internetseite waren Teil der kontinuierlichen Weiterentwicklung des Vereins. Ab 2021 übernahm die Agentur diaplan die Organisation der ZNS-Tage, wodurch die Vereinsstruktur zunehmend überflüssig wurde. Bis zur Auflösung wurden alle Mittel satzungsgemäß verwendet, und ehemalige Vorstandsmitglieder wirken weiterhin am wissenschaftlichen Programm der ZNS-Tage mit.

hard Schilbach aus Düsseldorf. Er machte darauf aufmerksam, dass Fachärztinnen oder Fachärzte in der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Hausarztpraxis Hauptsymptome und Befund festhalten und vor allem auf die soziale Interaktion achten müssten.

Den Festvortrag mit dem Titel „Gott golft, Jesus joggt und Paulus pumpft! Warum die biblischen Protagonisten keine Depressionen bekommen hätten!“ hielt Prof. Stefan Schneider von der deutschen Sporthochschule Köln. Kernpunkt waren hier die neurobiologischen Effekte von Sport auf den frontalen und motorischen Kortex in der Therapie von Depressionen.

Doch nicht so selten

Im letzten Neurologieblock gab Dr. Martin Wimmer aus München einen Überblick über Innovationen bei der Migränetherapie. Er konzentrierte sich vor allem auf die Gepante (CGRP-Rezeptorantagonisten). Mit Atogepant ist seit März der erste Vertreter zur Prophylaxe im Handel. Der orale CGRP-Rezeptorantagonist kann bei episodischer und chronischer Migräne verordnet werden.

Die gar nicht so seltene ALS, von der über 8.000 Menschen in Deutschland

betroffen sind, griff Prof. Paul Lingor aus München auf. In der Diagnostik sind die Gold-Coast-Kriterien Standard. Biomarker gibt es keine, auch wenn die Neurofilament light chain (NfL) als diagnostischer und prognostischer Marker ein heißer Kandidat ist. Riluzol in verschiedenen Applikationsformen ist ein weiterer Therapiestandard. Tofersen ist schon seit dem Jahr 2024 zugelassen, kann aber nur den wenigen Betroffenen mit SOD1-Mutationen gegeben werden.

Abgeschlossen wurde die Tagung von Prof. Jan Remi aus München. Nach einem ersten akut-symptomatischen Anfall solle wegen niedrigem Rezidivrisiko bei Epilepsie kein Anfallssuppressivum verabreicht werden. Die neuen Leitlinien zur Fahrtauglichkeit könnten bereits im nächsten Jahr bekannt gegeben werden.

Von Anstalt zu Bildungswerk

Die Tagung fand erneut im Kloster und Bildungswerk Irsee statt. Die Einrichtung ist nicht nur hervorragend gelegen, um sich weiterzubilden, sondern auch eine ehemalige psychiatrische Klinik – mit all ihren Schattenseiten. Die Ausstellung zur „Anstalt Irsee“ ist einen Besuch wert. Das ganze Jahr über finden vielfäl-

tige Fortbildungen statt – das Programm ist auf der Website hinterlegt.

Die Jahrestagung wurde wie immer in Zusammenarbeit mit Dr. Angela Städele und den Chefärzten der umliegenden Fachkliniken organisiert.

AUTOR

Prof. Dr. med. Markus Weih

1. Vorsitzender Bayern
BVDN-Landesverband
MedicCenter
Hallplatz 5
90402 Nürnberg

m.weih@mediccenter.de



Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Spastisches Syndrom

Therapie mit Botulinumtoxin: moVe-it verbessert die Versorgung

Ein spastisches Syndrom nach einem Schlaganfall wird häufig nicht leitliniengerecht versorgt. Das soll sich jetzt ändern. Beim Innovationsfondsprojekt moVe-it wird die sektorenübergreifende und interdisziplinäre Zusammenarbeit mit einem digitalen Fallmanagement in Bayern, Berlin und Brandenburg erprobt.

Das spastische Syndrom ist eine häufige Folge von Schlaganfällen. Etwa 3,3% der Deutschen erleiden im Lauf ihres Lebens einen Schlaganfall, etwa ein Drittel davon entwickelt im weiteren Verlauf ein spastisches Syndrom [1, 2], das die Betroffenen beeinträchtigt und deren Lebensqualität einschränkt. Das Krankheitsbild der Spastizität nach einem Schlaganfall wird in der neurologischen Praxis vielfach gesehen. Trotzdem ist die leitliniengerechte Therapie nicht die Regel [2].

Bei einer fokalen Spastizität nach Schlaganfall ist die Therapie der Wahl gemäß den Leitlinien der DGN neben der physio- und ergotherapeutischen Behandlung die Injektion von Botulinumtoxin in die betroffenen Muskeln [3].

Aufgrund der nachweislich guten Wirksamkeit und Verträglichkeit bei korrekter Anwendung und durch das Fehlen systemischer Nebenwirkungen, wie sie bei oralen Spasmolytika auftreten können, sollte eine Therapie mit Botulinumtoxin durchgeführt werden. Systemische Spasmolytika wie Baclofen sollten nachrangig eingesetzt werden. In der Praxis stellt sich die Versorgungsrealität jedoch oft genau umgekehrt dar. Daten weisen darauf hin, dass nur 1–4% der Patientinnen und Patienten mit einem spastischen Syndrom nach Schlaganfall mit Botulinumtoxin behandelt werden [2, 4, 5].

Für diese Versorgungslücke gibt es verschiedene Ursachen. Ein Grund für eine Unterversorgung ist, dass therapie-relevante Spastizität häufig nicht diag-

nostiziert wird. In Akutkliniken liegt direkt nach einem Schlaganfall oft noch keine Spastik vor, da sich diese erst später ausbildet. Häufig wird sie erst im ambulanten Rahmen erkannt, nicht selten in der hausärztlichen Praxis. Dort ist die leitliniengerechte Spastiktherapie, insbesondere die Therapiemöglichkeit mit Botulinumtoxin, nicht immer ausreichend bekannt. Außerdem fehlt es an einer sektorenübergreifenden Koordination der Patientinnen und Patienten. Auf dem Weg von der Rehabilitationsklinik in die ambulante Versorgung steht die Therapie des spastischen Syndroms nicht im Vordergrund, auch wenn die Spastik in der Rehabilitationsklinik identifiziert wurde. Betroffene werden wegen einer Spastik oftmals nicht neurologisch vorgestellt.

Auch unter Neurologinnen und Neurologen ist die Therapie der Spastik mit Botulinumtoxin nicht allgemein etabliert. Bisher waren Diagnostik und Therapie des spastischen Syndroms und die Therapie mit Botulinumtoxin kein verpflichtender Teil der neurologischen Weiterbildung, das hat sich vor Kurzem geändert.

Seit vielen Jahren sind diese Probleme bekannt und immer wieder Gegenstand der Diskussion und von Projekten, die sich eine verbesserte Versorgung der Spastizität zum Ziel gesetzt haben.

MoVe-it: die Versorgung verbessern

Ein Schritt in die Richtung einer besseren Versorgung ist das Innovationsfonds-Projekt moVe-it. Damit soll die in-



Botulinumtoxin wird bei der Behandlung des spastischen Syndroms zu selten genutzt..

terdisziplinäre Zusammenarbeit in der Therapie des spastischen Syndroms optimiert und Betroffenen eine leitliniengerechte und qualifizierte Behandlung mit Botulinumtoxin ermöglicht werden.

Federführend für das Projekt ist die Mobil Krankenkasse, die die Konsortialleitung innehat. Die Konsortialpartner der Mobil Krankenkasse sind unter anderem der Berufsverband Deutscher Neurologen (BDN), die Charité Berlin, die Bayerische Telemedizinallianz als Bereitsteller der digitalen Infrastruktur, mehrere Krankenkassen, der Verband der selbstständigen Physiotherapeuten in Deutschland und mehrere Rehabilitationskliniken in Berlin und Bayern (Tab. 1). Die Konsortialpartner bilden somit ein sehr breites interprofessionelles und sektorenübergreifendes Spektrum ab. Obwohl es nicht gelungen ist, eine der großen gesetzlichen Krankenkassen für die Teilnahme an dem Projekt zu gewinnen, können auch gesetzlich Versicherte der nicht teilnehmenden Krankenkassen in das Projekt eingeschlossen werden.

Das Projekt umfasst mehrere Säulen: Zum einen wird die Nutzung einer digitalen Anwendung evaluiert, die Betroffene über die Erkrankung aufklärt und strukturierte Selbstbeobachtung fördert. Zum anderen wird ein digital gestütztes Versorgungsmanagement über eine digitale Plattform implementiert und bewertet. Außerdem werden interdisziplinäre Fallkonferenzen und ein medizinisches Fallmanagement mit einem spezialisierten Case Manager etabliert. Es wird erwartet, dass die leitliniengerechte Versorgung mit Botulinumtoxin dadurch vermehrt umgesetzt wird (Abb. 1).

Das moVe-it-Projekt wird in Bayern, Berlin und Brandenburg durchgeführt werden. Im Rahmen dieses Projektes werden Patientinnen und Patienten mit einer Spastik nach einem nicht länger als sechs Monate zurückliegenden Schlaganfall in den teilnehmenden Studienzentren (Studien-Hubs) gescreent und der Interventions- oder Kontrollgruppe zugewiesen (Einschlusskriterien Tab. 2).

Die moVe-it-App

In der Interventionsgruppe bekommen die Patientinnen und Patienten Zugang zu der Vollversion der moVe-it-App. Die

Tab. 1: Teilnehmende Konsortialpartner und Studien-Hubs moVe-it

Konsortialführung	Mobil Krankenkasse
Konsortialpartner mit Studien-Hub	<ul style="list-style-type: none"> — Bayerische TelemedAllianz GmbH – Prof. Dr. med. Siegfried Jedamzik — Schön Klinik Bad Aibling Harthausen – Prof. Dr. med. Klaus Jahn — Universitätsklinikum Augsburg – Prof. Dr. med. Andreas Bender — Universitätsklinikum Regensburg – Prof. Dr. med. Felix Schlachetzki — Charité – Universitätsmedizin Berlin – PD Dr. med. Alexander Heinrich Nave — Medical Park Berlin Humboldtmühle – Prof. Dr. med. Dr. phil. Martin Ebinger
Konsortialpartner ohne Studien-Hub	<ul style="list-style-type: none"> — inav Berlin – Univ.-Prof. Dr. oec. Volker Amelung — BKK Landesverband Bayern — BKK mkk – meine krankenkasse — Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten (IFK e.V.) — Berufsverband Deutscher Neurologen e. V. (BDN), Dr. med. Andreas Funke, Neurologie am Funckerberg, Königs Wusterhausen

se enthält neben Informationen zum Thema Spastizität auch Anleitungen, um Übungen zu absolvieren, und die Möglichkeit, ein Tagebuch zu führen, in dem zehn vordefinierte Fragen zur Symptomlast beantwortet werden können. Diese werden entsprechend der Schwere der Beeinträchtigungen nach einem Ampelprinzip zusammengefasst und visualisiert. Die App ersetzt keine medizinische Diagnostik oder Behandlung. Bei subjektiv relevanter Verschlechterung oder Unsicherheit wird empfohlen, ärztlichen Rat einzuholen.

In der Kontrollgruppe erhalten die Teilnehmenden einen Zugang zu einer Version der App ohne die Bereitstellung von Übungen. Die Installation und Einweisung in die moVe-it-App können ambulant oder stationär stattfinden, wobei im stationären Rahmen die Möglichkeit einer Schulung und Anleitung der Patientinnen und Patienten gegeben ist, was eine höhere Akzeptanz der App-Nutzung zur Folge haben könnte.

Die moVe-it-App basiert auf der von der Bayerischen Telemedizinallianz entwickelten Spastik-App (www.spastik-app.de), die bereits seit einigen Jahren verfügbar ist.

In der Interventionsgruppe werden interdisziplinäre Fallkonferenzen mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten und einem Case Manager (moVe-it medical manager) durchgeführt. Dabei wird das weitere Vorgehen festgelegt, gegebenenfalls eine Therapie mit Botulinumtoxin sowie eine Vorstellung in ei-

nem entsprechenden Zentrum empfohlen. Der Case Manager unterstützt insbesondere die Organisation, Vorbereitung, Koordination und Dokumentation der Fallkonferenzen. In der Kontrollgruppe erfolgt die medizinische Betreuung im Rahmen der regulären Versorgung.

Ablauf und Ziele

Der gesamte Interventionszeitraum umfasst acht Monate. In dieser Zeit sind drei Fallkonferenzen vorgesehen (Abb. 2). Die geplante Teilnehmerzahl liegt pro Studienarm bei 260. Eine Besonderheit ist, dass die Teilnehmenden der Interventionsgruppe in regionalen Clustern zusammengefasst werden, die mit einem in Größe, Struktur und Verstärkungsgrad entsprechenden Kontrollgruppencluster gematcht werden. Bei einer geplanten Zahl von insgesamt 20 Clustern würden auf jeden Cluster 26 Teilnehmende kommen.

Primärer Endpunkt ist eine Verbesserung des Gesundheitszustands (WHO-DAS 2.0). Sekundäre Endpunkte sind die Verbesserung der Lebensqualität (EQ-5D-5L), Reduktion der Spastiksymptomatik (Ashworth-Skala/MAS, Zorowitz FB), Abnahme der Belastung der Pflegenden (Caregiver Strain Index), eine Verbesserung der Ausprägung ängstlicher und depressiver Symptomatik (HADS-D) und eine Verringerung der Pflegebedürftigkeit und funktionalen Einschränkungen (Barthel-Index, I-ADL, mRS). Die Erhebungen erfolgen gemäß Studienprotokoll in standardi-



Abb. 1: Schematische Darstellung der Intervention im Rahmen des moVe-it-Projekts

sierten Assessments und werden durch geschulte Untersucherinnen und Untersucher (Assessoren) vorgenommen.

Vergütung für Ärztinnen und Ärzte

Für die teilnehmenden Neurologinnen und Neurologen aus dem ambulanten Bereich besteht die Möglichkeit, Betroffene in das Projekt einzubinden. Dafür ist eine Anamnese und klinische Untersuchung einschließlich einer Dokumentation und elektronischen Erfassung

notwendig. Der Arbeitsaufwand beträgt 45 Minuten und wird mit 135 € vergütet.

Im weiteren Verlauf werden für ambulante Ärztinnen und Ärzte die Fallkonferenzen mit 135 € für eine Vorbereitung der drei Fallkonferenzen und mit insgesamt 180 € für eine Durchführung der drei Fallkonferenzen vergütet. Somit ist für ambulante Neurologinnen und Neurologen eine maximale Vergütung von maximal 450 € pro Patientin oder Patient möglich.

Therapien, die im Rahmen der regulären Versorgung erfolgen, unter anderem auch die Durchführung der Botulinumtoxin-Injektion, werden innerhalb des Projekts nicht gesondert vergütet.

Förderungsbedarf besteht

Beim moVe-it-Projekt handelt es sich um einen wichtigen und notwendigen Beitrag auf dem Weg zu einer besseren Versorgung von Betroffenen des spastischen Syndroms nach einem Schlaganfall. Aufgrund der Förderung durch den Innovationsfonds erhält das Thema eine erhöhte Sichtbarkeit und wird als förderungswürdig anerkannt. Auch die Anerkennung als neue Versorgungsform, eine Bedingung für die Unterstützung von Innovationsfondsprojekten, ist wichtig, da eine patientenzentrierte, sektorenübergreifende und multiprofessionelle Steuerung von Betroffenen noch nicht existiert.

In den bisherigen Verhandlungen zur Vergütung der Therapie mit Botulinumtoxin war auf Bundesebene nicht ersichtlich, dass dieses Thema Relevanz für die kassenärztlichen Vereinigungen oder Krankenkassen hat. Derzeit gibt es nur regionale Vergütungsmodelle in Bayern und Berlin. Es ist noch nicht gelungen, die Therapie neurologischer Erkrankungen mit Botulinumtoxin im EBM zu ver-

Tab. 2: Ein- und Ausschlusskriterien für die Teilnahme an moVe-it

Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> — Diagnosen: Relevante Spastik (G81.1, G82.1, G82.4, G81.9) nach Schlaganfall (I60*, I61*, I63*, I64*, I69*); Einschätzung der Spastik mittels Schweregradbeurteilung: MAS 2 oder höher — Der für die Spastik ursächliche Schlaganfall liegt bei Einschluss nicht länger als sechs Monate zurück — Mindestalter von 18 Jahren — Patientinnen und Patienten der teilnehmenden Leistungserbringenden — Vorhandensein einer E-Mail-Adresse sowie eines Smartphones — gesetzlich krankenversichert
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> — unüberwindbare sprachliche oder neurokognitive Barrieren — keine ausreichenden Kenntnisse der deutschen Sprache, die zur Beantwortung der Fragen notwendig sind — parallele Teilnahme an einer anderen Interventionsstudie, Wohnort außerhalb des Einzugsgebiets des rekrutierenden Studienclusters — weitere Gründe, die nach Einschätzung des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin gegen eine Teilnahme an der Intervention sprechen (z. B. eine akute Depression oder Psychose)

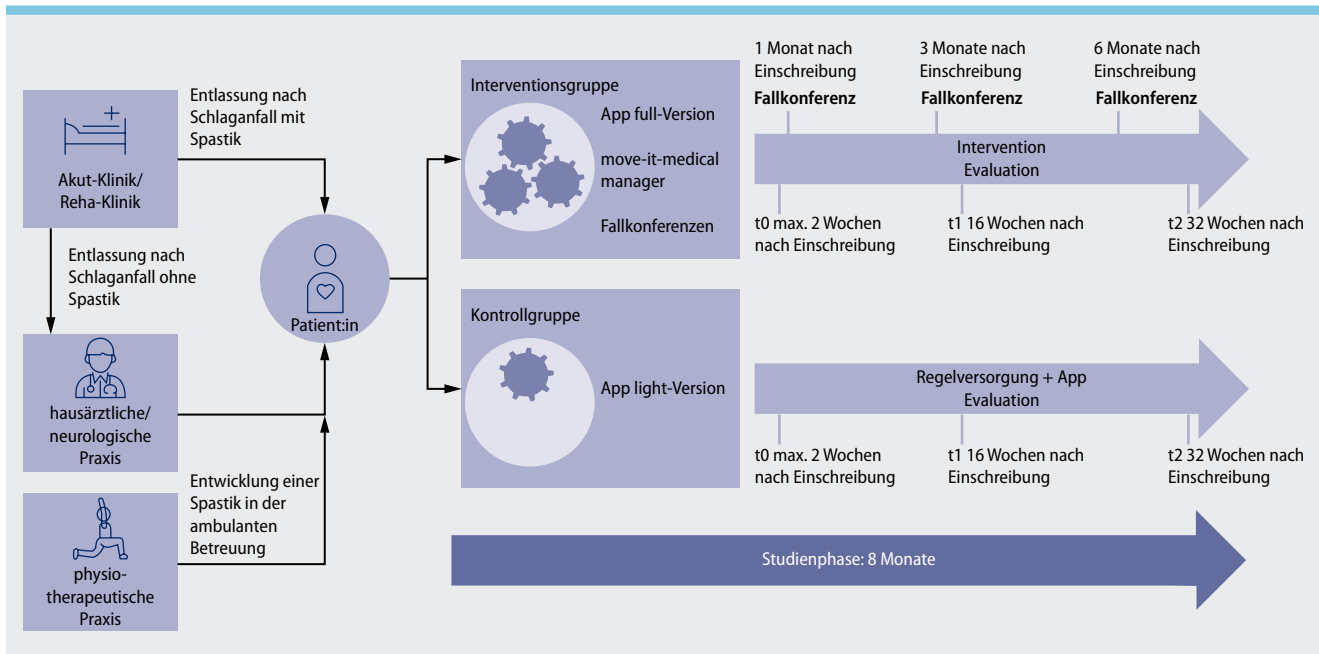


Abb. 2: Schematischer Ablauf der Studie

ankern, im Gegensatz zur urologischen Therapie der überaktiven Blase. Für die Neurologie wurde bis dato keine finanzielle Würdigung dieser zeitintensiven Therapie auf Bundesebene erreicht. Diese fehlende Achtung des Themas steht im Gegensatz zur offensichtlich hohen Relevanz aufgrund der hohen Zahlen von Betroffenen und deren Beeinträchtigung im Alltag. Es ist zu hoffen, dass das moVe-it-Projekt den Nutzen einer besseren Versorgung aufzeigen kann.

Fazit für die Praxis

Beim moVe-it-Projekt geht es um die Vernetzung verschiedener Sektoren, des stationären Bereiches, der Rehabilitation und des ambulanten Bereiches, zur Versorgungsverbesserung von Patientinnen und Patienten mit spastischem Syndrom nach einem Schlaganfall. Die Übergänge vom einen in den anderen Bereich sind erfahrungsgemäß Bruchstellen auf dem Weg der Betroffenen, wo Informationen verloren gehen und Diskontinuitäten in der Versorgung auftreten. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie Therapeutinnen und Therapeuten ist ein nicht immer leicht zu lösendes Problem. Durch interdisziplinäre Fallkonferenzen wird das adressiert. Außerdem fördert das Projekt neben dem digitalen

Fallmanagement auch die Nutzung einer digitalen Anwendung, die Schulungsvideos und eine Selbstbeurteilung beinhaltet. Da nur drei Bundesländer am Projekt teilnehmen, ist in diesen Regionen eine hohe Beteiligung wichtig. Für die Teilnehmenden ist ein klarer Vorteil zu erwarten, der Aufwand für Dokumentationen und die zeitliche Inanspruchnahme bleiben im ambulanten Bereich überschaubar. Eine Teilnahme ist über einen Selektivvertrag nach § 140 der Mobil Krankenkasse möglich (weitere Informationen unter <https://mobil-krankenkasse.de/move-it.html>). Das Gelingen des Projektes kann helfen, die Versorgung von Patienten mit einer Spastizität nach Schlaganfall zu verbessern.

Literatur

1. Robert Koch-Institut. Schlaganfall: Prävalenz (ab 18 Jahre). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. 2024 [zitiert: 9. Dezember 2025]
2. Rakers F et al. Inzidenz und ambulante medizinische Versorgung von Patienten mit schlaganfallassoziierter spastischer Bewegungsstörung. Dtsch Arztebl Int. 2023;120:284-5
3. Platz T et al. Therapie des spastischen Syndroms, S2k-Leitlinie Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) und Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR) (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. 2024

4. Potempa C et al. Zur Versorgungslage von Patienten mit spastischer Bewegungsstörung in Deutschland. Monitor Versorgungsforschung. 2019;65-72
5. Völkel L et al. Versorgungssituation von Patient:innen mit spastischer Bewegungsstörung in stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland. Monitor Versorgungsforschung. 2022;81-87

AUTOR

Dr. med. Andreas Funke

Facharzt für Neurologie
Neurologie am Funkeberg, 15177 Königs Wusterhausen

a.funke@neurologie-funke.de



Internationale Verbandsarbeit

UEMS stärkt Psychiatrie über Landesgrenzen hinweg

Delegierte der deutschen und europäischen Psychiatrie kommen regelmäßig zu Arbeitstreffen der European Union of Medical Specialists (UEMS) zusammen, um zu diskutieren und Stellungnahmen zu verfassen sowie Informationen zu den Versorgungssituationen in der Psychiatrie der Europäischen Länder auszutauschen.

Die European Union of Medical Specialists (UEMS) wurde im Jahr 1958 gegründet und ist damit die älteste fachärztliche Vereinigung Europas. Sie ist ein Zusammenschluss von Facharztverbänden, die Länder der Europäischen Union, aber auch Nicht-Mitgliedstaaten vertreten. Mehr als 1,6 Millionen Fachärztinnen und Fachärzte sind in 43 Sektionen bei der UEMS organisiert. Das Hauptziel der UEMS ist es einerseits, die Versorgung von Patientinnen und Patienten zu verbessern. Andererseits treibt sie eine Weiterentwicklung

und Vereinheitlichung der Weiterbildungsordnungen sowie die Continuing medical education (CME) und das Continuing Professional Development (CPD) in ganz Europa voran. Mit deren Hilfe sollen Fachkenntnisse durch die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Kongressen, Seminaren und Online-Kursen erworben werden und auf dem neuesten Stand bleiben. Damit steht die UEMS für lebenslanges Lernen. Außerdem setzt die sich Vereinigung für die Freizügigkeit aller Fachärztinnen und Fachärzte innerhalb Europas ein.

Die Weiterbildungs- und Fortbildungsanforderungen sind in den europäischen Staaten sehr verschieden. Beispielsweise gibt es in manchen Ländern eine Facharztausbildung für Psychiatrie ohne ausgewiesenen Psychotherapieanteil oder aber eine Ausbildung, die die Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) miteinschließt. In anderen Ländern gibt es wiederum separate Ausbildungen für Gerontopsychiatrie. Das erschwert die Vereinheitlichung und gegenseitige Anerkennung der Gleichwertigkeit.

Facharztprüfung der UEMS

Seit Februar 2025 finden, wie bereits in anderen Fachgebieten, eigene Prüfungen der UEMS zur Fachärztin oder zum Facharzt für Psychiatrie statt. Deren Niveau liegt meist über dem Anforderungsgrad der deutschen Facharztprüfung. Trotzdem werden diese Prüfungen von der Bundesärztekammer und den Landesärztekammern nicht anerkannt.

Delegierte aus dem BVDP

Seit der Gründung des Berufsverbands der Deutschen Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie (BVDP) stellt dieser regelmäßig die Delegierten der Sektion Psychiatrie. Diese arbeitet mit der europäischen psychiatrischen Gesellschaft (EPA), der US-amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft (APA), der psychiatrischen Weltgesellschaft (WPA), der Europäischen Föderation von Psychiatern in Weiterbildung (EFPT), mit Patienten- und Angehörigenorganisationen sowie anderen Einrichtungen zusammen. Auf Wunsch aus psychiatri-



© S. Köhler

Die Sektion Psychiatrie der UEMS bei einem der zwei jährlichen Treffen in 2025.

schen Kliniken führt die Sektion Psychiatrie außerdem Besuche zur Evaluation der Qualität der klinischen Weiterbildung („Visitationen“) mit anschließender Zertifizierung durch.

Trotz des Brexits sind die Briten weiterhin Mitglieder der UEMS und der Sektion Psychiatrie. Diskussionen werden ausschließlich auf Englisch geführt und auch die Schriftsprache ist Englisch. Die Geschäftsstelle der Sektion Psychiatrie ist am Royal College of Psychiatrists in London angesiedelt.

Zweimal im Jahr treffen sich die UEMS-Sektionsmitglieder an wechselnden Orten in Europa und behandeln eine Reihe von Themen, beispielsweise Einzelheiten zur Durchführung der europäischen Facharztexamina und die Überarbeitung der Europäischen Weiterbildungsordnung (European Training Requirements, ETR). Diese zweieinhalbtägigen Treffen sind für alle Delegierten arbeitsintensiv, sie werden inzwischen auch in hybrider Form durchgeführt.

Positionspapiere in Arbeit

Aktuell werden Stellungnahmen und Positionspapiere zum Umweltschutz und zur Nachhaltigkeit im Bereich der

Psychiatrie, zu Gleichstellung und Diversität, zu Menschenrechten und Zwangsbehandlung in der Psychiatrie erarbeitet. Die Entwicklung und Förderung der Weiterbildung und auch der lebenslangen Fortbildung sind ständige Diskussionspunkte bei den Sitzungen und werden auch dazwischen in Videokonferenzen erörtert.

Seit einigen Jahren kommen die deutschen Delegierten der verschiedenen Sektionen zudem zweimal im Jahr im Europaausschuss zusammen. Das ist für die deutschen Delegierten besonders wichtig, da viele Delegierte anderer Länder keine Kenntnisse über das Krankenversorgungssystem in Deutschland haben. In den meisten Nationen gibt es ein staatliches Versorgungssystem, in dem die fachärztliche Versorgung nicht in unabhängigen Praxen, sondern in Kliniken und ambulanten Einrichtungen stattfindet. Dadurch ist es mitunter schwierig, die deutschen Interessen angemessen zu vertreten und in den Stellungnahmen, Forderungen und Zielen der UEMS wiederzufinden.

Bereits seit dem Jahr 1999 werden die besonderen Interessen der deutschen niedergelassenen Psychiater durch mich

vertreten. Dabei stößt das Verständnis der Delegierten anderer Länder für die Versorgung von psychiatrischen Patientinnen und Patienten außerhalb von Kliniken und Ambulanzen auf Grenzen, vorrangig, da das deutsche System für die meisten unbekannt und schwer nachvollziehbar ist.

International ins Gespräch kommen

Der Austausch zwischen den Delegierten der verschiedenen Nationen im Rahmen der Treffen ist trotz und wegen der Arbeitsdichte stets eine Bereicherung. In den Sitzungspausen und vor allem bei einem gemeinsamen Abendessen besteht die Möglichkeit, mit Delegierten in das Gespräch zu kommen – über fachliche Fragen hinaus auch zu persönlichen Angelegenheiten. Aus diesen Privatgesprächen ergeben sich gegenseitiges Verständnis und nützliche Zusatzinformationen für die Arbeit bei der UEMS. Da einige Länder über längere Zeit immer wieder von denselben Delegierten vertreten werden, entsteht manchmal sogar eine sehr gelöste Stimmung wie bei einem Klassentreffen.

Dr. med. Roland Urban, Berlin

Sektorenübergreifende Ausbildung

Weiterbündungsverbände als Schlüssel für Qualität und Nachwuchsförderung

Wie kann der ärztliche Nachwuchs auf die komplexe Versorgung in Psychiatrie und Neurologie vorbereitet werden? Ein vielversprechender Weg sind Weiterbündungsverbände, die Kliniken und Praxen enger zusammenbringen und den Austausch über Sektorengrenzen hinweg fördern. Einblicke in den Erfahrungsschatz bereits bestehender Verbände.

Am 17. September 2025 fand in der Stadtklinik Frankenthal eine Informationsveranstaltung zu bestehenden Weiterbündungsverbänden statt. Eingeladen waren Vertreterinnen

und Vertreter von Kliniken mit Weiterbildungsermächtigung sowie niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte aus den Bereichen Psychiatrie, Neurologie und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ziel

war es, sowohl die Strukturen als auch die Chancen dieser Verbände für den ärztlichen Nachwuchs sichtbar zu machen und gleichzeitig den Austausch zwischen den beteiligten Sektoren zu fördern.

Nach der Begrüßung durch den Direktor der Psychiatrie der Stadtklinik, Dr. Matthias Münch, M.A., der die Bedeutung sektorenübergreifender Weiterbildung betonte, eröffnete er mit seinem Vortrag das Programm, welches sich insbesondere an Medizinstudierende und Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung richtete. Im Fokus standen die Ziele von



© InfiniteFlow / stock.adobe.com

In der sektorübergreifenden Ausbildung sollen die Rädchen ineinandergreifen.

Weiterbündungen, die Vorteile eines strukturierten und vernetzten Weiterbildungskonzeptes sowie die Chancen, die sich durch eine enge Kooperation zwischen stationären und ambulanten Versorgungsbereichen ergeben.

Ein strukturiertes und vernetztes Weiterbildungskonzept in der Psychiatrie bietet zahlreiche Vorteile. Durch Rotationen zwischen verschiedenen Einrichtungen – etwa einer psychiatrischen Klinik, einer tagesklinischen Einheit oder einer vertragsärztlichen psychiatrischen Praxis – können Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung die gesamte Bandbreite psychiatrischer Versorgung kennenlernen. Dabei erhalten sie Zugang zu spezialisierten Bereichen wie der Gerontopsychiatrie, der Forensischen Psychiatrie, der Suchtmedizin oder der Krisenintervention. Ein solches Konzept ermöglicht

eine praxisnahe Weiterbildung, die ein tiefes Verständnis für die Übergänge zwischen stationärer, teilstationärer und ambulanter Behandlung vermittelt und somit den Blick für die Versorgungskontinuität der Patientinnen und Patienten schärft. Ergänzend fördern gemeinsame Mentoring- und Supervisionsstrukturen innerhalb des Verbundes eine enge fachliche Begleitung.

Im Anschluss stellten sich drei Weiterbildungsverbände aus den Fachrichtungen Neurologie (Dr. Sven Klimpe, Weiterbildungsverbund Alzey/Rheinhesen), Kinder- und Jugendpsychiatrie (Götz-Peter Lampe, Landesweiter Weiterbildungsverbund KJP) sowie Psychiatrie (Dr. Christel Werner/Susanne Berger Weiterbildungsverbund mit der Stadtklinik Frankenthal) vor.

Besonders eindrucksvoll war der Erfahrungsbericht einer Weiterbildungsassistentin, die nach einem einjährigen Aufenthalt in der psychiatrischen Praxis an ihre ursprüngliche Einrichtung zurückgekehrt war. Sie schilderte sehr authentisch, wie bereichernd die Ausbildung im Wechsel zwischen ambulantem und stationärem Bereich sein kann. Besonders hob sie die Möglichkeit hervor, Patientinnen und Patienten über längere Zeiträume in unterschiedlichen Lebenskontexten zu begleiten – eine Erfahrung, die sowohl für das Verständnis chronischer

Krankheitsverläufe als auch für die persönliche Entwicklung in der Weiterbildung von erheblichem Wert sei. Ihre Wahl zu einer ambulanten Weiterbildung war auch getragen durch ihre familiäre Situation mit kleinen Kindern.

Im weiteren Verlauf entwickelte sich eine lebendige und offene Diskussion. In kollegialer Atmosphäre tauschten sich die Teilnehmenden über ihre Erfahrungen im Klinikalltag und in der Niederlassung aus. Insbesondere die Rekrutierung von Nachwuchs war Thema. Dabei wurde deutlich, wie unterschiedlich die Perspektiven je nach Versorgungssetting sind – und wie sinnvoll es ist, diese im Rahmen eines Weiterbildungsverbundes zusammenzuführen. Verwaltungstechnische Bedenken und der Wunsch nach Planungssicherheit im ärztlichen Personalbereich wurden diskutiert. Die Gelegenheit wurde genutzt, um neue Kontakte zu knüpfen, Kooperationen anzudeuten und voneinander zu lernen.

Zum Abschluss hatten jede weiterbildende Praxis und weiterbildende Krankenhäuser die Gelegenheit sich vorzustellen.

Die Veranstaltung zeigte eindrücklich, dass Weiterbildungsverbände nicht nur eine organisatorische Struktur darstellen, sondern auch eine Plattform für persönliche Begegnungen, für gegenseitiges Verständnis und für die gemeinsame Verantwortung in der Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses haben.

Die Zielgruppe, Studierende, PJ-ler und PJ-lerinnen, Weiterbildungsassistentinnen und Weiterbildungsassistenten, wurde nicht im gewünschten Umfang erreicht, doch konnten Anwesende einen guten Input zur Besserung der Erreichbarkeit unserer Zielgruppe geben.

Haben Sie Fragen zur Erlangung der Weiterbildungsberechtigung oder zur Organisation von Weiterbildungsverbänden in Rheinland-Pfalz?

Kontakt für Neurologie Dr. Sven Klimpe: info@np-nierstein.de

Kontakt für Psychiatrie Dr. Christel Werner: dr.ch.werner@t-online.de

AUTORIN

Dr. med. Christel Werner

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
Oggersheimer Straße
42, 67112 Mutterstadt

dr.ch.werner@t-online.de



Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Rund um den Beruf

Resilienz

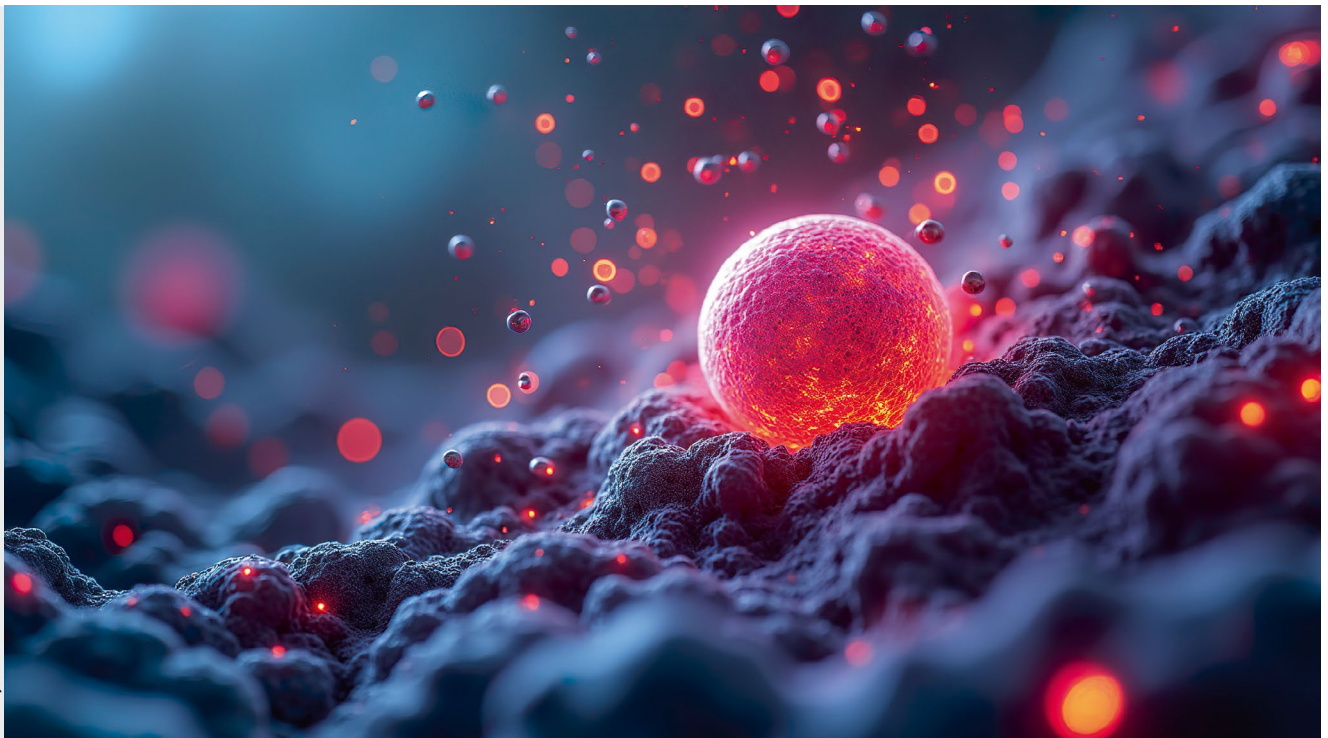
Inflammaging – Entzündungsräuschen des Alterns

Warum nehmen die kognitiven und motorischen Fähigkeiten alter Menschen nach Infekten oder Operationen häufig deutlich ab? Das Inflammaging-Modell bietet hierfür eine Erklärung. Durch chronische systemische Entzündungen wird das alternde Nervensystem belastet.

Bei älteren Patientinnen und Patienten zeigt sich häufig ein wiederkehrendes Muster: Nach scheinbar banalen Infekten verschlechtern sich Kognition und Gangstabilität, die Fatigue nimmt zu und die funktionelle Erholung verzögert sich. Neurologische

Symptome treten dabei oft unverhältnismäßig stark im Vergleich zur auslösenden systemischen Belastung auf. Inflammaging bietet hierfür eine biologische Erklärung und führt die altersabhängige Vulnerabilität sowie eine veränderte Erholungs dynamik zusam-

men, ohne eine eigenständige Diagnose zu sein. Der Begriff Inflammaging wurde in der Alterns- und Immunforschung eingeführt, um eine altersassoziierte, chronisch leicht erhöhte systemische Entzündungsaktivität zu beschreiben, die typischerweise ohne akute



© Funny / stock.adobe.com

Niedrigschwellige Entzündungen belasten das gesamte Nervensystem im Alter besonders.

Prävention und neurobiologische Grundlagen von Resilienz

Was macht unsere Psyche, unser Nervensystem und uns als Person resilient? Mit der Sonderausgabe des NeuroTransmitters zum DGN-Kongress (5/2025) wurde eine Artikelserie eingeführt, die sich der Prävention neurologischer Erkrankungen und den neurobiologischen Grundlagen von Resilienz

widmet. In Ausgabe 1/2026 gab es dazu Gespräche mit Prof. Johannes Buchmann von der Wissenschaftsakademie Leopoldina und mit der DGN-Präsidentin Prof. Daniela Berg. Darin ging es um Grundlagenforschung, klinische Erfahrung und gesellschaftliche Verantwortung. Diese Ausgabe setzt diese Serie

nun fort und betrachtet einen Prozess, der leise beginnt, lange übersehen wird und unsere neuronale Zukunft doch stark beeinflusst: das Inflammaging.



© Maria / stock.adobe.com

Infektion oder klassische Entzündungszeichen besteht. Er erklärt, warum viele altersassoziierte Erkrankungen eine gemeinsame inflammatorische Signatur aufweisen und warum Entzündungsmarker im höheren Lebensalter mit Morbidität und Mortalität korrelieren [1].

Entzündungsaktivität steigt mit dem Alter

Inflammaging ist dabei kein monokausaler Vorgang, vielmehr entsteht es aus sich gegenseitig verstärkenden Faktoren. Am wichtigsten ist die Umstrukturierung des Immunsystems im Alter: Die Immunantwort wird nicht nur schwächer, sie verändert auch ihre Dynamik. Die angeborene Immunität zeigt meist eine persistierende Aktivierung, während die adaptive Immunantwort an Flexibilität verliert. Gleichzeitig nimmt die kumulative Antigenlast im Laufe des Lebens zu. Diese Immunoseneszenz und das Inflammaging werden daher oft als zusammenhängende Aspekte desselben biologischen Alterungsprozesses verstanden [5].

Ein weiterer wesentlicher Faktor ist die zelluläre Seneszenz. Seneszente Zellen verbleiben in einem stabilen Zellzyklusarrest, sind jedoch metabolisch aktiv und können ein proinflammatorisches Sekretom, den senescence-associated secretory phenotype (SASP), ausbilden. Im SASP werden Zytokine, Chemokine, Proteasen und Wachstumsfaktoren, die das lokale Gewebemilieu verändern und die systemische Entzün-

dung verstärken können, sekretiert [6]. Klinisch relevant ist dabei weniger die einzelne seneszente Zelle als doch die kumulative Wirkung seneszenzassoziierter Signale im alternden Organismus.

Zusätzlich tragen sterile Entzündungen infolge von Gewebestress und metabolischer Belastung zum Inflammaging bei. Auch viszerale Fettgewebe, regt die immunologische Aktivität an. Metabolische Dysregulationen, chronische Hypoxie, beispielsweise bei Schlafapnoe, sowie persistierende Entzündungsquellen wie Parodontitis können das Entzündungsniveau erhöhen und somit das Inflammaging verstärken (Abb. 1).

Darüber hinaus gewinnen im Kontext des Inflammagings die Darmbarriere und das Mikrobiom an Bedeutung: Altersbedingte Veränderungen des Mikrobioms können sowohl Barrieremechanismen als auch Immunantworten modulieren und so zur systemischen Niedriggradentzündung beitragen [7].

Vom System ins Gehirn

Neuroinflammation ist eine Immunreaktion innerhalb des zentralen Nervensystems. Sie kann lokal oder regional entstehen – etwa durch Proteinaggregate, vaskuläre Schädigung, Infektionen, Trauma oder autoimmun vermittelte Prozesse – und ist geprägt durch das Zusammenspiel von Mikroglia, Astrozyten, infiltrierenden Immunzellen und der neurovaskulären Einheit [2, 3]. Inflammaging ist hiervon abzugrenzen, da es kein eigenständiger neuroinflammatorischer Prozess ist, sondern ein

systemisches altersabhängiges Entzündungsgeschehen. Dabei werden die Schwelle, Intensität und Persistenz zentralnervöser Immunreaktionen moduliert. Inflammaging wirkt als inflammatorischer Hintergrundprozess, vor dem zentrale Trigger klinisch stärker in Erscheinung treten können [1, 4].

Systemische Entzündungen bleiben nicht auf die Körperperipherie beschränkt. Alterungsprozesse betreffen die neurovaskuläre Einheit und die Blut-Hirn-Schranke (BHS). Veränderungen in zellulären Strukturen wie dem Endothel, in Tight Junctions, in Perizyten und in der glialen Kopplung führen zu einer erhöhten funktionellen Vulnerabilität der BHS. Dadurch können peripher entstehende Prozesse leichter zu zentralen Immunantworten führen. Ein Korrelat hiervon kann im klinischen Kontext bei älteren Patientinnen und Patienten beobachtet werden, bei denen systemische Entzündungsereignisse häufiger zentrale Symptome auslösen und verstärken [8].

Gleichzeitig verändert sich die zelluläre Immunlandschaft des Gehirns. Mikroglia, die residenten Immunzellen des zentralen Nervensystems, sind im alternden Gehirn vermehrt in einem sensibilisierten Zustand. Veränderungen in Basalparametern, Morphologie und Signaltransduktion können durch sekundäre Ursachen wie Infektionen, Operationen oder Traumata zu intensiven oder verlängerten neuroinflammatorischen Reaktionen führen.

Das Mikroglia-Priming ist seit Jahren ein Modell, das erklärt, warum banale

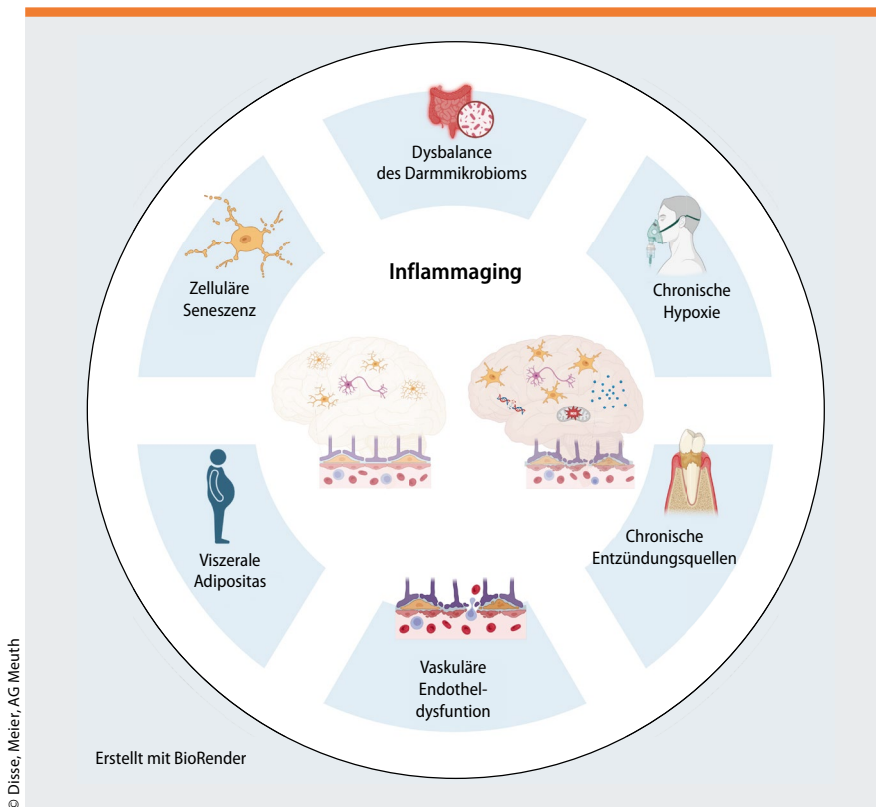


Abb. 1: Systemische Einflussfaktoren des Inflammaging.

systemische Belastungen im Alter disproportionale neurologische Symptome entfesseln können [4]. Besonders gut illustriert wird das von Arbeiten zur Interaktion zwischen neurodegenerativer Vorschädigung und systemischer Entzündung. In Tiermodellen kann eine transiente systemische Inflammation bei chronischer Neurodegeneration akute kognitive und motorische Verschlechterungen hervorrufen [9].

In weiteren Studien wurde gezeigt, dass vorausgehende synaptische Schädigung und Mikroglia-Priming dazu prädisponieren, dass eine periphere Entzündung akute Arbeitsgedächtnisdefizite erzeugt – ein biologisch plausibles Modell für delirante Episoden bei vorbestehender Hirnpathologie [10].

Verstärker typischer Verlaufsmuster

Inflammaging ist selten der alleinige Grund für neurologische Beschwerden, erhöht jedoch häufig Risiken oder beeinflusst den Krankheitsverlauf. Das Verständnis dieses Konzepts ist in der am-

bulanten Versorgung besonders nützlich, weil damit wiederkehrende Auslöser erkannt werden können: Ein Infekt kann beispielsweise eine akute Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten oder einen Sturz verursachen, worauf eine längere Phase der Erschöpfung und ein funktioneller Abbau folgen. Es ist daher sinnvoll, nicht ausschließlich nach der akuten Ursache zu suchen, sondern die Systemreserve zu beurteilen und gezielt Faktoren zu entlarven, die das Entzündungsniveau und die Vulnerabilität erhöhen. Beispiele dafür sind das Delir und delirante Episoden. Die Deliriumsforschung betont die Rolle systemischer Entzündung als Kofaktor und als mögliche treibende Achse zwischen peripherem Trigger, BHS-Veränderungen, Mikrogliaaktivierung und akuter kognitiver Dysfunktion, insbesondere im Kontext vorbestehender Demenz oder Hirnpathologie [11].

Wer bei vulnerablen Patientinnen und Patienten wiederholte delirante Episoden sieht, sollte nicht nur den Auslöser behandeln, sondern auch ein struktu-

riertes Risikoprofil erfassen. Dazu gehören Infektneigung, Schlaf, Flüssigkeit, Medikation, metabolische Kontrolle, Zahnstatus und Mobilität (Tab. 1).

Auch bei neurodegenerativen Erkrankungen ist die Trennung zwischen peripher und zentral oft künstlich. Neuroinflammation ist Teil der Krankheitsbiologie, Inflammaging dagegen kann das Milieu schaffen, in dem Degeneration schneller klinisch sichtbar wird – etwa durch neurovaskuläre Dysfunktion, reduzierte Reparaturfähigkeit oder vermehrte Anfälligkeit für akute kognitive Einbrüche. Eine Übersichtsarbeit bezeichnet diese Schnittstelle als Interaktion zwischen chronischer systemischer Inflammation und zentralen Alterungsprozessen [12].

Mit diesem Wissen lassen sich neurologische Erkrankungen exemplarisch betrachten, um die klinische Bedeutung von Inflammaging tiefergehend zu verstehen. Im Folgenden werden daher die Multiple Sklerose (MS) und der ischämische Schlaganfall als zwei Erkrankungen mit unterschiedlicher Primärpathophysiologie näher betrachtet.

Implikationen bei MS

Mit zunehmendem Alter und Krankheitsdauer verändert sich die entzündliche Biologie der MS. Während frühe Krankheitsphasen überwiegend durch adaptive, peripher getriebene Immunmechanismen geprägt sind, rücken bei älteren Betroffenen und in progredienten Verlaufsformen chronische, angeborene und mikroglia-dominierte Entzündungsprozesse in den Vordergrund. Diese Verschiebung hat eine verminderte Reparaturkapazität, persistierende Neuroinflammation und zunehmende Entkopplung zwischen inflammatorischer Aktivität und klassischer Schubdynamik zur Folge [13, 14, 15, 16]. Dabei wird Inflammaging als konzeptioneller Kontextfaktor relevant, der altersabhängige Veränderungen der Immunantwort, der neurovaskulären Funktion und der glialen Reaktivität zusammenführt [1, 4]. Daraus ergibt sich aber keine Abkehr von immunmodulatorischen Therapien, die auch im höheren Alter und in fortgeschrittenen Krankheitsstadien den therapeutischen Standard darstellen. Stattdessen verdeutlicht das Modell, dass der

Tab. 1: Übersicht biologischer und klinischer Charakteristika, zentraler Risikofaktoren und präventiver Ansatzpunkte.

Charakteristika	Risikofaktoren	Präventionsmaßnahmen
chronisch niedriggradige Entzündung	viszerale Adipositas	Gewichtsreduktion
Immunoseneszenz, SASP	metabolische Dysregulation	körperliche Aktivität
erhöhte funktionelle Vulnerabilität der BHS	chronische Entzündungsherde	Diagnose und Behandlung chronischer Entzündungsquellen
Mikroglia-Priming	chronische Hypoxie	Schlafdiagnostik
verzögerte Rückkehr zur Homöostase nach Belastung	Darmdysbiose	ausgewogene Ernährung
Diskrepanz zwischen Trigger und Symptomlast		vaskuläre Risikokontrolle

SASP = Seneszenzassoziierter sekretorischer Phänotyp
BHS = Blut-Hirn-Schranke

relative Beitrag peripher-adaptiver Immunmechanismen im Krankheitsverlauf abnimmt, während chronische, niedriggradige und mikroglia-dominierte Entzündungsprozesse an Bedeutung gewinnen [17,18].

Klinisch spricht das für alters- und stadienadaptierte Therapiekonzepte, mit immunmodulatorischen Strategien, die gleichzeitig auch neuroprotektive und reparative Ansätze nutzen und systematisch komorbide entzündliche Belastungen berücksichtigen. Inflammaging ist deshalb keine eigenständige Diagnose, sondern ein biologisches Modell, das hilft zu erklären, warum etablierte Therapien im Alter nötig, aber nicht in allen Aspekten ausreichend sind. Es beschreibt zukünftige therapeutische Entwicklungsrichtungen, ohne den aktuellen Standard infrage zu stellen.

Schlaganfall und Inflammation

Beim ischämischen Schlaganfall beeinflussen Alter und Komorbiditäten das Ausmaß der Hirnschädigung und die funktionelle Erholung. Eine vorbestehende systemische Entzündungsaktivität kann die postischämische Neuroinflammation sowie die Balance zwischen schädlicher Entzündung und Reparatur ungünstig verschieben – ein Effekt, der sich im höheren Lebensalter durch altersbedingte Immunveränderungen verschärft [19, 20, 21]. Inflammaging ist ein systemisch inflammatorisches Grundmilieu, das die Vulnerabilität gegenüber ischämischer Schädigung erhöht und potenziell die Rekonvaleszenz verlangsamt. Etablierte akute und sekundärpräventive Therapiestrategien müssen des-

halb bestehen bleiben, aber erweitert werden.

Diagnostische Einordnung

In der Routineversorgung bleibt die Biomarkerlage pragmatisch. Die Messung eines hochsensitiven C-reaktiven Proteins (CRP) ist breit verfügbar und kann als grober Marker systemischer Entzündung dienen, ist allerdings unspezifisch und stark konfundiert. Beispielsweise durch Infekte, Adipositas, Rauchen, Schlafapnoe, chronische Entzündungsherde, Autoimmunität oder ein Malignom. Zytokine wie IL-6 sind in Studien zentral, aber in der Praxis oftmals nicht standardisiert verfügbar [22]. Der klinische Nutzen ergibt sich daher meist nicht aus einzelnen Messwerten, wohl aber aus der Gesamtkonstellation: wiederholt leicht erhöhte Entzündungsmarker in Kombination mit Anzeichen geringer Reserven wie Frailty, verlängerter Rekonvaleszenz oder infekt- oder operationsassozierten kognitiven Einbrüchen. Inflammaging ist in diesem Zusammenhang weniger als Laborbefund, stattdessen aber als interpretativer Rahmen zu verstehen, der die Identifikation und Adressierung systemischer Treiber ermöglicht und damit Prognose, Beratung und Prävention von Komplikationen unmittelbar verbessert [22].

Was ist realistisch und was bleibt Forschung?

Trotz wachsender Forschung gibt es derzeit keine etablierte, spezifische „Inflammaging-Medikation“ in der neurologischen Routine. Konzepte wie Seneszenz-Targeting (senolytics) oder SASP-

Modulation sind wissenschaftlich attraktiv, liegen für die meisten neurologischen Zielgrößen jedoch außerhalb des Standards und erfordern sorgfältige Studien [6]. In der klinischen Praxis stehen deshalb antiinflammatorische Basismaßnahmen für Komorbiditäten und Lebensstil im Vordergrund. Diese sind nicht als moralischer Appell, sondern als integraler Bestandteil der Immun- und Gefäßmedizin einzustufen. Regelmäßige körperliche Aktivität, Gewichtsreduktion bei viszeraler Adipositas, Schlafdiagnostik insbesondere bei Verdacht auf Schlafapnoe, Behandlung chronischer Entzündungsquellen sowie konsequente vaskuläre Risikokontrolle stellen zentrale Interventionsmöglichkeiten dar. Für die Neurologie sind diese Maßnahmen besonders relevant, da sie die neurovaskuläre Gesundheit und Plastizität sowie das Sturz- und Frailty-Risiko beeinflussen [23, 24].

Da Inflammaging ein langfristiger, populationsweiter Prozess ist, der sich über Jahre bis Jahrzehnte entwickelt, gewinnt Prävention jenseits der neurologischen Fachpraxis an Bedeutung. Frühe Interventionen – im schulischen, universitären oder arbeitsmedizinischen Kontext – zielen dabei nicht auf Vermeidung einzelner neurologischer Diagnosen ab, dahingegen aber auf den Erhalt biologischer Reserven, die im höheren Lebensalter maßgeblich über Vulnerabilität, Erholungsfähigkeit und klinische Resilienz entscheiden. Inflammaging wird damit zu einem public-health-relevanten Konzept, dessen Konsequenzen sich häufig erst in der neurologischen Versorgung manifestieren [12, 25].

Ein zusätzlicher, unmittelbar praxisrelevanter Schwerpunkt ist die Delirprävention. Bei Patientinnen und Patienten mit neurodegenerativer oder vaskulärer Vorschädigung sollte jede geplante Belastung – einschließlich operativer Eingriffe, neuer sedierender Medikation oder akuter Infektionen – als potenzieller Entzündungstrigger und Stressor betrachtet werden. Proaktive Strategien, die eine strukturierte Risikoerfassung, ein kritisches Medikamentenreview, die Stabilisierung des Schlaf-Wach-Rhythmus, eine ausreichende Hydrierung und frühe Mobilisierung berücksichtigen, erweisen sich in diesem Kontext häufig als wirksamer als jede nachträgliche Behandlung deliranter Zustände [11].

Fazit für die Praxis

Inflammaging bezeichnet das chronische Entzündungsrauschen des Alterns. In der neurologischen Praxis ist dieses Konzept insbesondere relevant, da es die Verbindung zwischen systemischen Belastungen und zentralnervösen Symptomen durch

Mechanismen wie BHS-Vulnerabilität, Mikroglia-Priming und verminderte Reserve verdeutlicht. Der praktische Nutzen liegt weniger in der Einführung neuer Laborparameter als in einer systematischen, komorbiditätsorientierten Herangehensweise, die Verlauf, Prognose und Beratung im Praxisalltag strukturiert.

Die Treiber des Entzündungsrauschens zu erkennen und anzugehen, stärkt die Resilienz und beeinflusst genau jene Verläufe, die in der klinischen Praxis besonders belastend sind [1, 5]. Zugleich bleibt Inflammaging derzeit primär ein Erklärungsmodell, während therapeutische Innovationen zur Förderung endogener Reparaturmechanismen, Remyelinisierung, synaptischer Plastizität und Neuroprotektion weiterhin Gegenstand intensiver Forschung sind.

Literatur



als Zusatzmaterial unter <https://doi.org/10.1007/s15016-026-4214-1> in der Online-Version dieses Beitrags

AUTOREN

Paul Disse

Klinik für Neurologie,
Universitätsklinikum
Düsseldorf

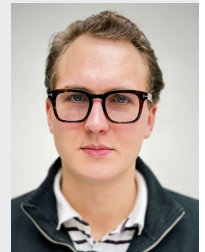
Paul.Disse@med.uni-
duesseldorf.de



Franz Julius Meier

Klinik für Neurologie,
Universitätsklinikum
Düsseldorf

FranzJulius.Meier@
med.uni-duesseldorf.
de



Kleinanzeigen aus der Praxis

Praxisbörse

Seit dem Jahr 2003 sehr gut eingeführte **neurologische Gemeinschaftspraxis** (engagiertes, kompetentes Team) in **Karlsruhe-Durlach** sucht langfristige ärztliche Mitarbeit, bevorzugt in Partnerschaft (2 KV-Sitze), ab 9/2027 oder 1/2028. **Kontakt:** schenk@neurologie-durlach.de

Fachärztin/Facharzt für Neurologie ab 1. Juli 2026 oder später gesucht: **Praxis für Neurologie** (2 FÄ, 2 WBÄ, 6 MFAs). Schwerpunkte: Bewegungsstörungen/Parkinson, BTX, MS-Zentrum, apparative Diagnostik, Studienpraxis. Bereich **S5 Hoppegarten bei Berlin** in Gesundheitszentrum. Anstellung in Voll- und Teilzeit möglich, perspektivisch Eintritt in Praxisgemeinschaft erwünscht. **Kontakt:** neuroprax@icloud.com

MVZ im Harz sucht am Standort **Wernigerode** zeitnah **Fachärztin oder Facharzt für Psychiatrie oder Nervenheilkunde** sowie **Neurologie**. **Kontakt:** nervenaerztliche.ambulanz@mvz-harz.de

Gemeinschaftspraxis Psychiatrie-Neurologie in **Rosenheim** sucht **Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie/Neurologie** für Anstellung/Einstieg in Teil-/Vollzeit ggf. mit Sitzübernahme kurz-/mittelfristig. Schwerpunkte und Arbeitszeit flexibel gestaltbar. Moderne, voll digitale Praxis, weitere Standbeine neben KV, Region mit hohem Freizeitwert. **Kontakt:** 0176 82921951; andreas.boehm@kns-rosenheim.de

Nachfolge für psychiatrisch-psychotherapeutische Praxis 60 km **nördlich von Hamburg**. Einarbeitung und variable Übergabe möglich. Moderne barrierefreie Räume können übernommen werden. **Kontakt:** psych.praxis@t-online.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: 20. Mai 2026



Psychiatrisch-religionswissenschaftliches Colloquium

Religion und Zwangsstörung

Religiöse Zwänge sind mit Schuldgefühlen, Angst vor Gottes Strafen und ritualisierten Handlungen verbunden. Expertinnen und Experten für Psychologie, Theologie und Seelsorgende verschiedener Glaubensrichtungen suchen nach Ursachen, Therapieansätzen und Wegen, um Betroffene zu entlasten.

Das 16. Berliner psychiatrisch-religionswissenschaftliche Colloquium am 12. November 2025 stieß auf ein reges Publikumsinteresse. Mit dabei waren Teilnehmende aus der Psychiatrie, Seelsorge, Theologie und Religionswissenschaft sowie psychisch Erkrankte und deren Angehörige. Fast 100 Menschen hatten den Weg in den Hörsaal der Holzlaube der Freien Universität Berlin (FU) gefunden. Das Thema „Religion und Zwangsstörung“ zog wegen seiner klinischen Relevanz besonders viele Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie, Neurologie und Nervenheilkunde an. Bemerkenswert war auch das breite Interesse Seelsorgender aus der muslimischen Gemeinde.

Organisiert wurde das alljährliche Colloquium erneut vom Arbeitskreis Religion & Psychiatrie des Vereins für Psychiatrie und seelische Gesundheit (VPSG). Neben der Charité-Psychiatrie, der FU Berlin und der Katholischen Fachhochschule ist das Forum Berliner Religionen als aktiver Kooperationspartner der Veranstaltung besonders hervorzuheben. Dr. Norbert Mönter, der im Jahr 2005 den Arbeitskreis Religion & Psychiatrie initiierte, innovativ und langjährig daran mitwirkte und Veranstaltungen moderierte, übergab die Colloquien in die Hände eines engagierten Organisationsteams.

Religionswissenschaften im Wandel

In ihrer Begrüßung thematisierte Prof. Susanne Gödde, Religionswissenschaftlerin der FU Berlin und offizielle Gastgeberin des Colloquiums, die traditionell religionskritische Haltung von Religionswissenschaftlerinnen und -wissenschaftlern. Viele Religionen basierten

„auf den Konzepten Schuld, Sünde, insbesondere Erbsünde, Unreinheit oder Gehorsam und versetzen gläubige Menschen, um es ganz allgemein und vorsichtig zu formulieren, in einen Zustand der Unfreiheit, der fortwährenden Selbstbeobachtung und der Angst vor Fehlverhalten und entsprechenden Strafen“. Auch die Werke Sigmund Freuds gehörten in der Religionswissenschaft weiter zu den Klassikern. „Zwangshandlungen und Religionsübungen“ oder „Totem und Tabu“ stünden nach wie vor auf den Seminarplänen. Gödde wies überdies auch darauf hin, dass diese religionskritische Haltung heute keineswegs mehr unhinterfragt und unumstößlich gegeben sei. Bei internen Fachdebatten werde sie zunehmend zum Gegenstand einer Selbstkritik und Neupositionierung.

Schuld, Tabuisierung und Rituale

Durch das Programm führte Dr. Michael Bäumer vom Berliner Forum der Religionen. Hauptreferent zum Thema religiöse Zwänge war Dipl.-Psych. Burkhard Ciupka-Schön, Mitbegründer der Deutschen Gesellschaft Zwangserkrankungen. Viele Betroffene mit religiösem Zwang lebten, so Ciupka-Schön, häufig in Isolation oder suchten Geistliche auf, die dann durch theologische Klärung oder im schlimmsten Fall durch Exorzismus vergeblich versuchten, den Zwang in den Griff zu bekommen. Dabei sei dessen religiöse Ausprägung mit den gleichen kognitiven Elementen wie bei anderen Zwängen verbunden. Entsprechend gelten hier auch dieselben therapeutischen Empfehlungen: verhaltenstherapeutische Exposition, Medikation und Achtsamkeit.



Verabschiedung von Dr. Norbert Mönter (v. li.) und das neue Organisationsteam: Dr. Elif Alkan Härtwig, Dr. Beate Glania, Nina Burau, Prof. Christine Funk, Dr. Michael Bäumer, Prof. Michael Utsch

© C. Pewesin



© C. Pewesin

Im Austausch über Seelsorge (v. li.): Imran Sagir (muslimische Seelsorge), Dr. Carola Roloff (buddhistische Nonne) und Dr. Beate Glania (Missionsärztliche Schwester)

Bei religiösen Zwängen ginge es laut Ciupka-Schön vorrangig um die Vermeidung von Schuld. Sie wiesen damit eine große Verwandtschaft mit moralischen und sexuellen Zwängen sowie Kontrollzwängen auf. Als Folge von subjektiv erlebtem Fehlverhalten werden Strafen und Verdammnis durch Gott erwartet. Vermeintliches Mittel gegen die auf sich geladene Schuld sind die zwanghafte Vermeidung oder Tabuisierung und Zwangsrituale, wie exzessive Waschungen, Gebete und Rückversicherung durch Angehörige und Geistliche.

Weitere Ausprägungen von Zwangsstörungen im religiösen Kontext seien Hort- und Sammelzwänge, Zähl- und Kontrollzwänge sowie sexuelle Zwänge. Letztere verbunden mit der Angst, eine pädophile oder homosexuelle Orientierung zu haben. Heutzutage sei außerdem der zwanghafte Konsum des Internets von großer Bedeutung.

Religionsgeschichtlich interessant ist zudem die Frage, ob auch Martin Luther an einer Zwangsstörung litt. Hierauf ging Ciupka-Schön aufgrund spezifischer Hinweise, zum Beispiel zu Waschzwängen, ausführlich ein.

Nach aktueller Forschung sind 2–4 % der Weltbevölkerung Zwangserkrankte, was 1,6 bis 3,2 Millionen Menschen in Deutschland entspricht. Bei etwa 5,9 % der Erkrankten liegt eine religiöse Zwangsthematik vor [1]. Nach Ciupka-Schöns eigenen Auswertung wären es

sogar 8,4 %. Eine hohe Anzahl, die es unverständlich macht, dass zu diesem Thema kaum geforscht wird.

Zu wissen, dass es für Zwangserkrankungen eine genetische Disposition gibt, sei für das Krankheitsverständnis und die Behandlung genauso wichtig wie Wiederholungen und Rituale anthropologisch vorgegeben seien. Damit könnten Zwangsstörungen als zutiefst menschlich angesehen werden. Heutzutage sei die Therapie, die optimalerweise aus einer Kombination von Psycho- und Pharmakotherapie bestehe, unbestritten.

Der persisch-muslimische Universalgelehrte und Arzt Abū Zayd al-Balkhī (850–934) fertigte im frühen Mittelalter eine erstaunlich präzise Beschreibung der Symptome von Zwangsstörungen an. Dipl. Psych. Dr. Elif Alkan Härtwig schilderte al-Balkhi als einen frühen Gelehrten, der die komplexe Wechselwirkung zwischen psychischer und körperlicher Gesundheit charakterisierte. Seine Behandlungsempfehlungen, wie Vermeidung von Einsamkeit und Beschäftigungslosigkeit, kognitive Strategien zum positiven Umdeuten sowie Exposition und Desensibilisierung, passen bemerkenswert gut zu modernen leitliniengestützten Therapiekonzepten.

Die erfolgreiche verhaltenstherapeutischen Behandlung einer zwangserkrankten 45-jährigen Patientin führte der niedergelassene Psychiater Dr. Jörg Helbig aus. Im Therapieverlauf konnte diese ihr

zwanghaftes repetitives Büßen vermeintlicher Sünden als krankhaft und nicht als Ausdruck von Gottvertrauen gedanklich annehmen und alternative Verhaltensmodi einüben.

Der jüdische Facharzt für Psychosomatische Medizin Dr. Vsevolod Silov berichtete aus seiner Klinik, dass in Berlin jüdische Patientinnen und Patienten sehr selten stationär wegen einer Zwangsstörung anzutreffen seien. Gegebenenfalls sei die grundsätzliche Unterscheidung zwischen den frei gewählten religiösen Handlungen (Ritualen) und zu meist ich-dyston erlebten Zwangshandlungen von Bedeutung. Dies erfordere entsprechende Kenntnisse.

Gottes Liebe und Barmherzigkeit

In einem abschließenden Vortragsblock legten die Missionsärztliche Schwester Dr. Beate Glania, die buddhistische Nonne Dr. Carola Roloff und der Geschäftsführer der muslimischen Seelsorge Berlin, Imran Sagir, ihre seelsorgerische Sicht und Praxis dar. Allen gemeinsam war die empathisch zuhörende Grundhaltung wichtig, die von Schuld entlastende Begleitung im Leiden, der Respekt vor Bemühungen Erkrankter und das Öffnen neuer Räume des Bewusstseins für neue Wege, zum Beispiel für Behandlung, aber auch, speziell in der christlichen und der muslimischen Seelsorge, für die göttliche Barmherzigkeit und ein liebevolles Angenommenwerden.

Literatur

1. Foa EB, Kozak MJ. DSM-IV field trial: obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1995;152(1):90-6

AUTOR

Dr. med. Norbert Mönter

Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie, Psychoanalyse
Schwendenerstraße 46
14195 Berlin

dr.moenter@psychiatrie-in-berlin.de



Bedarfsplanung

Wie die ärztliche Versorgung gesichert werden soll

Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seiner Bedarfsplanungsrichtlinie fest, wie der regionale Versorgungsbedarf bestimmt wird. Je nach Bevölkerungszahl, Alter und Pflegebedarf wird entschieden, wie viele Ärztinnen und Ärzte sich niederlassen dürfen.

Während die Politik noch keine vernünftige Methode zur Patientensteuerung gefunden hat, kämpft das Gesundheitswesen mit Überversorgung auf dem Papier und drohender Unterversorgung in der Praxis. Die Sicherstellung einer flächendeckenden und bedarfsgerechten Versorgung ist laut SGB-V der Kernauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) in den Ländern. Das zentrale Steuerungsinstrument hierfür ist jedoch eine

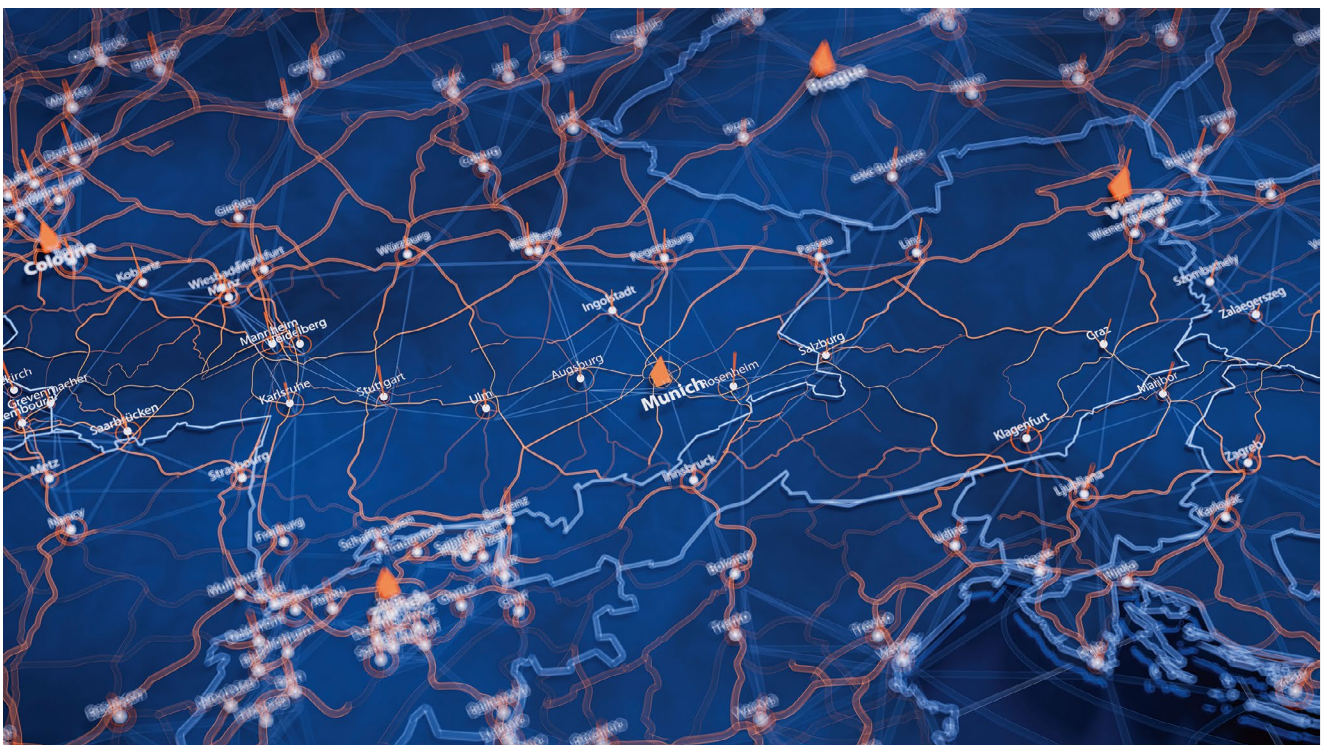
bundesweite Regelung: Die Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Wie bei allen Richtlinien ist auch hier das Kleingedruckte wichtig. Im Bereich Neurologie und Psychiatrie geht es darum um die sogenannten Quotensitze.

Regionale Verteilung

Die Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA legt fest, wie viele Ärztinnen und Ärzte einer bestimmten Fachrichtung in einer

Region zugelassen werden, also einen Sitz haben. Einerseits soll eine Überversorgung in Ballungsräumen, mit entsprechenden ökonomischen Fehlreizen, verhindert werden. Andererseits muss eine Unterversorgung in strukturschwachen und/oder ländlichen Regionen vermieden werden, von denen es in Deutschland nicht wenige gibt.

Außer in der Neurologie und Psychiatrie gibt es noch Quotensitze in folgenden Fachgebieten:



Der regionale Bedarf an Ärztinnen und Ärzten richtet sich unter anderem nach Bevölkerungszahl, Alter und Pflegebedarf.

© GarryKillian / Getty Images / iStock

- Innere Medizin und Rheumatologie beziehungsweise Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie,
 - psychologische Psychotherapie und ärztliche Psychotherapie für Erwachsene,
 - psychologische Psychotherapie und ärztliche Psychotherapie im Kinder- und Jugendbereich,
 - psychosomatische Medizin.
- Die Planung basiert auf sogenannten Verhältniszahlen, also wie viele Einwohnerinnen und Einwohner auf eine Ärztin oder einen Arzt kommen. Diese Zahlen sind nach Arztgruppen unterteilt. Unterscheiden werden die drei Versorgungsebenen
- hausärztliche Versorgung: kleinräumige Planung,
 - allgemeine fachärztliche Versorgung: Planung auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte (z. B. Ophthalmologie, Gynäkologie, Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie),
 - spezialisierte fachärztliche Versorgung: großräumige Planung auf Ebene der Raumordnungsregionen (z. B. Radiologie und Pathologie).

Magische 110%-Grenze

Der Versorgungsgrad gibt das Verhältnis der Ist-Besetzung zur Soll-Besetzung an. Ein Planungsbereich gilt als offen, wenn der Versorgungsgrad unter 100 % liegt. Erreicht oder überschreitet der Grad 110 %, werden Zulassungsbeschränkungen angeordnet. Neue Niederlassungen sind dann nur noch über Praxisübernahmen oder Sonderbedarfszulassungen möglich.

Wichtig für Praxisgründerinnen und Praxisgründer ist dabei: In gesperrten Gebieten bleibt oft nur das Nachbesetzungsverfahren nach § 103 SGB V, bei dem der Zulassungsausschuss unter mehreren Bewerbenden auswählt.

Kritik an der Richtlinie

Die Richtlinie steht permanent auf dem Prüfstand. Es wird bemängelt, dass die rein numerische Betrachtung der Einwohnerzahl die tatsächliche Morbidität der Bevölkerung – trotz Morbi-RSA – und den steigenden Anteil von Teilzeitstellen nicht ausreichend berücksichtigt.

Für die Neurologie und Psychiatrie ist besonders wichtig:

- Morbiditätsorientierung: Seit der Reform im Jahr 2019 werden Faktoren wie Alter und Pflegebedürftigkeit stärker in die Verhältniszahlen eingerechnet.
- Entsperrung durch Sonderbedarf: Wenn trotz rechnerischer Überversorgung lokale Versorgungslücken bestehen, kann der lokale Zulassungsausschuss Sonderbedarfe für spezialisierte Leistungen anerkennen.
- Strukturfonds: Um die Ansiedlung in Gebieten mit drohender Unterversorgung attraktiv zu machen, nutzen KVen Fördermittel wie Umsatzgarantien und Niederlassungszuschüsse, die aus der Bedarfsplanung abgeleitet werden.

Beispiel zur Praxis aktueller Bedarfsplanung

Eine Nervenärztin hat einen Einzelsitz in einer Gemeinde und versorgt im Schnitt 800 Menschen pro Quartal. Die Praxis liegt im Planungsbereich einer Kleinstadt, zwischen einer sehr großen und einer mittelgroßen Großstadt, jeweils mit Universitätsklinik. Es gibt 13 Sitze für Nervenärztinnen und Nervenärzte (Anrechnungsfaktor 13,00) die sich auf 18 Köpfe verteilen, sowie sieben Sitze für Psychiaterinnen und Psychiater und acht Sitze für Neurologinnen und Neurologen. Die Praxis der Nervenärztin übernimmt psychiatrische Patientinnen und Patienten und die andere Hälfte wird von einem angestellten Neurologen versorgt.

Nach etlichen Praxisaufgaben und -übernahmen werden im Planungsbereich $2 \times 0,5$ Quotensitze für Nervenheilkunde frei und müssen von der KV aufgrund der Mindestquotenregelung angeboten werden (25 % Nervenärzte oder Doppelfachärzte), obwohl der Versorgungsgrad bei 150 % liegt und damit gesperrt ist.

Die Nervenärztin plant, für einen halben Quotensitz halbtags eine Fachärztin für Psychiatrie anzustellen, die mittelfristig ihren Sitz als Inhaberin übernehmen soll und damit einen offenen Quotensitz frei lässt. Auf dem anderen halben Quotensitz soll künftig ein Facharzt für Neurologie halbtags angestellt arbeiten. Sie selbst plant mittelfristig, sich aus der Praxis zurückzuziehen.

Von der KV wird zunächst Zustimmung signalisiert. Als die Planung konkreter wird, wird schriftlich mitgeteilt, dass der Bedarf auf zwei Sitze angewachsen ist und komplett von Fachärztinnen oder Fachärzten für Nervenheilkunde besetzt werden muss.

Die Praxisinhaberin nimmt eine Rechtsanwältin in Anspruch. Die KV schlägt eine Sonderbedarfszulassung vor und startet eine Befragung unter den umliegenden Nervenarztpraxen. Einige Praxen verneinen den Bedarf, andere wiederum sehen teilweise, vor allem psychiatrisch, einen Bedarf, eine äußert sich nicht eindeutig. Nach eingehender Analyse bestätigt der Zulassungsausschuss der KV den Sonderbedarf.

Fazit für die Praxis

Die Bedarfsplanungsrichtlinie ist ein Instrument der Selbstverwaltung, das oft unterschätzt wird. Vorsicht ist vor allem bei Quotensitzen für Nervenärztinnen und Nervenärzte und Doppelfachärzte geboten. Die Quote hat hier den Sinn, die lange, aber notwendige, und sich auszahlende Doppelqualifikation zu stärken. Bis heute gibt es viele junge Kolleginnen und Kollegen in den Facharztprüfungen, die sich auf diesen Weg machen.

Zu beachten ist außerdem, dass mündliche Aussagen der zuständigen KV nicht verbindlich sind und alles schriftlich festgehalten werden sollte, bevor die Praxisnachfolge geregelt oder ein Arbeitsvertrag unterschrieben wird.

Im Fallbeispiel mussten die umliegenden Nervenarztpraxen aufwendig befragt, der Zulassungsausschluss angerufen und der Umweg über eine Sonderbedarfsplanung gegangen werden, um den lokalen Mangel an einer Doppelfachärztin oder einem Doppelfacharzt und Wegfall eines Sitzes für die Fachgruppe zu vermeiden.

Prof. Dr. med. Markus Weih, Nürnberg

Medizinische Informationsobjekte

Sektorenübergreifende Nutzung der ePA ermöglichen

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens schreitet in Deutschland langsam, aber kontinuierlich voran. Um die elektronische Patientenakte (ePA) in allen Bereichen des Gesundheitssystems nutzen zu können, braucht es einheitliche Datenstrukturen. Dazu hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung die „Medizinischen Informationsobjekte“ eingeführt.

Bislang werden medizinische Dokumente wie Entlassbriefe, Impfpässe und Befunde ausgedruckt oder zwar digital gespeichert, sind dann aber nicht für alle Praxen, Krankenhäuser oder Apotheken lesbar. Deshalb entwickelte die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) die „Medizinischen Informationsobjekte“ (MIO).

MIOs sind standardisierte Datenstrukturen, die medizinische Informationen so abbilden, dass sie von unterschiedlichen Leistungserbringern und Softwaresystemen im Gesundheitswesen verstanden, verarbeitet und ausgetauscht werden können. Als standardisiertes Da-

tenformat nutzen MIOs dazu das international kompatible Fast Healthcare Interoperability Resources (FHIR).

Ein zentrales Ziel der MIOs ist die Interoperabilität: Medizinische Daten sollen unabhängig vom verwendeten Softwaresystem eindeutig interpretierbar und weiter verarbeitbar sein. Das erleichtert nicht nur den Datenaustausch, sondern verbessert auch die Versorgungssicherheit. MIOs sind damit auch ein integraler Bestandteil der Telematikinfrastruktur (TI). Sie ermöglichen die strukturierte Ablage und den Austausch von Gesundheitsdaten in der ePA und anderen TI-Anwendungen.

Mehrere Codiersysteme

In den MIOs werden medizinische Informationen mittels verschiedener Systeme codiert. Die „Systematized Nomenclature of Medicine and Clinical Terms“ (SNOMED CT) ist ein internationales klinisches Terminologiesystem für sämtliche medizinischen Fachausdrücke. Es geht dabei über Diagnosen oder Krankheitsbilder hinaus und kann über 350.000 Symptome, Befunde oder Anwendungen verschlüsseln und damit die Codierungsmöglichkeiten des ICD noch erweitern.

Mit „Logical Observation Identifiers, Names and Codes“ (LOINC) wird ein



© Vladimir / stock.adobe.com

Ziel der MIOs ist die Interoperabilität der ePA. Alle Akteure des Gesundheitssystems sollen Daten auslesen können.

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.

weiteres Codiersystem genutzt, um Untersuchungs- und Testergebnisse aus Laborbefunden festzuhalten. So kann jeder Laboruntersuchung ein entsprechender LOINC-Code zugeordnet werden. Damit können Laborinformationssysteme (LIS), Krankenhausinformationssysteme (KIS) oder Praxisverwaltungssysteme (PVS) die Daten aus anderen Einrichtungen erkennen und zusammenführen, wann immer sie gebraucht werden. Jeder LOINC-Code ist eine eindeutige numerische ID, die aus mehreren Feldern besteht, die folgende Informationen enthalten:

- Name der Komponente (z.B. Kalium),
- Eigenschaft der Laborleistung (z. B. Masse, Volumen, Konzentration),
- Zeitlicher Kontext (z. B. Datum der Probenentnahme),
- Untersuchungsmaterial (z. B. Serum, Plasma, Urin),
- Messskala (z. B. qualitativ, quantitativ)
- Untersuchungsmethode (z. B. Teststreifen, Beobachtung).

Das „Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikationssystem“ (ATC) wird außerdem genutzt, um international Arzneistoffe zu klassifizieren. MIOs können also auch Medikationspläne abspeichern.

Stetige Weiterentwicklung

In Deutschland ist die KBV für die Entwicklung und Pflege der MIOs verantwortlich. MIOs kommen primär in der ePA zum Einsatz, können aber auch in anderen digitalen Gesundheitsanwendungen genutzt werden. Die Weiterentwicklung der MIOs erfolgt in enger Abstimmung mit nationalen und europäischen Interoperabilitätsinitiativen, um eine grenzüberschreitende Nutzung zu ermöglichen, beispielsweise im Europäische Gesundheitsdatenraum (EHDS).

Aktuell können der Impfpass, das zahnärztliche Bonusheft, der Mutterpass, das U-Heft, die Patientenkurzakte und der Medikationsplan in MIOs gespeichert und abgerufen werden.

Die Konstruktion neuer MIOs wird kontinuierlich und unter Einbeziehung von Fachgesellschaften, Hochschulen, der Gematik und IT-Anbietern vorangebracht. Dabei liegt der Schwerpunkt auf der Erweiterung der Anwendungsfälle. Der standardisierte Krankenhausent-

lassbrief wäre hier eine Anwendung, die für die Neurologie und Psychiatrie besonders nützlich ist, wird aber derzeit nach Auskunft der Gematik und KBV nicht weiterentwickelt. Die Plattform mio.kbv.de bietet einen Überblick über den aktuellen Status aller MIOs und ermöglicht die Beteiligung der Fachöffentlichkeit.

Fazit für die Praxis

MIOs schaffen die Voraussetzung für einen sicheren, effizienten und sektorenübergreifenden Austausch medizinischer Informationen. Sie haben das Potenzial, unstrukturierte Datensammlungen aufzulösen und Ärztinnen und Ärzten die Arbeit zu erleichtern. Außerdem basieren MIOs nicht auf künstlicher Intelligenz. Mit ihnen ist es möglich, die ICD-Diagnose einer Schizophrenie mit dem ATC-Code von Clozapin und einem LOINC-Code für Neutrophile zu verknüpfen und datensicher bereitzustellen.

Einheitlich strukturierte Entlassbriefe, in denen die Aufnahme- und Entlassmedikation auf einen Blick zu sehen sind, wären eine wünschenswerte Erweiterung der MIO-Anwendungsfälle. Wird konkret bei der KBV und den MIO-Entwickelnden nachgefragt, entpuppt sich jedoch vieles als heiße Luft und veraltet. Es ist deshalb zu befürchten, dass die kliniklastigen Probleme der Berufsverbände zugunsten der Anliegen der Fachgesellschaften ignoriert werden.

Da die aktuellen Herausforderungen im Gesundheitswesen in anderen Bereichen liegen, werden rasche Fortschritte bei MIOs und der Digitalisierung weiter auf sich warten lassen. Viele Patientinnen und Patienten kennen bis heute ihre ePA nicht und Patientenverbände üben zu wenig Druck auf die Politik aus.

Praxen, die bisher bei TI-Anwendungen zurückhaltend waren, sind weiterhin auf der sicheren Seite, sollten aber zumindest regelmäßig ihre digitalen Prozesse wie eHBA, eAU, eRezept, eArztbrief und ePA nutzen. Für TI-affine Praxen, die diese Prozesse routinemäßig anwenden, empfiehlt es sich, am Ball zu bleiben.

Prof. Dr. med. Markus Weih, Nürnberg

Die kortikale Kolumne – Notizen zwischen Sinn und Synapse

Evidenzbasierte Gesundheitspolitik statt Populismus

Neurologinnen und Neurologen pflegen ein gutes Verhältnis zu ihren hausärztlichen Kolleginnen und Kollegen. Wir brauchen einander und wertschätzen uns. Die Überweisungsschwelle ist niedrig – und das ist in der Regel auch sinnvoll. Für viele Erkrankungen ist fachärztliche Expertise von Beginn an unabdingbar. Multiple Sklerose ist dafür ein Paradebeispiel: Frühzeitige Diagnostik und konsequente Therapie entscheiden hier über Krankheitsaktivität und Prognose. Gleichzeitig wäre es wünschenswert, dass nicht jede Bagatelle mit dem Vermerk „dringend“ in der Facharztpraxis landete. Spannungskopfschmerzen oder unspezifischer Schwindel rechtfertigen nicht immer einen kurzfristigen Termin. Wir wissen aber auch, dass hausärztliche Praxen voll, Budgets eng und Regressdrohungen allgegenwärtig sind. Niemand handelt hier aus Bequemlichkeit. Wir alle arbeiten am Anschlag.

Daraus folgen lange Wartezeiten in fachärztlichen Praxen. Das ist für Patientinnen und Patienten frustrierend und für uns ebenso. Niemand wünscht sich überfüllte Wartezimmer, chronischen Zeitdruck und Fachangestellte, die beschimpft werden. Aber all das ist längst Teil des Alltags, nicht wegen fehlender Motivation, sondern wegen struktu-

rellen Versagens. Der politische Umgang mit dieser Realität irritiert immer mehr. Seit Jahren erleben wir Versuche, mit selektiven Zahlen, falschen Narrativen und Schuldzuweisungen einen Keil zwischen Haus- und Facharztpraxen zu treiben. Neu ist nicht die Strategie, sondern ihre Aggressivität.

Sanktionen gegen Fachärztinnen und Fachärzte werden in Aussicht gestellt, weil sie unter wachsendem Zuweisungsdruck und Begehrlichkeiten leiden. Prof. Karl Lauterbach fordert eine Termingarantie für gesetzlich Versicherte. Ist innerhalb von drei Wochen kein Termin frei, dürfen Patientinnen und Patienten wie Privatversicherte ambulant im Krankenhaus behandelt werden. Bezahlen sollen das die niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte.

Ja, es gibt ein Versorgungsproblem. Aber dieses Problem wurde nicht von Fachärztinnen und Fachärzten verursacht und lässt sich nicht durch Strafzollandrohungen lösen. Lange Wartezeiten entstehen durch einen stetig wachsenden Leistungsbedarf – durch hohe Zuweisungszahlen, Mehrfachvorstellungen, durch freie Arztwahl bei jeder Befindlichkeitsstörung und durch systembedingte Fehlsteuerungen.

Wir tragen das. Tag für Tag. Den Preis fehlender Priorisierung zahlen am Ende die, die unsere Zeit am dringendsten benötigen: schwer und chronisch Erkrankte.

Es bräuchte eine ehrliche Analyse. Wie viel Nachfrage wird systemisch und künstlich erzeugt? Warum bleiben Patientinnen und Patienten für Dauermedikation in fachärztlicher Betreuung? Die Antworten sind unbequem, aber bekannt. Budgets, Regressangst und politische Untätigkeit bestimmen das Handeln auf allen Ebenen. Statt Lösungen bekommen wir Populismus. Die Behauptung, es gäbe ausreichend Facharzttermine, wenn keine Privatversicherten bevorzugt würden, ist sachlich falsch. Selbst eine vollständige Bürgerversicherung würde an den Wartezeiten kaum etwas ändern. Und das wissen alle Beteiligten. Trotzdem wird diese These immer wieder aufgestellt – laut, einfach, wirkungsvoll im Wahlkampf. Auch Gesundheitspolitik ist längst im postfaktischen Zeitalter angekommen.

Neu ist allerdings die Eskalationsstufe: Auf populistische Vereinfachung folgen jetzt offene Drohungen. Sanktionen und Druck statt Fakten und Dialog. Einschüchterung als Verhandlungstaktik, das Spiel mit Schuldzu-

weisungen, das Arbeiten mit Angst. Donald Trump ist dabei nur das lauteste Beispiel. Die Welt hat dieses Gehabe und Getue satt. Wir sind müde. Will sich die deutsche Gesundheitspolitik an solchen Mechanismen orientieren? Möchte sie Praxisteam beschimpfen und demotivieren, die sich täglich für ihre Patientinnen und Patienten einsetzen – zum Teil bis an die Grenzen des Zumutbaren? Auch die Politik weiß, dass Mitarbeitende des Gesundheitssystem überfordert und ausgebrannt sind. Hier werden Grenzen überschritten – ob aus Ratlosigkeit oder Verbitterung, ist dabei egal. Wir sagen: Es reicht. Wir bitten um respektvollen Umgang miteinander und um die Rückkehr zu europäischen Diskurstradition auf Grundlage der Aufklärung.

Lassen Sie uns gerne über Termingarantien sprechen. Aber erst, wenn Ärztinnen und Ärzte ihre Patientinnen und Patienten nicht länger aus Angst vor Regressen, Budgetüberschreitungen und Plausibilitätsprüfungen hin und her schieben müssen. Wir können darüber sprechen, wenn wir ehrlich mit den Bürgerinnen und Bürgern sind. Wenn wir ihnen erklären, dass es uns allen schadet, wenn man jederzeit auch mehrfach in dieselbe Facharztpraxis geht oder wegen Bagatellen oder Monate alten Beschwerden die Notfallambulanz aufsucht. Und wenn wir statt versteckter Rationierung transparente Dringlichkeitskriterien haben, die sich an objektiven Patientenbedarfen orientieren.

Die massiven Probleme unseres Gesundheitssystem werden nicht durch Strafordrohungen gelöst. Sie lassen sich nur beheben, wenn alle Verantwortung übernehmen. Politik und Selbstverwaltung, Hausarzt- und Facharztpraxen, Krankenkassen und Ärzteschaft. Gemeinsam, sachlich, ruhig und lösungsorientiert und vor allem frei von Fake News, falschen Narrativen, Populismus und Trumpismus. Dafür stehen wir. Und dafür stehen wir zur Verfügung.

Über Motive oder Psychodynamiken aggressiver politischer Vorschläge zu spekulieren, wäre unredlich. Das verbietet sich auch aus Gründen des Respekts. Erlaubt sei jedoch eine Frage: Warum sind es auffallend häufig gesundheitspolitische Akteure mit ärztlichem Hintergrund, die besonders laut gegen Fachärztinnen und Fachärzte argumentieren, nachdem sie die die Entscheidung getroffen haben, den harten klinischen Versorgungsalltag hinter sich zu lassen?

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich



© master1305 / stock.adobe.com

Spaltung statt Lösungsfindung: Auch in der Gesundheitspolitik ist der Populismus angekommen.

Teilzeit- und Befristungsgesetz

Befristete Arbeitsverträge: Wann dürfen sie gekündigt werden?

Wenn Arbeitnehmende einen befristeten Arbeitsvertrag haben, gibt es nur wenige Ausnahmen, wann ihnen vor Ablauf dieser Frist gekündigt werden kann. Regelungen zu Probezeiten, Pflichtverletzungen und Kündigungsschutz sollten Praxisinhabenden deshalb bekannt sein.

Befristete Arbeitsverträge enden zu einem klar definierten Zeitpunkt. Deswegen können Praxisinhabende nach § 15 Abs. 1 Teilzeit- und Befristungsgesetz (TzBfG) den Vertrag grundsätzlich nicht vorher ordentlich kündigen. Allerdings gelten Ausnahmeregelungen, wenn im Arbeitsvertrag eine ordentliche Kündigungsklausel enthalten ist.

Außerordentliche Kündigung

Auch bei einem befristeten Arbeitsvertrag ist eine außerordentliche Kündigung möglich, denn Praxisinhabende müssen weiterhin die Option haben, Mitarbeitende bei schweren Verfehlun-

gen zu entlassen. Für eine außerordentliche Kündigung muss ein gewichtiger Grund, etwa eine gravierende Pflichtverletzung, vorliegen. Das Arbeitsverhältnis kann aus personen-, verhaltens- oder betriebsbedingten Gründen aufgelöst werden. Jeder dieser Kündigungsgründe hat eigene Voraussetzungen:

- Eine personenbedingte Kündigung kann erfolgen, wenn Arbeitnehmende die Fähigkeit zur Erbringung der geschuldeten Arbeitsleistung verloren haben. In der Praxis geht es meistens um Kündigung wegen Krankheit.
- Wenn Pflichten aus dem Arbeitsvertrag verletzt werden, kann unter Umständen verhaltensbedingt gekündigt

werden. Die Prämisse dabei ist, dass nur durch die Kündigung das Risiko einer Vertragsverletzung vermieden werden kann. In der Regel ist diese Kündigung nicht ohne vorherige Abmahnung zulässig. Der Unterschied zur personenbedingten Kündigung liegt in der Schwere des Vergehens. Dazu zählen zum Beispiel sexuelle Belästigung von Kolleginnen und Kollegen, Straftaten zulasten des Arbeitgebenden, eigenmächtiger Urlaubsantritt oder eine Drohung mit Krankenschreibung, soweit im gewünschten Zeitraum kein Urlaub erteilt wird.

- Eine betriebsbedingte Kündigung kann ausgesprochen werden, wenn Praxisinhabende den Personalbestand aus wirtschaftlichen Gründen reduzieren müssen. In der Regel ist eine Sozialauswahl durchzuführen und sorgsam vorzubereiten.

Die außerordentliche Kündigung beendet das Arbeitsverhältnis fristlos. Die Schwelle ist hoch – das Abwarten der ordentlichen Kündigungsfrist oder des Endes der Befristung darf nicht zumutbar sein. Zudem ist der Ausspruch der außerordentlichen Kündigung nur innerhalb von zwei Wochen zulässig, nachdem der Kündigungsgrund bekannt geworden ist. Ist diese Zeit verstrichen, kann nur noch auf die ordentliche Kündigung mit Kündigungsfrist zurückgegriffen werden.

In der Probezeit

Während der Probezeit können Praxisinhabende grundsätzlich jederzeit und auch ohne Angabe von Gründen kündigen. Seit August 2022 schreibt § 15



In der Probezeit können befristete Arbeitsverträge in der Regel auch ohne Angabe von Gründen gekündigt werden.

Abs. 3 TzBfG vor, dass die Dauer der Probezeit verhältnismäßig lang sein muss. Die Regelung soll eine Probezeit über weite Zeiträume vermeiden. Für deren Dauer gibt es keine starre Rechtsprechung, maßgeblich sind die Umstände des Einzelfalls. Bei befristeten Arbeitsverhältnissen haben zuvor einige Landesarbeitsgerichte zwischen 25 % und 50 % der Beschäftigungsdauer zugelassen. Im letzten aktuellen Fall waren 33 % angemessen (Urteil des BAG vom 30. Oktober 2025 – 2 AZR 160/24).

Auch bei einer unverhältnismäßig langen Probezeit kann eine Kündigung noch rechtmäßig sein. Das gilt zum Beispiel dann, wenn im Arbeitsvertrag neben der Probezeit gleichzeitig ein Kündigungsrecht auch nach der Probezeit vereinbart wurde. Lediglich die Kündigungsfrist verlängert sich in diesem Fall, die Kündigung bleibt wirksam (Urteil des BAG vom 18. Juni 2024 – 2 AZR 275/23).

Ausnahmefälle

Zu beachten ist, dass es Personengruppen gibt, denen Arbeitgebende nicht ordentlich kündigen dürfen. Hierzu gehören Schwangere, Auszubildende, Datenschutzbeauftragte, Gleichstellungsbeauftragte, Betriebsratsmitglieder, Arbeitnehmende in Pflege- oder Elternzeit. Eine Kündigung ist hier aber möglich, wenn die Fortsetzung des Arbeitsverhältnisses nicht mehr zumutbar ist.

Eine weitere Besonderheit ist, dass im Fall eines Insolvenzverfahrens nach § 113 InsO trotz der Befristung eines Arbeitsvertrages ordentlich gekündigt werden kann. Diese Möglichkeit soll die Betriebssanierung erleichtern, da sich so die finanzielle Belastung der Insolvenzmasse abschwächen lässt. Die Kündigung spricht dann der Insolvenzverwalter aus.

Zudem gilt: Wenn es trotz eines befristeten Arbeitsvertrages zu einer Kündigung, haben Arbeitnehmende drei

Wochen Zeit, um eine Kündigungsschutzklage zu erheben. Wird die Frist versäumt, ist die Kündigung wirksam. Dies gilt selbst dann, wenn sich die Kündigung hinterher als rechtswidrig herausstellt.

Im Übrigen gelten die Regelungen des Kündigungsschutzgesetzes nicht für Kleinbetriebe mit zehn oder weniger Beschäftigten. Hier darf ohne speziellen Grund gekündigt werden.

AUTOR

Jörg Hohmann

Kanzlei für Gesundheitsrecht
Prof. Schlegel Hohmann Diarra & Partner
Brandstwierte 4
20457 Hamburg

www.gesundheitsrecht.com



Verordnungsregress

Zuerst zum Beschwerdeausschuss

Bei einem Regress wegen einer Arzneiverordnung während einer stationären Behandlung sollte immer der Beschwerdeausschuss hinzugezogen werden, bevor der weitere Rechtsweg gegangen wird.

Eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) hatte im Juni 2014 einem Patienten nach telefonischer Beratung Fentanyl 600µg Sublingualtabletten (Abstral®) verordnet. Der Patient befand sich aber am Tag der Verordnung und auch bei Einlösung des Rezeptes in vollstationärer Behandlung. Deshalb wurde von der Prüfungsstelle ein Regress in Höhe von 254€ festgesetzt. Gegen diese Entscheidung konnte sich die BAG allerdings durchsetzen.

Nach dem Rechtsbehelf des Prüfscheides musste Klage erhoben werden, ein Widerspruchsverfahren war nicht vorgesehen. Deshalb beantragte die BAG eine Anhörung vor dem Beschwerdeausschuss. Sowohl das Sozialgericht Gotha

als auch das Thüringer Landessozialgericht (LSG) wiesen die Klage ab und bestätigten den Regress zunächst.

Einzelfall muss geprüft werden

Diese Entscheidung hob der Senat auf und verwies die Angelegenheit zurück an das LSG. Die Entscheidung der Vorinstanzen, dass der Bescheid nicht durch den Beschwerdeausschuss überprüft werden müsse, weil es sich um einen „Sonstigen Schaden“ handle, wurde nicht bestätigt (Urteil des BSG vom 26. März 2025 – B 6 KA 6/24 R).

Dass eine Verordnung unzulässig ist, könne nur dann angenommen werden, wenn sich das eindeutig aus dem Gesetz selbst oder aus den Richtlinien des G-BA

ergebe. Grundsätzlich sei das Krankenhaus während eines stationären Aufenthaltes auch für die Arzneiversorgung zuständig. Dagegen zu verstoßen, führe zu einem „Sonstigen Schaden“. Der Regress sei daher an die Grundsätze des Schadensrechts angelehnt und somit verschuldensabhängig ausgestaltet. Um einen Verstoß festzustellen, seien jedoch alle Umstände des Einzelfalls zu prüfen. In solchen Fällen ergebe sich die Unzulässigkeit der Verordnung also nicht unmittelbar und eindeutig aus dem Gesetz, weshalb auch stets ein Widerspruchsverfahren durchzuführen sei.

Jörg Hohmann,
Fachanwalt Medizinrecht, Hamburg

Berufsausübungsgemeinschaften

Versorgungsauftrag ist Pflicht aller BAG-Mitglieder

In einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) müssen alle Ärztinnen und Ärzte ausreichend an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, um ihre Zulassung nicht zu verlieren. Werden nur noch einzelne Versorgungsleistungen in geringem Umfang erbracht, kann eine nicht ausreichende Ausübung vorliegen.

Behandelt der Partner oder die Partnerin in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) nur wenige Dutzend Patientinnen und Patienten, kann es sich um eine nicht ausreichende Ausübung des Versorgungsauftrags handeln, selbst wenn Bereitschaftsdienste in dreistelliger Zahl übernommen werden (Urteil des Bayerischen Landesgerichts vom 25. November 2024 – L 12 KA 8/24).

Bereitschaftsdienst

Mit dieser Entscheidung wurde die Klage eines 70-jährigen Allgemeinarztes endgültig abgewiesen, der als Vertragsarzt in einer BAG angestellt war. Die ge-

samte BAG hatte fünf Versorgungsaufträge, behandelte aber nur etwa 30 % der durchschnittlichen Patientenzahl der Fachgruppe.

Bei einer Überprüfung hatte der Zulassungsausschuss die Praxis auf die fast ausschließliche Tätigkeit im Bereitschaftsdienst hingewiesen. Im dritten Quartal 2016 hatte der Arzt nur einen einzigen regulären Fall und fast 300 Besuche im Bereitschaftsdienst abgerechnet. Der Arzt gab an, er übe kleinere Tätigkeiten in der Praxis aus, die sich in der Abrechnung nicht widerspiegeln und 25 Sprechstunden für gesetzlich Versicherte abzuhalten. Seit Mitte des Jahres 2016 hatte der Arzt zwischen 0 und 70 Patientinnen und Patienten pro Quartal behandelt.

Nach Auffassung der Zulassungsgremien war die Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst für die Zulassung nicht ausreichend. Letztlich wurde ihm deshalb die Zulassung entzogen. Der dagegen erhobene Widerspruch, die Klage und nun auch die Berufung blieben erfolglos. Laut Senat müsse sich jede Ärztin und jeder Arzt ausreichend an der Versorgung beteiligen. Zwar trete eine BAG nach außen und auch bei der Abrechnung als Gemeinschaft auf, Träger der vertragsärztlichen Zulassung sei jedoch stets die oder der Einzelne. Dabei seien 10 % des Fachgruppendurchschnitts ein Orientierungswert. Eine Arbeitsteilung, bei der eine Ärztin oder ein Arzt für Kolleginnen und Kollegen die Bereitschaftsdienste übernehme, sei aber zulässig.

Die Bewertung als Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit sei eine Pro-

gnoseentscheidung. Diese liege nicht erst vor, wenn in zahlreichen Quartalen überhaupt keine Behandlungen abgerechnet werden, sondern bereits, wenn die Anzahl der Behandlungen weit unterhalb von 10 % des Fachgruppendurchschnitts liegt. Dieses sei allerdings keine Starre und für alle Fälle gültige Grenze (Urteil des BSG vom 19. Juli 2023 – B 6 KA 5/22 R). Außerdem darf die ärztliche Tätigkeit vorübergehend – beispielsweise wegen eines Umzugs – ruhen. Ein solcher Fall lag hier aber nicht vor.

Arbeitsteilung zulässig

Anders als in einer Einzelpraxis müssten laut Urteil die Besonderheiten der Arbeitsteilung in einer BAG berücksichtigt werden. Solange trotz geringer Patientenzahl die Bereitschaftsdienste der BAG-Partnerinnen und -Partner übernommen würden, liege eine ausreichende Ausübung vor. In diesem Fall hatten die Kolleginnen und Kollegen die Bereitschaftsdienste aber selbst übernommen, sodass der Arzt ab 2016 nicht mehr ausreichend Dienste leistet und insgesamt weniger als 20 Fälle pro Quartal behandelte. Deshalb komme auch der Entzug einer halben Zulassung nicht in Betracht. Außerdem wollte der Senat nicht auf die im Zusammenhang mit der anstehenden Zulassungsentscheidung sich plötzlich erhöhenden Fallzahlen vertrauen, die später wieder zurückgehen würden. Deshalb sei die Zulassung vollständig zu entziehen.

Jörg Hohmann, Fachanwalt für
Medizinrecht, Hamburg



© Mediaphotos / stock.adobe.com (Symbolbild Fotomodellen)

Wer den Versorgungsauftrag nicht erfüllt, verliert die Zulassung.

Telefon-AU

Worauf bei der telefonischen Krankschreibung geachtet werden muss

Durch die COVID-19-Pandemie sind Remote-Leistungen alltäglich geworden – auch im Gesundheitswesen. Die telefonische Feststellung der Arbeitsunfähigkeit sollte Wartezimmer leeren. Wie sehen die aktuellen Regelungen dazu aus und welche Ausnahmefälle gibt es bei erkrankten Kindern und Videosprechstunden?

Wegen des hohen Krankheitsstands wird die im Dezember 2023 eingeführte telefonische Feststellung der Arbeitsunfähigkeit (AU) aktuell wieder diskutiert. Das Gesundheitsministerium hat eine Überprüfung der derzeitigen Regelungen angekündigt. Es bleibt abzuwarten, ob sie aufgehoben oder geändert werden.

Voraussetzungen für die telefonische Krankschreibung

Eine AU-Bescheinigung nach telefonischer Anamnese ist nur bei bekannten Patientinnen und Patienten möglich. Als „persönlich bekannt“ gilt eine Person dann, wenn sie in der Praxis oder bei einem Hausbesuch bereits ärztlich untersucht wurde. Das kann bei Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) oder Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) auch durch eine Kollegin oder einen Kollegen der Fall gewesen sein – auch aufgrund einer anderen Erkrankung. Eine zeitliche Einschränkung gibt es hierbei nicht. Außerdem muss sich die Person am Telefon authentifizieren, zum Beispiel durch Abgleich mit den Daten der Versichertenkarte oder von Patientendaten wie Geburtsdatum und Anschrift.

Im Gegensatz zur Telefon-AU während der COVID-19-Pandemie ist die jetzige Regelung nicht auf bestimmte Erkrankungen beschränkt. Voraussetzung ist lediglich, dass keine schweren Symptome vorliegen.

Eine Erstbescheinigung sollte nur für bis zu fünf Kalendertage ausgestellt werden. Bei einer Fortdauer der AU muss die Patientin oder der Patient die Praxis

aufsuchen. Eine Folgebescheinigung via Telefonkontakt ist nicht möglich. Das geht nur dann, wenn die Patientin oder der Patient bereits untersucht wurde und eine AU wegen derselben, fortdauernden Krankheit bescheinigt wird. Eine zeitliche Begrenzung wie bei der erstmaligen AU-Feststellung gibt es zwar nicht, da es sich aber nur um „Erkrankungen, die keine schwere Symptomatik vorweisen“ handeln darf, sollte die Folgebescheinigung nur für bis zu fünf Kalendertage erteilt werden.

Kein Anspruch auf Telefon-AU

Generell besteht kein Anspruch auf telefonische Krankschreibung. Die Entscheidung, ob es medizinisch vertretbar ist, jemanden telefonisch für krank zu erklären, trifft in jedem Fall die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt. Ist keine hinreichend sichere Beurteilung der Erkrankung per telefonischer Konsultation machbar, müssen die Erkrankten persönlich untersucht werden.

Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) muss für das Ausstellen der Bescheinigung nach telefonischer Anamnese nicht eingelesen werden. War die Patientin oder der Patient in dem Quartal bereits mit der eGK in der Praxis, liegen die Versichertendaten vor. Anderenfalls übernimmt die Praxis die Daten für die Abrechnung im Ersatzverfahren aus der Patientenakte.

Die Portokosten der Krankmeldung können über die Kostenpauschale mit der EBM-GOP 40128 abgerechnet werden. Die Vergütung wurde dafür am 1. Oktober 2025 auf 0,96 € erhöht.

Bescheinigung für Kinder

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung haben im Dezember 2023 beschlossen, dass nach telefonischer Anamnese auch eine Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes ausgestellt werden kann. Dabei gelten die gleichen Voraussetzungen wie für die Telefon-AU. Für den Versand der Bescheinigung nach Muster 21 kann die Kostenpauschale mit der EBM-GOP 40129 abgerechnet werden. Die Vergütung wurde rückwirkend zum 1. Januar 2025 ebenfalls auf 0,96 € angehoben.

Videosprechstunde

Bei vorher bekannten Patientinnen oder Patienten kann eine AU seit Oktober 2020 auch per Videosprechstunde festgestellt werden. Eine Einschränkung auf Erkrankungen, die keine schwere Symptomatik vorweisen, gibt es hier nicht. Eine erstmalige Krankschreibung kann dabei für maximal sieben Kalendertage erfolgen. Bisher unbekannte Patientinnen und Patienten können seit Januar 2022 ebenfalls nach einer Videosprechstunde krankgeschrieben werden, allerdings höchstens für drei Kalendertage.

Jörg Hohmann, Fachanwalt Medizinrecht, Hamburg

Fortbildung

ICD-10 weiterentwickelt

ICD-11: Psychiatrie neu gedacht

Die ICD-10 wurde grundlegend überarbeitet und zur ICD-11 weiterentwickelt. Dabei wurden neue Kapitel angelegt und ein Codierungssystem eingeführt, das mit Qualifiern arbeitet. Krankheitsbilder und Diagnosekriterien wurden angepasst oder gestrichen. Die wichtigsten Änderungen im Überblick.

MARKUS WEIH



Mit der ICD-11 stellt die WHO eine vollständig überarbeitete Version des Codierungssystems vor. Psychische Erkrankungen wurden zum Teil neu definiert oder angeordnet und Diagnosekriterien an aktuellste Erkenntnisse angepasst.

Nach langer Entwicklungszeit veröffentlichte die World Health Organization (WHO) im Jahr 2018 die ICD-11 und verabschiedete sie ein Jahr später. Seit 2022 wird sie zur Mortalitätscodierung genutzt. Bis sie auch zur Morbiditätscodierung standardmäßig eingesetzt wird, wird es noch mehrere Jahre dauern.

Die ICD-10 wurde im Jahr 1990 von der WHO verabschiedet. Die deutsche Version ICD-10 GM ist seit 1993 gültig. Sie ordnet psychische Krankheiten nach Störungsbildern ein und wird in der stationären und ambulanten Behandlung genutzt. Sie dient der Verschlüsselung von Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen beispielsweise bei Medikamentenlabels, Digitalen Gesundheitsanwendungen, Heil- und Hilfsmitteln, in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, in der Versorgungsforschung beim morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich und im EBM.

In den nächsten Jahren wird die ICD-11 eingeführt werden und die Psychiatrie wesentlich verändern. Allein durch überarbeitete Definitionen von Krankheitsbildern werden sich Lehre und Ausbildung wandeln [1]. Aufgrund der aktuellen politischen Situation bleibt allerdings abzuwarten, wie die WHO und das deutsche Gesundheitswesen darauf reagieren.

Die ICD ist neben der „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF) das wichtigste Familienmitglied der „Family of International Classifications“ (FIC). Die ICF wird besonders bei der Beurteilung von Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit genutzt [2]. Im allgemeinmedizinischen Bereich wichtig, aber auch weniger bekannt ist die „International Classification of Primary Care“ (ICPC) [3].

Aktuell kann auf der BfArM-Seite im Blauen Browser auf die deutsche Version der ICD-11-Entwurfsversion zugegriffen werden. Für ausführlichere Informationen und eine vollständige Bewertung sei auf aktuelle Publikationen verwiesen [4]. Auf Störungen, die vorwiegend oder per Definition ausschließlich die Kinder- und Jugendpsychiatrie betreffen, wird hier nicht näher eingegangen.

Struktur und Systematik

Die Kapitel in der ICD-10 waren alphabetisch gekennzeichnet, sodass die psychischen Störungen unter F aufgelistet waren. In der ICD-11 werden statt Buchstaben nun Nummern verwendet. Die psychischen und Verhaltensstörungen sind deshalb unter Kapitel Nummer 6 zu finden. Das Kapitel wurde von bisher neun auf 26 Unterkategorien erweitert. Die Schlafstörungen, bisher sowohl in der Psychiatrie (F) und Neurologie (G) untergebracht, wurden wie viele andere Störungen neu verteilt und befinden sich jetzt in Kapitel 7, auf das hier ebenfalls nicht näher eingegangen wird. Die neurologischen Erkrankungen sind nun in Kapitel 8 zu finden.

Künftig kann eine Erkrankung auch in mehreren Abschnitten aufgeführt sein. Durch das „Multiple Parenting“ oder

Crosslinking befinden sich zum Beispiel Tics in den Kapiteln 6 und 8.

Da viele Störungen schon in der Kindheit auftreten, zum Beispiel Autismus und AD(H)S, werden Krankheitsbilder in der ICD-11 über die Lebensspanne betrachtet („Lifespan Approach“). Kategorien, die bisher künstlich für die Kindheit reserviert waren, wurden aufgegeben. Damit entfällt auch das bisherige Kapitel F9 „Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend“. Die Entwicklungsstörungen stehen jetzt am Anfang von Kapitel 6 und die organischen, neurodegenerativen psychischen Erkrankungen am Ende.

Nach den Entwicklungsstörungen 6A00 schließt sich der Abschnitt zur Schizophrenie unter 6A20 an. Somit fehlt 6A10. Lücken wie diese finden sich auch in der restlichen Klassifikation der ICD-11. Die Lücken wurden während der Revision entweder gelassen, um für die zukünftige Entwicklung von Codes freie Stellen zu haben, oder es wurden Codes umsortiert oder umbenannt, denn ein einmal vergebener Code kann nicht mit einer anderen Bedeutung weiterverwendet werden.

Codierung

Das schwer nachzuvollziehende Kreuz-Stern-System aus der ICD-10 wird nicht fortgeführt. Stattdessen wird es Stammdiagnosen und die Möglichkeit von Zusatzschlüsseln, sogenannten Qualifiern, geben. Dies ermöglicht eine präzisere Diagnostik für bis zu 30.000 Krankheitskonzepte.

Eine gedruckte Version des ICD-11 ist nicht mehr vorgesehen. Die Codierung wird digital über Coding Tools erfolgen.

Schweregrade

Neben den überarbeiteten Kategorien wurden bei einigen Krankheitsbildern auch Dimensionen hinzugefügt, die präzisere Diagnosen zulassen. Jetzt kann der Schweregrad der Symptome bei Persönlichkeitsstörungen oder Demenzen bewertet werden. Hier gab es bisher das Problem, dass beispielsweise Antidementiva für verschiedene Schweregrade zugelassen sind, die Diagnosen aber nicht danach einteilbar waren.

Inhaltliche Überarbeitungen

Bei der Entwicklung der ICD-11 wurden strukturelle, aber auch inhaltliche Änderungen vorgenommen. Diagnosen wurden verschoben und ergänzt. Welche wichtigen Neuerungen es gibt, wird deshalb im Folgenden vorgestellt (**Abb. 1**). Die Liste ist dabei nicht vollständig und lässt Kategorien aus, in denen es keine nennenswerten Änderungen gab.

6A0 Neuromentale Entwicklungsstörungen

Aufgrund der veränderten Reihenfolge der Störungsbilder, die im ICD-11 danach sortiert sind, wie früh im Leben sie auftreten, befinden sich die Entwicklungsstörungen nun am Anfang von Kapitel 6. Dadurch werden Diagnosen, die bisher in ver-

schiedenen Abschnitten von Kapitel F im ICD-10 untergebracht waren, zusammengefasst. Dazu gehören

- Störung der Intelligenzentwicklung (6A00, bisher F7) und
- ADHS (6A05, bisher F9).

Die vierstufige Schweregradeinteilung bei der Intelligenzstörung wurde beibehalten. Die Ticstörung wurde als neurologisches Krankheitsbild eingestuft und in Kapitel 8 untergebracht (8A05). Die Sprech- und Sprachentwicklungsstörungen, bisher in den Kapiteln F8 und F9 verankert, werden nun auch hier eingeordnet, ebenso wie die Autismus-Spektrum-Störung (6A02). Die bisherigen drei Subtypen – frühkindlich, atypisch und Asperger – entfallen. Aufgenommen wurden dahingegen autistische Kompensationsphänomene, die die Funktionsfähigkeit vor allem im Erwachsenenalter deutlich beeinflussen können.

Gelegentlich wird der Erwachsenenpsychiater auch mit einer Lernentwicklungsstörung konfrontiert. Im ICD-11 bleibt sie deshalb in Kapitel 6 (6A03).

6A2 Schizophrenie oder andere primäre psychotische Störungen

Im Abschnitt über Schizophrenie gibt es grundlegende Neuerungen. Beispielsweise wurde er von „Schizophrenie, schizotyp und wahnhaftige Störungen“ in „Schizophrenie und andere primär psychotische Störungen“ umbenannt. Damit fallen alle sekundär-psychotischen Störungen, wie die drogeninduzierten Psychosen, in andere Kategorien.

Wichtigster Punkt ist, dass die bisherigen Subtypen nicht übernommen wurden. Sie waren zwar prägnant und haben in Lehrbüchern immer Raum eingenommen, waren aber letztlich weder in der Klinik noch in der Therapie nützlich. Neu ist, dass bei der Schizophrenie, die einen breiten Global-Assessment-of-Functioning-Bereich (GAF) hat, nun der Schweregrad codiert werden kann.

Die Kernmerkmale Wahn, Halluzinationen, formale Denkstörungen und Ich-Störungen bleiben bestehen. Die klassische Abbildung der Schneiderschen Symptome ersten und zweiten Ranges und ihre Gewichtung wurden relativiert. Details dazu sind in der aufgeführten Literatur zu finden [1, 4]. Symptome müssen mindestens einen Monat lang bestanden haben, damit die Diagnose gestellt werden kann. Zusätzliche Qualifier können genutzt werden, um Positivsymptome, Negativsymptome, depressive, manische, psychomotorische oder kognitive Symptome festzuhalten (6A25.0–6A25.5). Diesen kann ein Schweregrad von null bis drei zugewiesen werden. Außerdem kann der Verlauf in erste Episode, mehrfache Episoden, kontinuierlich, Teilremission oder Vollremission codiert werden. Prodromalzustände können weiter nicht abgebildet werden.

Die schizoaffektive Störung wird mit 6A21 codiert, was einen engeren Zusammenhang zur Schizophrenie herstellen soll. Unter 6A22 steht die schizotype Störung, die nun zwei Jahre bestehen muss, ähnlich wie bei den Persönlichkeitsstörungen. Die akute und vorübergehende psychotische Störung wird mit 6A23 codiert, die wahnhaftige Störung mit 6A24.

6A4 Katatonie

Die Katatonie wurde in eine eigenständige nosologische Kategorie ausgliedert (6A40, bislang F20.2). Dementsprechend

müssen für eine Diagnosestellung auch keine Schizophreniekriterien mehr erfüllt sein. Damit wird anerkannt, dass eine Katatonie nicht nur bei einer Schizophrenie auftreten kann. Um eine Katatonie festzustellen, sind nun statt eins von sieben möglichen Symptomen drei aus fünfzehn notwendig. Diese sind dabei in drei Gruppen, sogenannte Cluster, eingeordnet:

- Reduzierte Psychomotorik,
- Gesteigerte Psychomotorik,
- Abnorme Psychomotorik.

Mit 6A41 kann die substanzinduzierte Katatonie, zum Beispiel durch Cannabis, Amphetamine oder Psilocybin, codiert werden.

6A6–6A8 Affektive Störungen

Für die Praxis weiterhin bedeutsam bleiben die affektiven Störungen. Auch die ICD-11 beginnt diesen Abschnitt mit den wichtigen, den Severe Mental Illnesses zugeordneten, bipolaren Störungen. Dabei fällt die einzelne manische Episode (bislang F30.9) weg und die Bipolar-I-Störung rückt weiter auf die 6A60.

Die im ICD-10 nur unspezifisch als F38 codierbare Bipolar-II-Störung kann inzwischen eigenständig unter 6A61 codiert werden. Dies ist auch therapeutisch bedeutsam, da betroffene Patientinnen und Patienten eher von einer Phasenprophylaxe profitieren. Die relativ seltene Zykllothymie bleibt erhalten (6A62).

Auch bei den depressiven Störungen gibt es in der ICD-11 teils erhebliche Veränderungen. Beispielsweise wurden Dys-thymien bei den depressiven Störungen eingefügt (6A72). Die Bezeichnung, die den Terminus „Depression“ nicht enthielt und als F34 auch als „anhaltend affektive Störung“ von den „typischen“ Diagnosen F32 und F33 getrennt war, hat ohnehin oft bei Patientinnen und Patienten und auch den Krankenkassen für Verwirrung gesorgt. Die berühmte, aber paradoxe „Double Depression“ wird es also auch nicht mehr geben.

Zur Diagnosestellung einer depressiven Störung sind weiterhin fünf von zehn Symptomen notwendig. Mögliche Symptome werden in drei Clustern zusammengefasst:

- Cluster I (Affektives Cluster) umfasst jetzt statt drei Hauptzwei Eingangssymptome, sogenannte Entry Level Symptome: gedrückte Stimmung und mangelndes Interesse. Das unspezifische Symptom Erschöpfung ist kein Hauptkriterium mehr. Für die Diagnosestellung ist nur noch ein Symptom aus diesem Cluster notwendig.
- Cluster II (Kognitives Cluster) umfasst die Symptome Antriebsmangel und erhöhte Ermüdbarkeit. In diesem Cluster wurde das Nebensymptom Unaufmerksamkeit zugunsten der für viele Patientinnen und Patienten quälenden verringerten Entscheidungsfähigkeit gestrichen. Die zwei Nebensymptome, die sich auf das Selbstwertgefühl und Schuldgefühle bezogen, wurden zusammengefasst. Negative und pessimistische Perspektiven wurden in Hoffnungslosigkeit subsumiert.
- In Cluster III (Neurovegetatives Cluster) wurden präzisere Beschreibungen von Schlaf- und Appetitstörung hinzugefügt. Aus Cluster II und III müssen mindestens drei Symptome bestehen.

Die Gruppierung der Cluster erhöht die Übersichtlichkeit. Bisher wirkten die Nebensymptome wie eine zufällige Aufzählung. Schweregrad und Remissionsgrad depressiver Störungen können auch im ICD-11 weiterhin und psychotische Phänomene schon bei einer mittelgradigen Störung codiert werden. Vermutlich wird diese Diagnose aber in der Praxis selten gestellt werden.

Überraschenderweise tritt ein veralteter Begriff als „depressive Episode mit Melancholie“ wieder auf und ersetzt die Depression mit somatischen Symptomen. Die vorherige Bezeichnung war allerdings uneindeutig. Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner vermuteten dahinter unspezifische thorakale, abdominelle oder sonstige somatoforme Störungen als larvierte Depression, während Psychiaterinnen und Psychiater darunter eher Appetit-, Libido- und Schlafstörungen im Rahmen endogener Depressionen verstanden.

Neu ist die gemischte depressive Störung und Angststörung. Treten während einer Depression auch Angstsymptome auf, wird dies zu den Depressionen und nicht mehr zu Angststörungen gezählt. Das wertet die klinisch evidente Bedeutung dieser Kombination auf.

Die Qualifier wurden bei den depressiven Störungen erweitert (6A80.0–6A80.5). Dadurch können affektive Störungen mit Angststörungen oder Panik nun passgenauer und personalisierbar beschrieben werden.

6B0 Angst- oder furchtbezogene Störungen

In der ICD-10 zählten die sehr häufigen Angststörungen in Kapitel F4 noch zu den neurotischen Störungen als Rest ätiologischer beziehungsweise psychoanalytischer Modelle. In der ICD-11 werden sie den Angst- und furchtbezogenen Störungen zugeteilt. Damit taucht der Begriff Furcht wieder auf. Die wesentlichen Störungen wurden in diesem Abschnitt beibehalten.

Bei der generalisierten Angststörung, die als „Sorgenkrankheit“ betrachtet wird, ist das Symptom „übermäßige Besorgnis“ eingeführt worden.

Die Panikstörungen sind nicht mehr der Agoraphobie untergeordnet. Beide Störungen können unabhängig voneinander codiert werden, was der Realität eher entspricht. Neu ist, dass nicht jede Panikattacke codiert werden muss, sondern auch als Qualifier erwähnt werden kann.

Die spezifischen Phobien wurden als 6B03 bewahrt. Auf eine Möglichkeit zur genaueren Spezifizierung wurde verzichtet. Die soziale Phobie wurde in soziale Angststörung umbenannt (6B04).

Es ist schon lang bekannt, dass verschiedene Ängste zu verschiedenen Lebenszeiten auftreten können. In der ICD-11 wurden Angststörungen des Kindesalters wie Trennungsangst und (s-)elektiver Mutismus deshalb in den gemeinsamen Abschnitt 6B0 eingegliedert, der nun die ganze Lebenszeitachse umfasst. Das entspricht der Realität und vermuteten Ätiologie der Störung eher als die heute veraltete Neurosenlehre.

Einzelne, isolierte Angstsymptome aus dem psychopathologischen Befund können unter MB codiert werden. Damit kann eine überschießende Diagnostik vermieden werden.

6B2 Zwangsstörungen oder verwandte Störungen

Wie Angststörungen wurden auch die Zwangsstörungen mit neuer Klassifikation aus dem alten Kapitel F4 entfernt. In dem erwachsenen, eigenständigen und rein phänomenologisch-deskriptiv definierten Abschnitt, wird dem breiten klinischen Spektrum mit Subsyndromen mehr Aufmerksamkeit gewidmet. Neben den Erweiterungen gibt es auch Vereinfachungen: Die Unterscheidung in Zwangsgedanken und Zwangshandlungen entfällt. Neue Subsyndrome beziehungsweise neue, eigenständige Kategorien sind

— Körperdysmorphie Störung (6B21) und

— Olfaktorische Referenzstörung (6B22).

Die hypochondrische Störung heißt künftig Krankheitsangststörung (6B23, bislang F45.2). Pathologisches Horten, vorher als Impulskontrollstörung benannt, wird als eine eigenständige Diagnose anerkannt, was eine wichtige Ergänzung ist (6B24, bislang F63). Weiteren Aufräumarbeiten ist die Trichotillomanie zum Opfer gefallen, da sie keine Manie ist, sondern eine Verhaltensstörung. Konsequenterweise wurde der Überbegriff „Körperbezogene repetitive Verhaltensstörungen“ geschaffen. Die Trichotillomanie findet sich hier als „Skin-Picking“ (6B25). Die Einsicht in das Zwangsverhalten ist als Qualifier codierbar.

6B4 Spezifisch Belastungs-assoziierte Störungen

Der Abschnitt 6B4 ist neu konzipiert worden. Kapitel F43 aus der ICD-10 geht darin weitgehend auf. Die Kriterien für die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) wurden angepasst und haben kein Zeitkriterium mehr. Es werden ein „extrem bedrohliches“ oder katastrophales Ereignis oder eine Reihe von Ereignissen verlangt. Der frühere Zusatz „das bei fast jedem eine tiefe Verzweigung hervorrufen würde“ wurde gestrichen. Die drei Hauptsymptomcluster Wiedererleben, Vermeidung und anhaltende Bedrohungswahrnehmung bleiben bestehen. Jeder Cluster hat aber nur je zwei Untersymptome.

Die komplexe posttraumatische Belastungsstörung (kPTBS) gilt nach jahrzehntelangen klinischen Erfahrungen als das Extrembeispiel einer PTBS. Sie ist als eigenständige Diagnosekategorie anerkannt, um dem Schweregrad mehr Raum zu geben sowie die spezifischen und deutlich gravierenden Folgen von wiederholten oder lang andauernden traumatischen Erfahrungen besser abzugrenzen (6B41). Neu ist hier die anhaltende Trauerstörung, die von der normalen, physiologischen Stresssituation als psychosoziale Belastung abgegrenzt wurde (6B42). Die Anpassungsstörungen, die immer häufiger auftreten, aber eigentlich nie ein Grund für eine Facharztbehandlung waren, gibt es weiterhin, sind aber eigenständig operationalisierbar (6B43). Unter 6B44 steht die reaktive Bindungsstörung, die im Kindesalter nach Stressoren auftritt. Die akute Belastungsreaktion gilt nicht mehr als Krankheit, sondern als normale Reaktion auf ein abnormales Ereignis und ist deshalb in einem Zusatzkapitel am Ende untergebracht.

6B6 Dissoziative Störungen

Auch bei den dissoziativen Störungen gab es umfassende Änderungen. Verschiedene neurologische Symptome wie Gangstö-

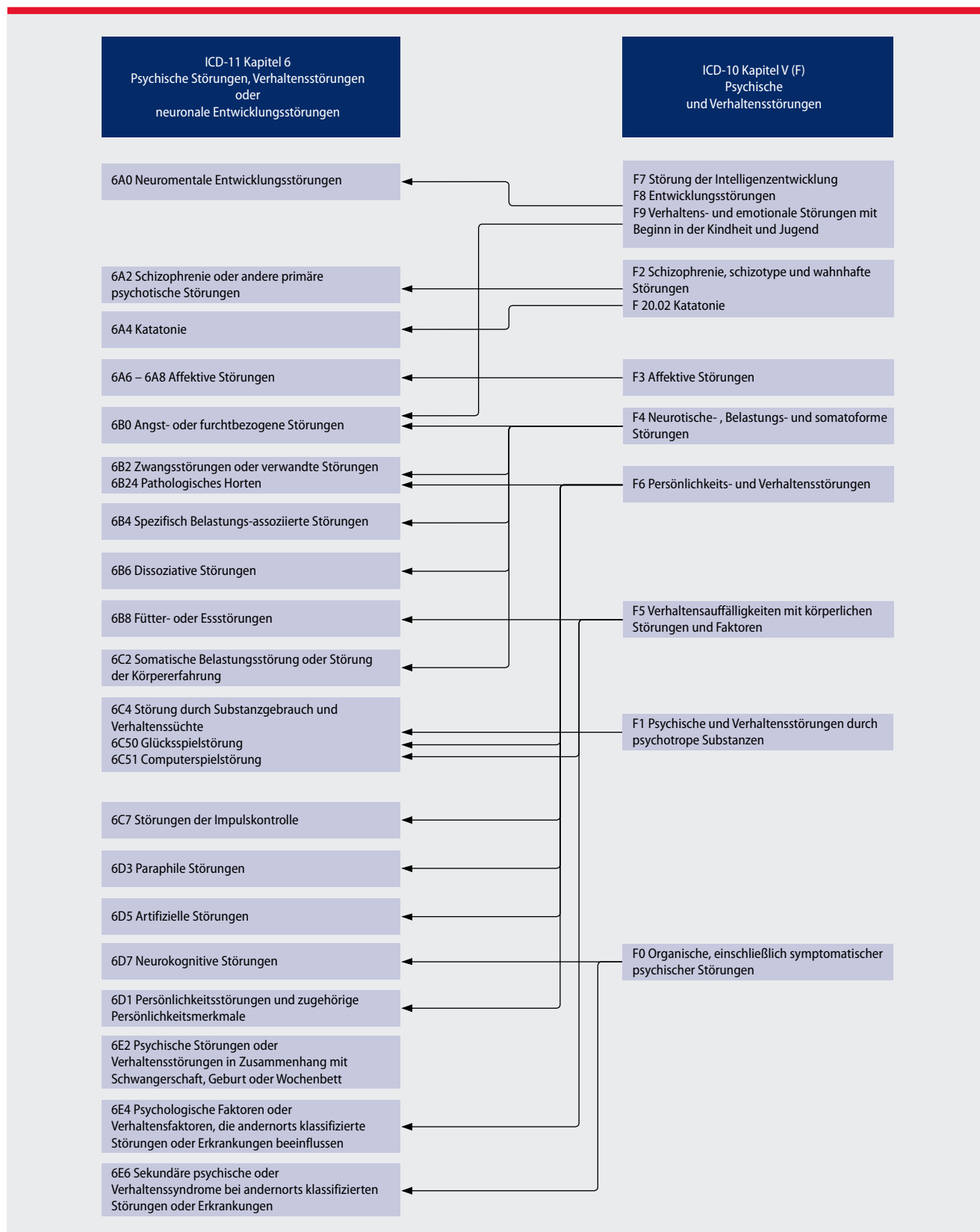


Abb. 1: Gegenüberstellung der Abschnitte in Kapitel 6 des ICD-11 und der Abschnitte aus Kapitel F des ICD-10. Abschnitte wurden übernommen und umbenannt – aus anderen wurden einzelne Diagnosen in andere Abschnitte verschoben.

rungen oder Anfälle können über Qualifier codiert werden. Ein zeitlicher Zusammenhang mit Trauma, Konflikten oder Beziehungsstörungen muss nicht mehr bestehen.

Die dissoziative Amnesie und die Fugue wurden weitgehend zusammengeführt, da die Fugue immer mit einer Amnesie verbunden ist und die Therapie bei beiden gleich ist.

Der missverständliche, aus der Zeit gefallene und eine bekannte Ätiologie suggerierende Begriff der Konversionsstörung wurde gestrichen. Auch die Depersonalisations- und Derealisationsstörung entfällt beziehungsweise geht in der 6B66 auf.

Die multiple Persönlichkeitsstörung war irritierenderweise unter F4 statt F6 zu finden. Die seltene Störung bekommt in der ICD-11 den wesentlich passenderen Begriff der dissoziativen Identitätsstörung.

Insgesamt nähert sich die Krankheitsgruppe an die Inhalte des DSM-5 an.

6B8 Fütter- oder Essstörungen

In diesem Abschnitt wurde nun auch die häufige Binge-Eating-Störung aufgenommen, die schon bekannt war, aber nur als „sonstige Essstörung“ unspezifisch codiert werden konnte (6B82). Die Kriterien wurden vereinfacht, da die Essattacken nicht mehr gezählt werden müssen und auch das Zeitkriterium aufgegeben wurde.

Neu ist auch die vermeidend restriktive Ernährungsstörung (6B83). Das Kriterium für die leichten Formen wurde bei den Erwachsenen von einem Body-Mass-Index von 17,5 auf 18,5 angehoben. Außerdem kann jetzt auch ein starker Gewichtsverlust erfasst werden, was vermutlich zu einer Zunahme der Prävalenz der Anorexie statt der atypischen Anorexie führen wird.

Bei den Kriterien für alle Störungen wurde auf eine wertfrei neutrale Beschreibung geachtet, um stigmatisierende Schuldzuschreibungen zu vermeiden, was immer noch zu häufig passiert und den Zugang zur Therapie hemmt. Die remittierte Anorexie mit Normalgewicht kann nun auch codiert werden und muss nicht mehr mit „Z. n.“ oder einem Z-Suffix umschrieben werden. Insgesamt erhofft man sich eine vereinfachte und valide Diagnostik der Essstörungen.

Durch die Zusammenführung der Ess- und Fütterstörungen in einen Abschnitt sind auch Diagnosen aus der Kinderheilkunde beziehungsweise der Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgenommen worden.

6C2 Somatische Belastungsstörung oder Störung der Körpererfahrung

Unter diesem neu sortierten und vereinfachten Abschnitt befinden sich die somatoformen Störungen (bislange F45). Die bisherige Differenzierung, die wegen schlechter Reliabilität kritisiert wurde, wurde durch eine Schweregradeinteilung ersetzt. Somit kann nun auch die Funktionseinschränkung mit einfließen. Die Diagnose kann bereits durch ein einziges starkes Symptom, zum Beispiel Schmerz, gestellt werden.

In diesem Abschnitt steht auch die Neurasthenie (bislange F48.0). Die grundsätzliche Problematik durch häufige Inanspruchnahme des Hausarztssystems, wiederholt unauffällige Untersuchungen, Unzufriedenheit, übermäßige Beschäftigung

mit Symptomen und Funktionseinbußen ohne pathologische Befunde dieser psychosomatischen Krankheitsgruppe sind gut bekannt.

6C4 Störung durch Substanzgebrauch und Verhaltensüchte

Auch in diesem Abschnitt zeigt sich ein Nebeneinander von Vereinfachung und Weiterentwicklung. Bei Abhängigkeit müssen nun weniger Hauptkriterien erfüllt sein. Die bisherig sechs Suchtkriterien wurden in drei Paare zusammengefasst:

- Kontrollverlust und Craving,
- Toleranzentwicklung und Entzug,
- Priorisierung und fortgesetzter Konsum.

Dadurch sinkt die Diagnoseschwelle, sodass mit bis zu 10 % mehr Diagnosen bei Alkohol und bis zu 50 % mehr bei Cannabis gerechnet wird. Das Verzeichnis der Substanzen, das mit Alkohol beginnt, wird erweitert und differenzierter. Wie bisher kann die Substanz mit der Diagnose kategorial kombiniert werden, beispielsweise Halluzinogene mit schädlichem Gebrauch. Auch einzelne Episoden von exzessivem Konsum können nun verschlüsselt werden, um bestimmte jugendliche Konsumgewohnheiten besser zu erfassen.

Da Nikotin der eigentliche Suchtstoff ist, wird der Tabakabusus in der 6C4B verschwinden, dafür kann der Konsum von Nikotinverdampfern besser festgehalten werden.

Die Glücksspielstörung hat eine eigene Kategorie bekommen und ist nicht mehr als Impulskontrollstörung in der Nähe der Persönlichkeitsstörungen angesiedelt (6C50, bislang F63). Gleiches gilt für die Computerspielstörung (6C51).

6C7 Störungen der Impulskontrolle

Die Impulskontrollstörungen haben einen eigenen und neu konzipierten Abschnitt bekommen, weil sie weder Zwangsstörungen noch Suchterkrankungen oder Persönlichkeitsstörungen sind. Aus nicht nachvollziehbaren Gründen tauchen die Pyromanie und die Kleptomanie wieder in ihrer altgriechischen Beschreibung auf. Neu hingegen ist die zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung, die besonders in der Praxis, in der Forensik und der Begutachtung wichtig ist.

Disruptive Verhaltensweise, dissoziale Störungen und Störungen des Sozialverhaltens, also Diagnosen, die vor allem in der Kinder- und Jugendpsychiatrie relevant sind, finden sich unter 6C9.

6D1 Persönlichkeitsstörungen und zugehörige Persönlichkeitsmerkmale

Dieser Abschnitt wird besonders tiefgreifend verändert werden. Ob auch eine Vereinfachung gelingt, um die Primärversorgung zu erleichtern, bleibt abzuwarten.

Nach der ICD-11 wird eine Persönlichkeitsstörung nicht mehr kategorial, sondern dimensional diagnostiziert. Im Vorfeld muss festgestellt werden, ob allgemeine Kriterien einer Persönlichkeitsstörung erfüllt werden und ob eine Beeinträchtigung von Persönlichkeitsfunktionen vorliegt. Dann kann der Schweregrad in leicht, mittel oder schwer eingestuft werden (6D10.0–6D10.2). Des Weiteren können einzelne Merkmale der Persönlichkeitsstörung codiert werden: negative Affektivität,

Dissozialität, Enthemmung, Distanziertheit und Anankasmus (6D11.0–6D11.4). Die Symptomatik muss mindestens zwei Jahre bestehen, da herausgefunden wurde, dass Persönlichkeitsstörungen in Symptomatik und Intensität über die Lebenszeit nicht stabil sind. Vermutlich wird dadurch sowohl die Prävalenz als auch die Heterogenität zunehmen. Erste, auch für die Allgemeinmedizin praktikable, Screeningbögen wurden bereits veröffentlicht, sollten aber eine vollständige mehrstufige Diagnostik nicht ausschließen.

Die Borderlinestörung erhält eine eigene Codierung (6D11.5, bislang F60.30 und F60.31). Vermutlich, weil es durch die „Dialektisch-Behaviorale Therapie“ eine spezifische Therapie dafür gibt. Bisher konnte die subsyndromale Persönlichkeitsakzentuierung auch als Zusatzdiagnose codiert werden, was künftig weiterhin möglich sein wird. Das könnte Überdiagnosen vermeiden (QE50.7, bislang Z73.1).

6D3 Paraphile Störungen

Die psychischen Störungen im Zusammenhang mit Sexualität wurden bislang als Störungen der Sexualpräferenz bezeichnet (bislang F65). Der Abschnitt wurde infolge von gesellschaftlichen Entwicklungen umbenannt und differenziert. Diese Entwicklungen haben aber wiederum Einfluss auf die Einschätzung der Gefährdung. Nicht pathologische Normvarianten ohne klinisch relevanten Leidensdruck, wie Fetischismus, Transvestitismus und Sadomasochismus wurden, abgesehen von der Zwangsausübung (6D33), entfernt, da der Leidensdruck der Patientinnen und Patienten oftmals aus der Stigmatisierung entstand. Übriggeblieben sind noch einige Störungen, von denen die Pädophilie die größte forensische Bedeutung hat (6D32). Außerdem ist da noch der Exhibitionismus (6D30), dessen Muster jetzt detaillierter beschrieben werden können, und der Voyeurismus (6D31).

Im Gegensatz zu den Persönlichkeitsstörungen können die paraphilen Störungen weiterhin nicht nach Schweregrad eingeteilt werden.

6D5 Artificielle Störungen

Bei diesen seltenen, aber schweren Störungen wird künftig unterschieden, ob die Handlungen selbstbezogen (6D50) oder auf andere gerichtet sind (6D51). Damit wurde der Begriff „Münchhausen“ abgeschafft und „Münchhausen-by-proxy“ wird als „Artificielle Störung, auf andere gerichtet“ bezeichnet. Andere können dabei Menschen oder auch Haustiere sein.

6D7 Neurokognitive Störungen

Der Abschnitt über neurokognitive Störungen ist neu. Da in der ICD-11 Krankheitsbilder über die gesamte Lebensspanne betrachtet werden, steht er eher am Ende des Kapitels der psychiatrischen Diagnosen. Auf das Delir (6D70, bislang F05) folgt die leichte kognitive Störung (6D71, bislang F06.7). Die degenerativen Demenzen stehen erst am Ende des Abschnitts (6D8, bislang F0).

Die Definition des Delirs, das gerontopsychiatrisch von zunehmender Bedeutung ist, hat sich nicht geändert. Die leichte kognitive Störung rückt näher an die Demenz heran, da sie doch häufig, aber nicht immer, einer Demenz vorangeht.

Auch bei den amnestischen Störungen wurden im Wesentlichen die Inhalte der ICD-10 übernommen.

Bei den Demenzen kann neben Zusatzsymptomen ferner auch der Schweregrad codiert werden. Das war bislang nicht der Fall, was gelegentlich in der Praxis zu Off-Label-Problemen führte, da die Antidementiva nach Schweregrad zugelassen sind.

6E2 Psychische Störungen oder Verhaltensstörungen in Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett

Nicht ganz der Logik der Betrachtung über die Lebensspanne folgend, steht dieser Abschnitt hinter den kognitiven Störungen und ist fortan selbstständig. Ähnlich wie in der ICD-10 können drei Kategorien unterschieden werden:

- ohne psychotische Symptome (6E20),
- mit psychotischen Symptomen (6E21) und
- eine unspezifische Störung (6E2Z).

6E4 Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren, die andernorts klassifizierte Störungen oder Erkrankungen beeinflussen

Auch Abschnitt 6E40 ist neu und umfasst Diagnosen, die in der ICD-10 in Abschnitt F5 einfließen. Hier können somatische Diagnosen wie der Spannungskopfschmerz, die im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen auftreten können, codiert werden (6E40.4). Ebenso können subsyndromale Depressionen (6E40.1), problematische Persönlichkeitsakzentuierungen (6E40.2) oder maladaptives Verhalten wie Noncompliance, die zum Beispiel eine Rehabilitation erschweren, erfasst werden, ohne zu eigenständigen Diagnosen zu werden. Die Idee dahinter ist, das biopsychosoziale Modell zu integrieren und zu stärken.

6E6 Sekundäre psychische oder Verhaltenssyndrome bei andernorts klassifizierten Störungen oder Erkrankungen

Seit der klassischen Beschreibung von Bonhoeffer und noch in der ICD-8 und ICD-9 standen psychische Störungen bei organischen Krankheiten stark im Vordergrund. In der ICD-10 betraf dies nur noch maximal 10%. In der ICD-11 tritt dieses Kapitel weiter zurück.

7 Schlaf-Wach-Störungen

Schlaf-Wach-Störungen wurden aus den psychischen Störungen ausgegliedert und erhalten ein eigenes Kapitel. Dabei gibt es keine Unterscheidung mehr zwischen organischen und nicht organischen Störungen.

Fazit für die Praxis

- Die ICD-11 bringt wichtige formale und inhaltliche Veränderungen in die Psychiatrie und nähert sich in einigen Bereichen an das DSM-5 an. Einige Veränderungen vermögen die Diagnostik zu präzisieren, die wesentlich differenzierter geworden ist. Ob die Prävalenzraten sich verändern werden oder ob Überdiagnosen drohen, wird sich zeigen, sobald die ICD-11 zum Diagnosestandard wird.

- Es stellt sich die Frage, ob die Epidemiologie überarbeitet werden muss, wenn sich Diagnosegruppen und Kategorien ändern. Der WHO ist die Problematik bewusst, weshalb mit klinisch-psychiatrischen Forschenden weltweit Feldstudien vor allem zu den sehr bedeutsamen affektiven Störungen stattfanden. In umfangreichen Vergleichsstudien konnte eine vergleichbare Interrater-Reliabilität festgestellt werden. Für einige Kategorien, wie die bipolaren Störungen, konnte die Interrater-Reliabilität durch klare Diagnosekriterien sogar verbessert werden. Wie sich die Änderung in der tatsächlichen Versorgungssituation auswirkt, bleibt abzuwarten.
- Es zeigt sich, dass die Psychiatrie ein sich selbst verbesserndes Fachgebiet ist. Die ICD-11 hat das Potenzial, Behandlung und Forschung im Bereich psychischer Störungen besser darzustellen und damit zu verbessern.

Literatur

1. Walter H, Husemann R, Hölzel L (2024) Psychische Störungen in der ICD-11., Ein Gesamtüberblick über die wichtigsten Änderungen. *Nervenheilkunde*:43(04):167-78
2. Weih, M, Linden M, Muschalla B (2021) Mini-ICF-APP – Operationalisierung psychischer Funktionseinschränkungen. *NeuroTransmitter* 32:52-61
3. WHO 2025 <https://www.who.int/standards/classifications/other-classifications/international-classification-of-primary-care>
4. Hölzel L, Berger, M (2025) ICD-11 – Psychische Störungen: Innovationen und ihre Bewertung. Springer-Verlag

Interessenkonflikt

Der Autor erklärt, dass sie sich bei der Erstellung des Beitrages von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließen und dass keine potenziellen Interessenkonflikte vorliegen. Der Verlag erklärt, dass die inhaltliche Qualität des Beitrags von zwei unabhängigen Gutachtern geprüft wurde. Werbung in dieser Zeitschriftenausgabe hat keinen Bezug zur CME-Fortbildung. Der Verlag garantiert, dass die CME-Fortbildung sowie die CME-Fragen frei sind von werblichen Aussagen und keinerlei Produktempfehlungen enthalten. Dies gilt insbesondere für Präparate, die zur Therapie des dargestellten Krankheitsbildes geeignet sind.

AUTOR

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

1. Vorsitzender Bayern
BVDN-Landesverband
MedicCenter
Hallplatz 5
90402 Nürnberg
m.weih@mediccenter.
de



SpringerMedizin.de



Ausgabe verpasst? – Jetzt als ePaper lesen!

Lesen Sie den *NeuroTransmitter* – jetzt auch digital auf Ihrem Tablet oder Smartphone – jederzeit und überall. SpringerMedizin.de hält für Sie alle Ausgaben der letzten drei Jahre als ePaper bereit, auf die Sie kostenfrei zugreifen können.

Highlights der letzten Ausgabe:

- Neurologische Prävention in Kindergärten und Schulen vorantreiben: DGN-Präsidentin Prof. Daniela Berg im Interview
- Stand der Dinge bei der Therapie mit Alzheimerantikörpern
- Resilienz: Die Kompetenz der Selbstregulation bringt Vorteile für Kinder und Erwachsene
- Sozialpsychologische Ursachen der Ausbildung einer Geschlechtsidentität und Transsexualität

www.springermedizin.de/neurotransmitter



ICD-11: Psychiatrie neu gedacht

FIN gültig bis 29.4.2026:

NT26N2zg

Teilnehmen und Punkte sammeln können Sie

- als e.Med-Abonent*in von SpringerMedizin.de
- als registrierte*r Abonent*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.

? Was ist der wichtigste strukturelle Unterschied zwischen ICD-10 und ICD-11 in Bezug auf das Kapitel der psychischen und Verhaltensstörungen?

- Das Kapitel wurde von F zu 6 umbenannt und beginnt mit den neuromentalen Entwicklungsstörungen.
- Die psychischen Störungen wurden in das Kapitel 8 integriert, das nun die neurologischen Erkrankungen und die Psychiatrie umfasst.
- Das Kapitel umfasst nun nur noch neun Unterkapitel, was eine deutliche Vereinfachung der Systematik darstellt.
- Das bisherige Kreuz-Stern-System wurde um eine Schweregradeinteilung erweitert.
- Die psychischen Störungen sind nun alphabetisch über das gesamte Klassifikationssystem verteilt, um das Multiple Parenting zu ermöglichen.

? Seit wann ist die ICD-11 gültig und im SGB V verankert?

- Seit dem „Jahr-2000-Bug“ in Praxissoftwaresystemen.
- Seit 2018, dem Jahr der ersten Vorstellung durch die WHO.
- Seit 2019 und dem letzten Gesundheitswesen-Modernisierungsgesetz.
- Frühestens 2027, wenn mit einer breiten Implementierung gerechnet wird.
- Frühestens 2030

? Welche grundlegende Änderung betrifft die Schizophreniediagnostik?

- Die schizotype Störung (6A22) wurde aus dem Schizophrenieabschnitt herausgelöst und ist nun den suchtiinduzierten Persönlichkeitsstörungen zugeordnet.
- Alle sekundär-psychotischen Störungen, wie drogeninduzierte Psychosen, wurden in den Schizophrenieabschnitt integriert.
- Die Schneiderschen Symptome ersten und zweiten Ranges sind nun zwingend für die Diagnose Schizophrenie erforderlich.
- Der Schweregrad kann dimensional codiert werden, und die bisherigen klassischen Subtypen wurden abgeschafft.
- Das Zeitkriterium wurde von einem Monat auf neun Monate verlängert.

? Welche affektive Störung kann nun erstmals spezifisch kodiert werden, was in der ICD-10 nur unspezifisch möglich war?

- Dysthymie (6A72)
- Einzelne manische Episode (F30.9)
- Zylothymie (6A62)
- Postpartale Depression (6A80.5)
- Bipolar II-Störung (6A61)

? Was ändert sich in der ICD-11 bezüglich des Zusammenhangs von Panikstörungen und Agoraphobie?

- Jede Panikattacke muss zwingend einzeln codiert werden.
- Die Panikstörung wird vollständig als Subtyp der agoraphoben Psychose klassifiziert.
- Beide Störungen wurden zu einer einzigen Kategorie, den „Furcht- und Angststörungen“, zusammengefasst.
- Die Panikstörung ist nun nicht mehr der Agoraphobie untergeordnet, sondern beide können nebeneinander codiert werden.
- Die Panikstörung wird in den neuen Abschnitt „Spezifisch Belastungs-assoziierte Störungen“ verschoben.

? Welche Störung, die in der ICD-10 zu den Impulskontrollstörungen (F63) zählte, ist in der ICD-11 eine eigenständige Diagnose im Abschnitt der Zwangsstörungen?

- Pathologisches Horten
- Trichotillomanie
- Kleptokratie
- Pyromanie
- Glücksspielsucht

? Welche neue, eigenständige Diagnose wurde in den Abschnitt der spezifisch belastungsassoziierten Störungen (6B4) aufgenommen, um gravierende Folgen von wiederholten oder lang andauernden traumatischen Erfahrungen besser abzugrenzen?

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

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

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

- Reaktive Bindungsstörung (6B44)
- Komplexe posttraumatische Belastungsstörung (kPTBS) (6B41)
- Anhaltende Trauerstörung (6B42)
- Akute Belastungsreaktion
- Anpassungsstörung mit langanhaltender Depression (6B43.1)

? Welcher Begriff ersetzt die bisherige Bezeichnung „Münchenhausen-by-proxy“ (F68.1) und kann sich nun auch auf Haustiere beziehen?

- Dissoziative Identitätsstörung (6B65)
- Artificielle Störung, auf andere gerichtet (6D51)
- Artificielle Störung, selbstbezogen (6D50)

- Simulation mit Täuschungsabsicht
- Chronische psychosomatische Belastungsstörung (6C20.2)

? Welche Bedingung muss erfüllt sein, damit eine Persönlichkeitsstörung nach ICD-11 diagnostiziert werden kann?

- Die Symptome müssen mindestens sechs Monate bestehen.
- Es müssen alle fünf Merkmale einer Persönlichkeitsstörung erfüllt sein.
- Es muss ein stationärer Aufenthalt erfolgt sein.
- Es muss eine schwere Beeinträchtigung im Alltag vorliegen.
- Die Symptomatik muss seit mindestens zwei Jahren bestehen.

? Welche Änderung wurde bei den depressiven Störungen im Kognitiven Cluster (Cluster II) vorgenommen?

- Hoffnungslosigkeit wurde gestrichen.
- Schlafstörungen wurden hinzugefügt.
- Unaufmerksamkeit wurde durch verringerte Entscheidungsfähigkeit ersetzt.
- Appetitstörungen wurden umbenannt.
- Erschöpfung wurde zum Hauptsymptom.

Aktuelle CME-Kurse aus der Psychiatrie

► **Einschränkung mit dem Mini-ICF-APP messbar machen**

aus: NeuroTransmitter, Ausgabe 1/2026
 von: M. Weih
 Zertifiziert bis: 2.2.2027
 CME-Punkte: 2

► **Angststörungen im höheren Lebensalter**

aus: DNP – Die Neurologie & Psychiatrie, Ausgabe 1/2026
 von: A. Quante
 Zertifiziert bis: 30.1.2027
 CME-Punkte: 2

► **Digitale Interventionen bei psychotischen Störungen**

aus: InFo Neurologie + Psychiatrie, Ausgabe 1/2026
 von: L. Emde
 Zertifiziert bis: 30.1.2027
 CME-Punkte: 2

► **Antipsychotika zur Behandlung der Schizophrenie**

aus: DNP – Die Neurologie & Psychiatrie, Ausgabe 5/2025
 von: M. Rentrop
 Zertifiziert bis: 30.9.2026
 CME-Punkte: 2

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

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

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



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

Neuritis Netz

Karpaltunnelsyndrom oder doch CIDP?

Die chronisch inflammatorische demyelinisierende Polyradikuloneuropathie (CIDP) ist eine seltene immunvermittelte Erkrankung des peripheren Nervensystems. Aufgrund der klinischen Heterogenität und zahlreicher Differenzialdiagnosen kann die Diagnosestellung herausfordernd sein. Neben der klinischen Untersuchung nehmen elektrophysiologische Befunde sowie unterstützende Kriterien wie Liquordiagnostik, Bildgebung und Therapieansprechen eine wichtige Rolle ein, wie nachfolgende Kasuistik nahelegt.

K. PITAROKOILI¹, R. BALASUBRAMANIAM², N. TJIANG³, R. KLIMAS¹, J. MOTTE¹, F. STASCHEIT^{4,5}, F. F. KONEN⁶, K. JENDRETZKY⁶, J. BECKER⁷, S. GINGELE⁶, J. KLEHMET^{4,5}, K. KNEER⁸, E. ENAX-KRUMOVA⁷, F. KOHLE³, K. KUMMER⁹, S. GLAUBITZ¹⁰, F. PREISNER¹¹, J. PHILIPPS¹², H. LEHMANN¹³, M. ÖZTÜRK⁶, K. HOLZAPFEL¹⁴, H. PRESSLER^{4,5}, D. H. LEE¹⁵, R. LINKER¹⁵, T. RUCK⁷, J. SCHMIDT⁹, H. W. RAUSCH¹⁶, M. K. R. SVAČINA¹⁷, A. SPRENGER-SVAČINA¹⁷, D. STURM¹, M. SCHROETER³, M. KRONLAGE²², H. STAHL⁸, G. ELLRICHMANN-WILMS¹⁸, L. SCHIRMER¹⁶, M. PAWLITZKI¹⁹, S. MEUTH²⁰, C. WARNE¹⁷, J. ZSCHÜNTZSCH¹⁰, M. YOON²¹, A. GRIMM⁸, T. SKRIPULETZ⁶, R. GOLD¹, A. L. FISSE¹

FÜR DAS NEURITIS NETZ

Ein 53-jähriger Patient ohne relevante Vorerkrankungen stellte sich aufgrund einer seit einem Jahr bestehenden progredienten, beidseitigen, asymmetrischen Schwäche der Arme und einer leichten Schwäche der Beine in der Klinik vor. Im Vorfeld wurde ein beidseitiges Karpaltunnelsyndrom diagnostiziert, das sich unter konservativen Maßnahmen nicht besserte.

Befund bei Vorstellung

Die körperliche Untersuchung ergab eine Schwäche nach Medical Research Council (MRC) von 2/5 der Handgelenk- und Fingerbeugung links und von 4/5 rechts. Der Patient klagte über Schwierigkeiten beim Gehen längerer Strecken. Paresen der Beine konnten nicht festgestellt werden. Ein reduziertes Temperaturempfinden und Hypästhesie bestanden an den Fingerkuppen beidseits, vor allem der volaren Seite des linken Daumens bis zum Zeige-, Mittel- und Ringfinger. Das Hoffmann-Tinel- und das Phalen-Zeichen waren negativ. Die Bizeps- und Trizepsreflexe waren beidseits seitengleich mittellebhaft, der Brachioradialisreflex links war abgeschwächt.

Die Magnetresonanztomografie (MRT) der Halswirbelsäule war unauffällig.

Bei der elektrophysiologischen Untersuchung wurde eine reduzierte Nervenleitgeschwindigkeit (NLG) von 30 m/s sowie eine Amplitudenminderung der motorischen Summenaktionspotenziale (cMAP) mit 2,3 mV nach distaler Stimulation und 1,7 mV nach proximaler Stimulation des linken N. medianus festgestellt. Dazu kam ein Leitungsblock des rechten N. medianus – nach distaler Stimulation 6 mV und nach proximaler Stimulation 3,2 mV, NLG 49 m/s – und des rechten N. ulnaris mit 7,2 mV nach distaler Stimulation und 2,1 mV nach proximaler Stimulation unterhalb des Ellenbogens, NLG 56 m/s ohne temporale Dispersion. Die distale motorische Latenz des N. medianus war nur leicht verzögert (rechts 4,1 ms und links 4,3 ms). Die sensiblen Nervenaktionspotenziale des N. medianus beidseits wiesen reduzierte Amplituden von 2,3 µV rechts und 3,4 µV links mit einer NLG von 50 m/s rechts und 55 m/s links auf. Die F-Wellen-Latenzen und die weitere elektrophysiologische Untersuchung waren unauffällig. In der Elektromyografie zeigten sich

positive scharfe Wellen (1+) im linken M. abductor pollicis brevis und ein chronisch neurogener Umbau.

Frage 1

Welche klinische und elektrophysiologische Diagnose kann gestellt werden und anhand welcher Kriterien?

- a. Karpaltunnelsyndrom beidseits
- b. Typische chronisch inflammatorische demyelinisierende Polyradikuloneuropathie (CIDP)
- c. Distale CIDP
- d. Multifokale oder fokale CIDP
- e. Sensible CIDP
- f. Motorische CIDP

Zu Antwort a: Die elektrophysiologischen Befunde zeigen eine demyelinisierende Schädigung über die Nn. mediani mit einer grenzwertigen Verzögerung der distal motorischen Latenz (DML), fehlende Hoffmann-Tinel- und Phalen-Zeichen, sowie weitere elektrophysiologische Auffälligkeiten. Deshalb kann die Diagnose eines Karpaltunnelsyndroms nicht bestätigt werden. Ungewöhnlich wären hierfür auch die normwertigen sensiblen NLG der Nn. mediani.

Neue Serie zur CIDP im NeuroTransmitter

Entzündliche Neuropathien gehören zu den wichtigsten, aber auch komplexesten Erkrankungen des peripheren Nervensystems. Insbesondere die chronisch inflammatorische demyelinisierende Polyradikuloneuropathie (CIDP) zeigt ein breites Spektrum klinischer Manifestationen. In den vergangenen Jahren haben neue diagnostische Kriterien, verbesserte elektrophysiologische Verfahren sowie Fortschritte in der Bildgebung und Biomarkerdiagnostik zu einem besseren Verständnis der Erkrankung beigetragen. Die neue Beitrags-Reihe zur CIDP hier im Neuro-Transmitter greift diese Entwicklungen auf. Ziel ist es, aktuelle Aspekte der Diagnostik, Differenzialdiagnostik und Therapie praxisnah darzustellen und Neurologinnen und Neurologen im klinischen Alltag zu unterstützen. Die Beiträge entstehen in Zusammenarbeit mit dem Neuritis-Netz, einem

deutschlandweiten Zusammenschluss neurologischer Zentren mit besonderer Expertise in der Diagnostik und Behandlung entzündlicher Neuropathien. Durch die enge Kooperation klinischer Zentren sollen aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse und klinische Erfahrung zusammengeführt werden. In der Serie werden klinische Fallbeispiele, aktuelle diagnostische Entwicklungen und praxisrelevante Empfehlungen vorgestellt, um die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit CIDP und anderen entzündlichen Neuropathien weiter zu verbessern.

Vorschau auf die Themen

Kommende Beiträge befassen sich mit den Themen Therapieresistenz der CIDP sowie der Nutzung von Liquordiagnostik und blutbasierten Biomarkern. Weitere Themen werden sein: Nervenonografie und



Elektrophysiologie bei entzündlichen Neuropathien, der Rolle des Komplementsystems bei CIDP, nodalen und paranodalen Antikörpern, sowie die Umstellung auf subkutane Immunglobuline bei CIDP.

Zu Antwort b: Die CIDP ist eine autoimmunvermittelte, entzündliche Erkrankung des peripheren Nervensystems mit einer Prävalenz von 0,8 bis 8,9 pro 100.000 Personen [1]. Sie tritt am häufigsten bei Männern zwischen dem 40. und 60. Lebensjahr auf. Eine Manifestation ist auch im Säuglings- und Kindesalter möglich [2]. In der Vergangenheit wurden eine Vielzahl von Diagnosekriterien vorgeschlagen, die sich hinsichtlich Sensitivität und Spezifität deutlich unterscheiden [3, 4, 5, 6, 7]. Die letzte Revision der Kriterien wurde im Jahr 2021 von einer Expertengruppe durchgeführt (Tab. 1, 2, 3) [8].

Für die Diagnose einer typischen CIDP sollten eine progressive oder rezidivierende, über mindestens acht Wochen fortschreitende, symmetrische, proximale und distale Muskelschwäche der Arme und Beine sowie Sensibilitätsstörungen an mindestens zwei Extremitäten nachgewiesen werden. Weitere Merkmale sind fehlende oder verminderte Muskeleigenreflexe an den betroffenen Extremitäten. Eine Beteiligung der Atemmuskulatur [9, 10] oder eine autonome Störung [11, 12] sind die Ausnahmen. Die typische CIDP wird diagnostiziert, wenn in mindestens zwei motorischen Nerven die elektrophysiologischen Kriterien erfüllt sind (Tab. 2). Sind diese nur in einem Nerv vorhanden, ist von

einer möglichen CIDP auszugehen. Bei zwei supportiven Kriterien kann eine vollwertige CIDP vorliegen, das wird unter Fragestellung 3 näher betrachtet. Der Nachweis von pathologischen Veränderungen in mindestens zwei sensiblen Nerven stellt eine weitere Voraussetzung für die Diagnose einer CIDP dar (Tab. 3).

Im Fall des 53-jährigen Patienten lag ein asymmetrischer sensomotorischer Befall der Arme vor. Ob es sich um eine CIDP-Variante handelt, kann nicht abschließend ausgeschlossen werden.

Zu Antwort c: Die distale CIDP (früher auch distale erworbene symmetrische demyelinisierende Neuropathie (DADS) [13]) zeigt sich in distalen Sensibilitätsstörungen an den Extremitäten und durch Gangunsicherheit. Paresen können ebenfalls auftreten und sind distal an den Beinen ausgeprägter als an den Armen.

Wichtig ist, dass circa zwei Drittel der Patientinnen und Patienten mit diesem Phänotyp eine IgM-paraproteinämische Neuropathie, oft mit Antikörpern gegen myelinassoziertes Glykoprotein (MAG), haben [14]. Werden diese Antikörper nachgewiesen, wird die Erkrankung als Anti-MAG-Neuropathie bezeichnet und nicht als CIDP.

In Abgrenzung zur typischen CIDP ist bei der distalen Variante der zusätzliche

Nachweis einer Affektion der Arme gefordert.

Die Kriterien für Demyelinisierung in den motorischen Neurografien in mindestens zwei Nerven der Arme müssen erfüllt sein. Hierbei sollte die Amplitude des Muskelsummenaktionspotenzials (MSAP) ≥ 1 mV betragen. Lassen sich die elektrodiagnostischen Kriterien dagegen nur in den Beinnerven oder nur in einem Armnerv bestätigen, ist von einer möglichen distalen CIDP auszugehen. Ergänzende Kriterien können in diesen Fällen die diagnostische Sicherheit erhöhen. Sind nur Beinnerven betroffen, gilt dies nicht. Die Kriterien der sensiblen Nerven müssen zusätzlich in mindestens zwei Nerven erfüllt sein [15].

In dem hier vorgestellten Patientenfall zeigte sich ein asymmetrischer sensomotorischer Befall der Arme, daher kann diese CIDP-Variante ausgeschlossen werden.

Zu Antwort d: Die multifokale CIDP (früher multifokale demyelinisierende Neuropathie mit persistierendem Leitungsblock, Lewis-Sumner-Syndrom [LSS] [16], multifokale erworbene demyelinisierende sensible und motorische Neuropathie [MADSAM] [17] oder multifokale entzündliche demyelinisierende Neuropathie [16]) manifestiert sich zuerst asymmetrisch an den Armen. Die

Tab. 1: Klinische Kriterien der CIDP-Varianten

Typische CIDP	progressive oder rezidivierende, über mindestens acht Wochen fortschreitende, symmetrische, proximale und distale Muskelschwäche der oberen und unteren Extremitäten und Sensibilitätsstörungen an mindestens zwei Extremitäten
Distale CIDP	distale sensible und motorische Ausfälle vorwiegend der unteren Extremitäten
Multifokale CIDP	sensible und motorische Ausfälle multifokal, asymmetrisch in mehr als einer Extremität (vorwiegend obere Extremitäten), schlechtes Therapieansprechen auf Erstlinientherapie
Fokale CIDP	sensible und motorische Ausfälle in nur einer Extremität, vor allem Plexus
Sensible CIDP	sensible Ausfälle ohne motorische Beteiligung, die Mehrheit entwickelt im Verlauf motorische Ausfälle (Übergang zu distalen oder typischen CIDP)
Motorische CIDP	motorische Ausfälle ohne sensible Beteiligung, Verschlechterung unter Glukokortikoiden möglich

Tab. 2: Elektrophysiologische Diagnosekriterien der CIDP in der Neurografie motorischer Nerven

- 1. Stark hinweisend auf eine Demyelinisierung ist mindestens eines der Kriterien:**
 - Verlängerung der DML $\geq 50\%$ in zwei Nerven (Ausnahme KTS)
 - Reduktion der mNLG $\geq 30\%^{***}$ in zwei Nerven
 - Verlängerung der F-Wellen-Latenz $\geq 20\%$ in zwei Nerven ($\geq 50\%$, falls MSAP $< 80\%^{**}$)
 - F-Wellenverlust in zwei Nerven (wenn MSAP $\geq 20\%$) und zusätzlich mindestens ein anderes Kriterium in mindestens einem anderem Nerv
 - Leitungsblock: proximales MSAP $\geq 30\%$ reduziert (versus distal, Ausnahme: N. tibialis), MSAP muss $\geq 20\%^{**}$ in zwei Nerven betragen; oder in einem Nerv und zusätzlich mindestens ein anderes Kriterium außer F-Wellen-Verlust
 - Abnorme temporale Dispersion: $> 30\%$ längere Amplitudendauer proximal versus distal (mindestens 100% im N. tibialis) in mindestens zwei Nerven
 - Verlängerung der Dauer des dMSAP in mindestens einem Nerv und mindestens ein anderes Kriterium in einem oder mehr anderen Nerven ***

2. Schwach hinweisend auf Demyelinisierung

Wie in 1. aber nur in einem Nerv

*DML = distal motorische Latenz; KTS = Karpaltunnelsyndrom; mNLG = motorische Nervenleitgeschwindigkeit; MSAP = Muskelsummenaktionspotenzial; *des oberen Grenzwertes; **des unteren Grenzwertes; *** abhängig vom Nerv und vom eingestellten Frequenzfilter [21]*

Beine können später mitbetroffen sein. Hirnnervenbeteiligungen kommen häufiger vor als bei anderen CIDP-Formen.

Die fokale CIDP ist selten und betrifft meist den Plexus brachialis oder Plexus lumbosacralis, kann aber auch einzelne periphere Nerven befallen [18].

Bei der multifokalen CIDP müssen Leitungsverzögerungen in mindestens zwei motorischen Nerven mindestens zweier Extremitäten nachweisbar sein. Sind die elektrophysiologischen Kriterien nur in einem Nerv erfüllt, ist die Diagnose einer *möglichen* multifokalen CIDP zu stellen.

Für die fokale CIDP sollten Auffälligkeiten in mindestens zwei Nerven der betroffenen Extremität vorliegen. Sind

die elektrophysiologischen Kriterien jedoch nur in einem Nerv zweifelsfrei, kann maximal eine *mögliche* fokale CIDP diagnostiziert werden. Die elektrophysiologischen Kriterien der sensiblen Nerven müssen außerdem in mindestens zwei Nerven der betroffenen Extremität für die Diagnose einer multifokalen oder fokalen CIDP erfüllt sein oder in mindestens einem Nerv für die Diagnose einer *möglichen* multifokalen oder fokalen CIDP.

Bei dem Patient bestand ein asymmetrischer sensomotorischer Befall der Arme mit demyelinisierenden Zeichen an mehr als zwei motorischen und zwei sensiblen Nerven. Daher war von einer multifokalen Variante auszugehen.

Zu Antwort e: Die sensible CIDP ist gekennzeichnet durch eine Gangataxie bei Pallhypästhesie, Störung des Lagesinns und der Oberflächensensibilität. Per Definition liegt keine Muskelschwäche vor. Langfristige Nachuntersuchungen haben aber gezeigt, dass die sensible CIDP häufig vorübergehend ist und dem Auftreten von Schwäche bei etwa 70 % der Patientinnen und Patienten vorausgeht [19]. Die Diagnose der sensiblen CIDP erfordert, dass die Kriterien der sensiblen Leitungsverzögerung belegt sind und die Neurografie in allen von vier gemessenen motorischen Nerven (Nn. medianus, ulnaris, peroneus und tibialis) normwertig ist. Die maximal erreichbare diagnostische Sicherheit ist die einer möglichen sensiblen CIDP. Hier ist also auch bei Vorliegen von supportiven Kriterien die höchste diagnostische Kategorie nicht erreichbar. Sind die Kriterien der sensiblen plus motorischen Leitungsverzögerung in mindestens einem Nerv erfüllt, ist von einer möglichen sensibel-führenden CIDP auszugehen. Sind die Kriterien der motorischen Leitungsverzögerung neben den sensiblen Kriterien in mindestens zwei Nerven gesichert, erhöht sich die diagnostische Sicherheit zu einer sensibel-führenden CIDP [15, 20].

Zu Antwort f: Die motorische CIDP zeigt sich als weitgehend symmetrische proximale und distale Extremitätenschwäche. Im Gegensatz zur typischen CIDP ist die Sensibilität intakt [21]. Die elektrophysiologischen Kriterien müssen in mindestens zwei motorischen Nerven erfüllt sein. Dagegen muss die Neurografie in allen der mindestens vier zu messenden sensiblen Nerven (Nn. medianus, ulnaris, suralis und radialis) unauffällig sein. Liegen die Kriterien nur in einem motorischen Nerv vor, kann eine *mögliche* motorische CIDP diagnostiziert werden. Bestehen bei klinischem Befund einer motorischen CIDP und Nachweis einer Demyelinisierung in zwei motorischen Nerven auch Auffälligkeiten in zwei sensiblen Nerven, ist von einer motorisch-führenden CIDP auszugehen.

Bei Patientinnen und Patienten mit motorischer CIDP kann es unter Glukokortikoiden zu einer Verschlechterung der Symptomatik kommen [22].

Eine mögliche Differenzialdiagnose ist die multifokale motorische Neuropathie (MMN). Bei der MMN fallen durch Paresen hauptsächlich die oberen Extremitäten asymmetrisch aus.

Frage 2

Welche allgemeinen und speziellen laborchemischen Parameter sollten überprüft werden, um andere Ursachen einer Polyneuropathie als eine CIDP auszuschließen?

- Allgemeines Blutbild und ergänzende Parameter
- Serumproteinelektrophorese, Immunfixation und Leichtketten im Serum (IgM-Paraproteine und Anti-MAG-Antikörper)
- Nodale oder paranodale Antikörper

Zu Antwort a: Folgende ergänzende laborchemische Untersuchungen wurden in dem vorliegenden Fall durchgeführt: Blutbild, Transaminasen, Nierenparameter, Vitaminspiegel (B12, B1, B6, Folsäure), antinukleäre Antikörper, anti-neutrophile zytoplasmatische Antikörper, Rheumafaktor, infektiologisches Labor. Hier zeigten sich keine Auffälligkeiten. Der HbA1c war grenzwertig bei 6%. Der Patient wurde deshalb diätisch eingestellt.

Zu Antwort b: Die Durchführung der Diagnostik für einer monoklonale Gammopathie wird für alle Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf eine CIDP empfohlen. Monoklonale Gammopathien können mit Neuropathien assoziiert sein, die eine CIDP imitieren, zum Beispiel die Anti-MAG-Neuropathie, das Multiple Myelom, ein POEMS-Syndrom (Polyneuropathie, Organomegalie, Endokrinopathie, M-Gradient und „skin lesions“) oder eine AL-Amyloidose.

Vor allem bei der distalen CIDP sollte mehrmals auf IgM-Paraproteine und Anti-MAG-Antikörper getestet werden, da aus dem entsprechenden Nachweis unmittelbare therapeutische Konsequenzen entstehen (hoher Titer der Anti-MAG-Antikörper > 7.000 Bühlmann Titre Units, BTU). Dazu können ein Bühlmann-ELISA oder lokal validierte ELISA-Verfahren, ein Western-Blot oder immunhistochemische Verfahren genutzt werden [23].

Zusätzlich sollte der Serumspiegel des vaskulären endothelialen Wachstumsfaktors (VEGF-A) bei Patientinnen und Patienten mit einem distalen und schmerzhaften CIDP-Phänotyp bestimmt werden, um ein POEMS-Syndrom abzugrenzen.

Zu Antwort c: Der Nachweis von nodalen oder paranodalen Antikörpern, und damit Nod- oder Paranodopathien, insbesondere Anti-NF155-IgG (Neurofascin) und Anti-CNTN1-IgG, bedeutet ein schlechteres Ansprechen auf konventionelle Therapien [24, 25, 26, 27, 28, 29]. Die Antikörpertestung sollte mit entsprechenden Qualitätsstandards erfolgen. Dazu sollte ein zellbasierter Assay unter Verwendung von Expressionsvektoren genutzt werden, die für humane NF155, CNTN1, NF186/NF140 und Caspr1 kodieren. Außerdem sollte ein Bestätigungstest mit ELISA unter Verwendung von humanen rekombinanten Proteinen oder mittels Immunhistochemie an „Teased fiber“-Präparaten wie Anti-NF155-IgG, anti-CNTN1-IgG und anti-Caspr1-IgG durchgeführt werden. Möglicherweise sollte auch auf anti-NF140/186-IgG getestet werden, wenn folgende Punkte zutreffen:

- fehlendes Therapieansprechen auf Standardtherapien (intravenöse Immunglobuline IVIg, Glukokortikoide),
- akuter oder subakuter fulminanter Beginn und frühere Diagnose von Guillain-Barré-Syndrom (GBS) oder A-CIDP,
- niederfrequenter Tremor, Ataxie ohne passende sensible Beteiligung oder andere Symptome einer Kleinhirnbeteiligung oder eine überwiegend distale Schwäche,
- Atemversagen und Hirnnervenbeteiligung,
- assoziiertes nephrotisches Syndrom,
- schwere Schrankenfunktionsstörung im Liquor.

Frage 3

Welche supportiven Kriterien helfen bei der Diagnose der CIDP, wenn diese nach European Academy of Neurology/Peripheral Nerve Society (EAN/PNS 2021) nicht sicher klinisch und elektrophysiologisch gestellt werden kann? Welche Befunde sind dafür typisch?

- Liquordiagnostik
- Nervensonografie
- MR-Neurografie
- Nervenbiopsie
- Therapieansprechen

Zu Antwort a: Das Liquorgesamtprotein ist mit einer Sensitivität von 42–77% bei der CIDP häufig erhöht. Jedoch ist die Spezifität, also ob die Messung der Gesamtproteinerhöhung hilft, eine CIDP von anderen Erkrankungen zu unterscheiden, noch nicht ausführlich untersucht [30]. Grundsätzlich besser geeignet und pathomechanistisch relevanter ist der altersabhängige Liquor-Serum-Albumin-Quotienten als Maß für die Blut-Liquor-Schrankenfunktion. Eine Erhöhung desselben weist auf eine Störung des Liquorflusses hin, der sich in diesem Kontext durch die Polyradikulitis erklären lässt. Aktuelle multizentrische Daten zeigen zudem, dass sich bei etwa 9% der Patientinnen und Patienten Diskrepanzen zwischen Liquorgesamtprotein und Albuminquotient finden, wobei insbesondere jüngere Personen trotz normalem Gesamtprotein eine relevante Blut-Liquor-Schrankenstörung im Albuminquotienten aufweisen können. Dies unterstreicht, dass die alleinige Bewertung des Liquorproteins zu falsch negativen Befunden führen kann und die Bestimmung des altersabhängigen Albuminquotienten insbesondere bei jüngeren Patientinnen und Patienten empfohlen ist [31]. Die Liquordiagnostik sollte daher vor allem in Betracht gezogen werden, um die Diagnose einer CIDP zu unterstützen:

- bei Patientinnen und Patienten, die lediglich die diagnostischen Kriterien für eine mögliche CIDP erfüllen,
- bei akutem oder subakutem Beginn,
- wenn eine infektiöse oder paraneoplastische Ätiologie vermutet wird [22].

Da eine Liquoruntersuchung nicht nur der Bestätigung der Diagnose dient, sondern auch dem Ausschluss von Differenzialdiagnosen, wird bei Verdacht auf eine entzündliche Neuropathie die Durchführung einer Liquoruntersuchung empfohlen.

Die Sensitivität der Liquorgesamtproteinerhöhung für CIDP bei Verwendung des Grenzwerts von $\geq 0,5$ g/L unter 50

Tab. 3: Elektrophysiologische Diagnosekriterien der CIDP in der Neurografie sensibler Nerven**1. CIDP**

- pathologische sensible Neurografie (verlängerte Latenz, reduziertes SNAP, oder sNLG) in zwei Nerven

2. Mögliche CIDP

- wie in 1. aber nur in einem Nerv
- sensible CIDP (normale motorische Neurografie vorausgesetzt), entweder
 - sNLG < 80%** (bei SNAP > 80%**) oder < 70%** (bei SNAP < 80%**) in mindestens zwei Nerven, oder
 - „sural sparing“ Muster: abnormes SNAP des N. medianus oder N. radialis und normales SNAP des N. suralis (Ausnahme KTS)

*KTS = Karpaltunnelsyndrom; sNLG = sensible Nervenleitgeschwindigkeit; SNAP = sensibles Nervenaktionspotenzial; **des unteren Normwerts [15]*

Jahren und >0,6 g/L über 60 Jahren beträgt 68 % [32]. Des Weiteren bleibt dessen Relevanz der Erhöhung bei Diabetes mellitus unklar und sollte nach aktueller Datenlage mit Vorsicht interpretiert werden. Generell gilt zu berücksichtigen, dass eine Funktionsstörung des Liquorflusses unspezifisch ist und auch bei vielen anderen, auch nicht neurologischen, Erkrankungen zu beobachten ist. Bei Kindern gelten unterschiedliche Referenzbereiche für verschiedene Alterskategorien, was bei der Interpretation berücksichtigt werden sollte.

Im hier betrachteten Fall ergaben sich dabei keine Auffälligkeiten.

Zu Antwort b: Eine Nervenonografie zeigte in diesem Fall eine Zunahme der Querschnittsfläche des N. medianus beidseitig, am Unterarm (rechts 14 mm², links 16 mm²) und links am Oberarm (20 mm²).

Zu Antwort c: Gemäß den EAN/PNS-2021-Empfehlungen weisen hier vor allem Vergrößerungen der Nervenquerschnittsfläche im Bereich der proximalen Armnerven und des Plexus brachialis auf eine entzündliche Neuropathie hin (N. medianus am Unterarm > 10 mm² oder am Oberarm > 13 mm², Primärstränge im Skalenus > 9 mm² oder Wurzeln > 12 mm²) [33]. In mehreren Fallserien wurde gezeigt, dass die Bildgebung mittels Ultraschall die Detektionsrate entzündlicher Neuropathien mit einem unterschiedlichem Muster zwischen typischer CIDP und CIDP Varianten erhöht [34, 35].

Andere Differenzialdiagnosen der CIDP, wie die TTR-Amyloidose, viele Varianten der Charcot-Marie-Tooth Typ 1/hereditären motorisch-sensiblen Neuropathie Typ I (CMT1) oder das GBS, können ähnliche Veränderungen der proximalen Armnerven und der Nervenwurzeln verursachen. Ob hierbei für die Differenzierung feste Scoring-Protokolle zum Einsatz kommen sollen, ist aktuell noch offen [36, 37, 38].

Die MRT wird nur bei Erwachsenen und bei Patientinnen und Patienten mit möglicher CIDP empfohlen. Hierbei zählen Vergrößerungen der Nerven oder T2-Hyperintensitäten (DIXON/STIR) koronar und sagittal zu den Hauptkriterien, während über die Anwendung von Kontrastmittel Uneinigkeit besteht. Im Gegensatz zur vorherigen Leitlinie wird zur MRT nur noch bei fehlender Verfügbarkeit des Nervenultraschalls oder wegen eines nicht wegweisenden Nervenonografiebefunds geraten [33].

Eine MR-Neurografie des Pl. lumbosacralis zeigte im vorliegenden Fall fokale Auftreibungen des Pl. lumbosacralis beidseitig, passend zu einer entzündlichen Polyneuropathie.

Zu Antwort d: Eine Biopsie des N. suralis, gelegentlich aber auch des N. peroneus superficialis, wird weiterhin als supportives Kriterium benannt. Die Sensitivität und Spezifität der Nervenbiopsie für die CIDP-Diagnose kann weiterhin nicht abgeschätzt werden, da die vorhandenen Studien sehr heterogen sind, was unter anderem auf die Subjektivität der Befundung der Biopsien, den Zeitpunkt

der Biopsie im Krankheitsverlauf und Komorbiditäten zurückzuführen ist [39]. Positive Befunde sind daher nicht spezifisch und negative Befunde schließen die Diagnose nicht aus. Eine Nervenbiopsie sollte daher nicht als Routineverfahren bei Verdacht auf CIDP erfolgen, sondern nur

— wenn die Diagnose CIDP durch klinische, laborchemische, bildgebende und elektrodiagnostische Untersuchungen nicht bestätigt werden kann und dennoch ein hochgradiger Verdacht besteht,

— bei schlechtem oder fehlendem Therapieansprechen und zum Ausschluss alternativer Diagnosen wie Vaskulitis, Sarkoidose, Nervenscheidentumoren/Neurofibromatose oder CMT, Amyloidose (Genetik primär zielführend). Die Qualität der histologischen Analysen ist entscheidend. Nervenbiopsien sollten nur in Betracht gezogen werden, wenn erfahrene (Neuro-)Chirurginnen oder -Chirurgen und Neuropathologinnen und Neuropathologen zur Verfügung stehen [40]. Die Biopsie eines klinisch betroffenen Nerven trägt zur diagnostischen Genauigkeit bei.

Histologische Befunde, die die Diagnose einer CIDP unterstützen können, sind dünn myelinisierte Axone und Zwiebschalenformationen, dünn myelinisierte oder demyelinisierte Internodien, perivaskuläre Cluster von Makrophagen und Merkmale der Demyelinisierung in der Elektronenmikroskopie [41, 42, 43].

Zusammengefasst sollte eine Nervenbiopsie nach Nutzen-Risiko-Abwägung durchgeführt werden und Patientinnen und Patienten sollten vorher über die geringe Genauigkeit des Tests und über die möglichen Komplikationen aufgeklärt werden. Eine Suralisbiopsie ist mit Taubheitsgefühlen im Innervationsgebiet verbunden. Weitere Komplikationen sind akuter Schmerz, chronischer Schmerz, Allodynie, Dysästhesie, Neurombildung, Infektionen und Wunddehiszenzen [44, 45, 46, 47, 48].

Zu Antwort e: Ein objektives Ansprechen auf Standardbehandlungen wie intravenöse Immunglobuline (IVIg), Glukokortikoide und Plasmaphere/Immunsorption ist ein tragfähiges suppor-

tives Kriterium, wobei ein fehlendes Ansprechen eine CIDP nicht ausschließt. Klinische Besserung liegt bei einer Verbesserung anhand mindestens einer objektiven Skala vor. Kriterien sind

- erstens eine Reduktion der Behinderung mit einer Verbesserung des IN-CAT Disability Score um mindestens einen Punkt oder des Inflammatory Rasch-built Overall Disability Scale (I-RODS) um mindestens vier Perzentile,
- und zweitens zusätzlich eine Reduktion der Beeinträchtigung, definiert durch eine Zunahme der Handkraft im Vigorimeter um mindestens 8–14 kPa oder im Dynamometer um $\geq 10\%$, eine Verbesserung des MRC-Scores (0–60) um mindestens zwei bis vier Punkte oder des mISS (modifizierter INCAT sensorischer Score) um mindestens zwei Punkte.

Therapie und Verlauf

Therapeutische Effekte von subkutanen Immunglobulinen (SCIG), Immunsuppressiva oder alternativen immunmodulatorischen Therapien wie CD20-Depletion oder Proteasominhibitoren werden aktuell hierbei nicht berücksichtigt. Obwohl ein Nichtansprechen auf alle drei Basistherapeutika eine CIDP nicht per se ausschließt, sollte dann eine Reevaluation der Diagnose CIDP inklusive seltener Differenzialdiagnosen erfolgen.

Im hier besprochenen Fall des 53-jährigen Patienten wurde ein Therapieversuch mit 2 g/kg Körpergewicht (140 g) intravenöser Immunglobulinen über fünf Tage initiiert. Direkt nach Abschluss der fünftägigen IVIg-Behandlung zeigte der Patient eine leichte Besserung der motorischen Schwäche. Einen Monat später wurden 70 g (1 g/kg Körpergewicht) IVIg über zwei Tage als Erhaltungstherapie infundiert. Zwei Wochen nach dieser Infusion hatte sich der Patient nahezu vollständig von seiner motorischen Schwäche erholt, die sensorischen Beschwerden persistierten (INCAT 1). Ein Therapieansprechen ist im Regelfall nach drei Monaten zu erwarten und sollte spätestens hier strukturiert reevaluiert werden. Anschließend wurde eine Krankheitskontrolle mit einer Erhaltungsdosis von 70 g IVIg monatlich erreicht.

Fazit für die Praxis

Ein Patient wird mit einer multifokalen Variante der CIDP vorgestellt. Im Rahmen der Verteilung der Ausfälle an beiden Händen wurde zunächst die Verdachtsdiagnose eines Karpaltunnelsyndroms gestellt, was sich jedoch weder klinisch, elektrophysiologisch noch nervensonografisch bestätigte. Eine prädiabetische Stoffwechselstörung wurde nebenbefundlich diagnostiziert. Die ausgeprägten Zeichen einer Demyelinisierung führten schlussendlich zu der Diagnose einer CIDP, die durch die supportiven Kriterien Nervenultraschall, MR-Neurografie und Therapieansprechen zusätzlich bekräftigt werden konnte.

Dieser Fall betont die Notwendigkeit einer ausführlichen klinischen und elektrophysiologischen Abklärung neuropathischer Beschwerden. Die supportiven Kriterien können die Diagnose einer CIDP oder einer CIDP-Variante oft unterstützen.

Literatur



als Zusatzmaterial unter <https://doi.org/10.1007/s15016-026-4203-4> in der Online-Version dieses Beitrags

Autorenaffiliationen

¹Klinik für Neurologie, St Josef Hospital, Ruhr-Universität Bochum, Gudrunstraße 56, 44791 Bochum

²Klinik für Neurologie, Agaplesion Klinikum Hagen, Grünstraße 35, 58095 Hagen

³Klinik für Neurologie, Medizinische Fakultät, Universität Köln mit Universitätsklinikum Köln, Kerpener Straße 62, 50937 Köln

⁴Charité- Universitätsmedizin Berlin, korporatives Mitglied der Freien Universität Berlin und der Humboldt Universität, Klinik für Neurologie mit Experimenteller Neurologie, Berlin, Deutschland

⁵Neuroscience Clinical Research Center, korporatives Mitglied der Freien Universität Berlin und der Humboldt Universität, Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

⁶Klinik für Neurologie, Medizinische Hochschule Hannover, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover

⁷Klinik für Neurologie, BG Universitätsklinikum Bochum, Ruhr-Universität Bochum, Bürkle de la Camp-Platz 1, 44789 Bochum;

⁸Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Tübingen, Hoppe-Seyler-Straße 3, 72076 Tübingen

⁹Klinik für Neurologie, Immanuel Klinik Rüdersdorf, Seebad 82/83, 15562 Rüdersdorf bei Berlin

¹⁰Klinik für Neurologie, Universitätsmedizin Göttingen, Robert-Koch-Straße 40, 37075 Göttingen

¹¹Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Heidelberg, Im Neuenheimer Feld 672, 69120 Heidelberg

¹²Klinik für Neurologie und Neurogeriatrie, Johannes Wesling Klinikum Minden, Hans-Nolte-Straße 1, 32429 Minden

¹³Klinik für Neurologie, Klinikum Leverkusen, Am Gesundheitspark 11, 51375 Leverkusen

¹⁴Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Augsburg, Stenglinstraße 2, 86156 Augsburg;

¹⁵Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Regensburg, Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93053 Regensburg

¹⁶Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Mannheim, Theodor-Kutzer-Ufer 1–3, 68167 Mannheim

¹⁷Philipps Universität Marburg & Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Marburg, Baldingerstraße, 35043 Marburg

¹⁸Klinik für Neurologie, Klinikum Dortmund, Beurhausstraße 40, 44137 Dortmund

¹⁹Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Münster, Albert-Schweitzer-Campus 1, 48149 Münster

²⁰Klinik für Neurologie, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine Universität Düsseldorf, Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf

²¹Klinik für Neurologie, Augusta Kliniken Bochum, Bergstraße 26, 44791 Bochum

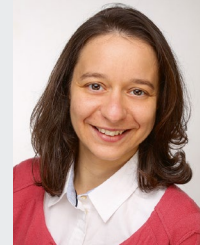
²²Klinik für Diagnostische und Interventionelle Neuroradiologie und Kinderneuroradiologie, Universitätsklinikum Bonn, Venusberg-Campus 1, 53127 Bonn

KORRESPONDIERENDE AUTORIN

PD Dr. med. Kalliopi Pitarokoili

Klinik für Neurologie, St. Josef Hospital, Ruhr-Universität Bochum
Gudrunstrasse 56
44791 Bochum

kalliopi.pitarokoili@rub.de



Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

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.

Inebilizumab als Add-on bei Myasthenie zugelassen

Die EU-Kommission hat die Zulassung für Inebilizumab (Uplizna®) erweitert um die Zusatzbehandlung zur Standardtherapie von Erwachsenen mit AChR- und MuSK-Antikörper-positiver generalisierter Myasthenia gravis (gMG). Grundlage waren die Ergebnisse der Phase-III-Studie MINT, in der Inebilizumab nach Woche 26 zu einer stärkeren Reduktion des MG-ADL-Scores im Vergleich zu Placebo führte (-4,2 Punkte vs. -2,2) [Nowak R et al. N Engl J Med. 2025;392(23):2309-20]. Nach zwei initialen Infusionen ist zweimal jährlich eine Erhaltungsdosis erforderlich. Der monoklonale CD19-Antikörper war zuvor bereits zur Behandlung der aktiven Immunglobulin-G4-assoziierten Erkrankung (IgG4-RD) und der Neuromyelitis-optica-Spektrum-Erkrankung (NMOSD) zugelassen und wirkt über die Depletion von CD19-positiven und für die Pathophysiologie relevanten B-Zellen.

red

Nach Informationen von Amgen

MS: Fenebrutinib punktet in weiterer Phase-III-Studie

Die Ergebnisse der Phase-III-Studie FENhance 1 bestätigen das Potenzial des BTK-Inhibitors Fenebrutinib für die Behandlung der schubförmigen Multiplen Sklerose, teilt das Unternehmen Roche mit. In der Studie senkte Fenebrutinib die annualisierte Schubrate über mindestens 96 Wochen um 51 % gegenüber Teriflunomid. Die Ergebnisse entsprechen denen aus FENhance 2, dort betrug die Reduktion 59%. Beide Studien zeigten zudem signifikant weniger gadoliniumaufnehmende T1- sowie neue oder vergrößerte T2-Läsionen. Alle Endpunkte zur Progression wiesen konsistente Vorteile zugunsten von Fenebrutinib auf, wenn auch teils nur als Trends. Sicherheitsrelevante Erhöhungen der Lebertransaminasen waren vergleichbar häufig wie unter Teriflunomid. Pro Studienarm trat in FENhance 1 je ein asymptomatischer Fall im Sinne des Hy's Law auf. In den beiden Studien wurden insgesamt acht Todesfälle unter Fenebrutinib und einer unter Teriflunomid berichtet. Laut Hersteller laufen derzeit weitere Analysen, um diese Ergebnisse besser zu verstehen. Die vollständigen Daten sollen auf dem AAN-Kongress 2026 präsentiert werden.

red

Nach Informationen von Roche

G-BA: Zusatznutzen von Lecanemab nicht belegt

↳ Laut Beschluss des G-BA zur frühen Nutzenbewertung weist Lecanemab (Lecqembi®) keinen Zusatznutzen gegenüber der von ihm selbst festgelegten zweckmäßigen Vergleichstherapie bei der Behandlung der frühen Alzheimerkrankheit auf. Der Antikörper ist seit April 2025 als erste kausale Therapie in Deutschland zugelassen und richtet sich gegen pathologische β -Amyloid-Ablagerungen. Er wird angewendet zur Behandlung von Erwachsenen mit klinisch diagnostizierter leichter kognitiver Störung (MCI) und leichter Demenz aufgrund der Alzheimerkrankheit (zusammengenommen frühe Alzheimerkrankheit) mit bestätigter Amyloidpathologie, die keine oder nur heterozygote Apolipoprotein E ϵ 4-Träger sind. Der Hersteller Eisai widerspricht der Sichtweise des G-BA in einer Pressemitteilung.

Die EU-Zulassung stützt sich primär auf Ergebnisse der globalen Phase-III-Studie Clarity AD [Van Dyck CH et al. N Engl J Med. 2023;388(1):9-21]. Unter Lecanemab reduzierte sich die klinische Verschlechterung im Clinical Dementia Rating Sum of Boxes (CDR-SB) nach 18 Monaten um 31 % gegenüber Placebo. Für das Bewertungsverfahren

legte der Hersteller dem G-BA Daten aus der vierjährigen offenen Verlängerung vor, die einen zunehmenden Wirksamkeitsvorteil bei längerer Behandlungsdauer belegen [Frölich L et al. e-Poster DGN, 2025].

Laut G-BA kann kein Zusatznutzen für Lecanemab anerkannt werden, da der Antikörper in den vorliegenden Studien gegen Placebo getestet wurde – und nicht gegen die zweckmäßige Vergleichstherapie der „Best Supportive Care“. Im Fall der Alzheimerkrankheit bedeute dies eine individuelle unterstützende Behandlung inklusive Medikamente wie Donepezil oder Galantamin. Daten zum Vergleich mit dieser Standardbehandlung seien nicht vorgelegt worden, sodass sich ein Vorteil von Lecanemab nicht habe belegen lassen.

Die Bewertung des G-BA habe keinen Einfluss auf die Verordnungs- und Erstattungsfähigkeit, betont der Hersteller. Obwohl der Beschluss die Grundlage der Verhandlungen mit dem Spitzenverband der GKV um einen Erstattungspreis bildet, zeigt sich Eisai optimistisch, einen angemessenen Erstattungspreis vereinbaren zu können.

red

Nach Informationen von Biogen und Eisai

Myasthenia gravis: neue Perspektiven mit zielgerichteten Therapien

↳ In der Therapie der generalisierten Myasthenia gravis (gMG) bei Erwachsenen wirken neue Medikamente auf unterschiedlichen Ebenen der Immunkaskade. So kann der Antagonist des neonatalen Fc-Rezeptors (FcRn) Rozanolixizumab (Rystiggo®) bei Personen mit Autoantikörpern gegen den Acetylcholinrezeptor (AChR) oder gegen die muskelspezifische Tyrosinkinase als Zusatz zur Standardtherapie subkutan eingesetzt werden. Zilucoplan (Zilbrysq®) blockiert die Spaltung des Komplementproteins C5 und ist zusätzlich zur Standardtherapie bei anti-AChR-Antikörper-positiven Patientinnen und Patienten zugelassen. Die FcRn- und C5-Inhibitoren ermöglichen es, antikörpervermittelte Effekte rasch zu unterbinden und die Wirksamkeit innerhalb von vier bis zwölf Wochen zu beurteilen. Sie

haben ein günstiges Nebenwirkungsprofil und sind gut mit der Basistherapie kombinierbar, berichtete Prof. Christine Schneider-Gold, Katholisches Klinikum Bochum.

Mit den zielgerichteten Medikamenten werde die gMG kontrollierbar, betonte Prof. Heidrun Krämer-Best, Universitätsklinikum Gießen. Denn das Fortschreiten der Myasthenie lasse sich bremsen und die Betroffenen können gut stabilisiert werden. Zwar belegen die Zulassungsstudien einen schnellen Wirkeintritt, Krämer-Best sprach sich jedoch dafür aus, die Therapie potenziell länger fortzuführen, da ein Teil der Erkrankten nicht sofort anspreche.

Ein weiterer Aspekt ist der geringere Bedarf an Steroiden und Immunsuppressiva. Unter Zilucoplan konnten Steroide nach 60 Wochen bei 37 % und nach 120 Wochen bei

41 % der Untersuchten reduziert werden. Der Anteil mit reduzierten Immunsuppressivadosierungen lag bei 11 % (Woche 60) und 15 % (Woche 120) [Hewamadduma C et al. *J Neurol.* 2025;272:457].

Dr. Norma Krümmer, Klinikum Altenburg, berichtete aus ihrer klinischen Praxis über

die erfolgreiche Eskalation auf Rozanolixumab. In einem Fall bestanden anhaltende alltagsrelevante Symptome über mehr als zwei Jahre trotz adäquater verlaufsmodifizierender und symptomatischer Therapie. Unter dem FcRn-Antagonisten reduzierte sich der Schweregrad nach zwei Monaten

laut quantitativem MG-Test von 13 Punkten auf 7 Punkte. **Matthias Manych**

Symposium: „Der Fakten-Check: Myasthenie im Zeitalter der zielgerichteten Therapien“, DGN-Kongress, Berlin, 14.11.2025; Veranstalter: UCB

MS: Anhaltende Effekte auf PIRA, Behinderungsprogression und Kognition

➔ Langzeitdaten zum Einsatz von Cladribin-Tabletten (Mavenclad®) bei der Behandlung von Menschen mit schubförmiger Multipler Sklerose (MS) belegen anhaltende Effekte in Bezug auf die schubunabhängige Krankheitsprogression (PIRA), die Behinderungsprogression und die kognitiven Fähigkeiten auch in der behandlungsfreien Zeit. Cladribin-Tabletten werden in insgesamt vier Behandlungszyklen im Jahr 1 und 2 verabreicht, Jahr 3 und 4 sind behandlungsfrei. Laut der präsentierten Daten waren vier Jahre nach Therapiebeginn mit Cladribin-Tabletten etwa neun von zehn Patientinnen und Patienten mit MS frei von PIRA [Montalban X et al. *ECTRIMS 2025*, P1707] und 83 % wiesen keine bestätigte Behinderungsprogression (CDP) auf [Vermersch P et al. *ECTRIMS 2025*, P335].

Ebenso kam es zu einer deutlichen Reduktion von neuroaxonalen Schäden beziehungsweise chronischen Neuroinflammationen. Über zwei Jahre hinweg konnte ein signifikanter Rückgang der Biomarker saures Gliafaserprotein (GFAP) und Neurofilament-Leichtketten (NfL) beobachtet werden, was mit dem Erhalt von Hirnvolumen korrelierte [Wiendl H et al. *ECTRIMS 2025*, P1694].

Weitere 4-Jahres-Daten zeigten einen hohen Anteil stabiler oder verbesserter kognitiver Fähigkeiten unter Cladribin-Tabletten [Penner IK et al. *ECTRIMS 2025*, P1820]. Prof. Christoph Kleinschnitz, Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Essen, berichtete von seinen ersten Erfahrungen mit der Behandlung mit Cladribin-Tabletten im Jahr 5 und 6. „Unsere Essener Kohorte mit fast 300

Patientinnen und Patienten ist ziemlich groß. Wir konnten zeigen, dass wenn man Erkrankte im Jahr 5 mit einem weiteren Zyklus Cladribin-Tabletten behandelt, und vielleicht auch im Jahr 6 noch einmal, die Schubrate sowie die kernspintomografische Aktivität der Patientinnen und Patienten weiterhin sehr gut kontrolliert bleibt. Sie ist ähnlich niedrig, wie auch in den ersten vier Jahren. Es traten keine neuen oder unerwarteten Nebenwirkungen durch weitere Behandlungszyklen auf. Besonders bei den Lymphozyten war zu beobachten, dass sich keine vermehrten oder stärkeren Lymphopenien entwickelten.“ **Elke Engels**

Industriesymposium: „Konsequenzen der Therapieentscheidung bei MS“, 13.11.2025, DGN-Kongress, Berlin; Veranstalter: Merck

Migränetherapie für Frauen in spezifischen Lebensphasen

➔ Migräneattacken können die Lebensqualität von Frauen erheblich beeinträchtigen. Hormonelle Schwankungen, etwa bei der menstruellen Migräne, zählen zu möglichen Triggern. In der Akuttherapie kommen NSAR, Paracetamol und – bei moderaten bis schweren Attacken – Triptane zum Einsatz. Bei häufigen oder stark belastenden Attacken rückt die Prophylaxe in den Vordergrund. „Ziel ist es, Attackenhäufigkeit und -schwere nachhaltig zu reduzieren und die Lebensqualität zu verbessern“, erklärte PD Dr. Bianca Raffaelli, Klinik für Neurologie, Charité Berlin. Neben klassischen Substanzen wie Betablockern, Antikonvulsiva oder trizyklischen Antidepressiva haben sich zielgerichtete Therapien etabliert – darunter monoklonale Antikörper gegen das Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP)

wie Galcanezumab (Emgality®). Galcanezumab ist zur Prophylaxe bei Erwachsenen mit mindestens vier Migränetagen pro Monat zugelassen und senkte in Studien signifikant die Zahl der monatlichen Migränetage [Stauffer VL et al. *JAMA Neurol.* 2018;75:1080–8; Skljarevski V et al. *Cephalalgia.* 2018;38:1442–54].

Etwa jede fünfte Patientin leidet vorrangig in der perimenstruellen Phase unter Attacken. Es gebe Hinweise auf eine Dysregulation des CGRP-Signalwegs bei menstrueller Migräne, so Raffaelli [Raffaelli B et al. *Neurology.* 2023;100:e1825–35]. Analysen der EVOLVE-Studien zeigen, dass Galcanezumab sowohl perimenstruelle als auch nicht-perimenstruelle Migränetage reduziert [MacGregor EA et al. *Headache.* 2024;64:179–87].

Besondere Lebensphasen erforderten differenzierte Konzepte, sagte Prof. Dagny Holle-Lee, Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Essen. Migräne bessere sich oft in Schwangerschaft und Stillzeit, sei aber auch behandelbar (Akuttherapie: Paracetamol, Ibuprofen [1.–2. Trimenon], Sumatriptan; Prophylaxe: Magnesium, Metoprolol [Absetzen 48 bis 72 Stunden vor Geburt]). In der Perimenopause komme es häufig zu Verschlechterungen. Real-World-Daten deuten darauf hin, dass Galcanezumab auch bei postmenopausalen Frauen wirksam bleibt [Guerzoni S et al. *Acta Neurol Belg.* 2023;123:1039–47]. **Susanne Pickl**

Symposium „Migränesprechstunde: Vom allgemeinen Therapie-Update zu Besonderheiten der Migräne bei Frauen“, 12.11.2025, DGN Berlin; Veranstalter: Organon

Frühe und effektive Therapie erhöht Chance auf Anfallsfreiheit

➔ Menschen mit Epilepsie sind nicht zuletzt aufgrund der Unvorhersagbarkeit und Zufälligkeit möglicher Anfälle sowie der Angst vor dem Tod aufgrund eines Anfalls einer hohen Belastung ausgesetzt [Bauer PR et al. Psychopathology. 2023;56:417–29]. Hinzu komme die Auswirkung der nicht kontrollierten Erkrankung auf die Schlafqualität, Autonomie, Fahreignung, Lebensqualität und Sicherheit, erläuterte Prof. Rainer Surges, Direktor der Klinik für Epileptologie am Universitätsklinikum Bonn [Ioannou P et al. Brain Behav. 2022;12:e2589]. Die Therapieeinstellung auf ein Anfallssuppressivum führt bei zuvor Unbehandelten jedoch nur

bei rund 50% zum Erfolg. Die Chance auf Anfallsfreiheit sinkt mit jedem weiteren Versuch deutlich, sodass bei 34% die Epilepsie nicht kontrolliert werden kann [Chen Z et al. JAMA Neurol. 2018;75:279–86]. Durch eine ergänzende Behandlung mit Cenobamat (Ontozry®) haben therapierefraktäre Personen die Möglichkeit auf Anfallsfreiheit, ergänzte Prof. Adam Strzelczyk, Leitender Oberarzt am Universitätsklinikum Frankfurt am Main. Das Medikament ist indiziert zur adjunktiven Behandlung fokaler Anfälle unabhängig von sekundärer Generalisierung bei erwachsenen Personen mit Epilepsie, die trotz einer vorangegangenen Behandlung mit mindestens zwei antiepileptischen Arzneimitteln nicht ausreichend auf die Therapie ansprechen.

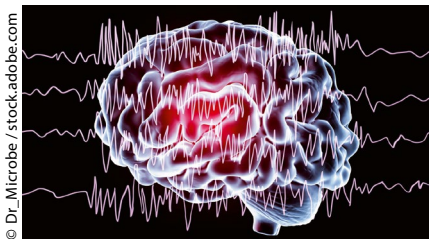
Aktuelle Real-World-Daten bestätigen die Wirksamkeit und Verträglichkeit des Behandlungsmanagements [Strzelczyk A et al. CNS Drugs. 2025;39:321–31]. Nach einem Jahr konnte eine signifikante Anfallsfreiheit von 11,9% sowie eine Gesamtretentionsrate von 77,8% nachgewiesen werden. Je früher die Betroffenen auf die ergänzende Behand-

lung eingestellt werden, desto höher sei die Chance auf eine effektive Therapie bei bereits geringer Dosierung, unterstrich Prof. Andreas Schulze-Bonhage, Ärztlicher Leiter des Epilepsiezentrums am Universitätsklinikum Freiburg. Dies zeigten Daten, nach denen bei 92% der Betroffenen eine Anfallsreduktion und bei 38% Anfallsfreiheit erzielt werden konnte, wenn sie nach einer Vortherapie mit weniger als sechs Anfallssuppressiva auf Cenobamat eingestellt wurden [Martinez-Lizana E et al. Seizure. 2025;125:94–8]. Wurden vorab mehr als zehn Anfallssuppressiva ausprobiert, konnte eine Reduktion bei 42% und eine Freiheit von Anfällen bei 14% beobachtet werden.

„Das ist immer noch eine bedeutsame Verbesserung bei dieser schwer zu behandelnden Patientengruppe“, so der Experte weiter: „Aber wenn wir die richtige Therapie zum richtigen Zeitpunkt einsetzen, geht es noch besser.“

Leoni Burggraf

Symposium „Cenobamat in der Praxis: Real-World-Anwendung in der Epilepsiebehandlung“ DGN-Kongress, 14.11.2025, Berlin; Veranstalter: Angelini



© Dr. Microbe / stock.adobe.com
Problemfeld therapierefraktäre Epilepsie

Neue Therapieoption gegen generalisierte Myasthenia gravis

➔ Die generalisierte Myasthenia gravis (gMG) ist eine seltene, aber schwerwiegende, chronische und bislang nicht heilbare Erkrankung. Sie wird verursacht durch Immunglobulin G (IgG)-Autoantikörper, die gegen den Acetylcholinrezeptor (AChR) oder die muskelspezifische Tyrosinkinase (MuSK) gerichtet sind und die neuromuskuläre Übertragung an der motorischen Endplatte beeinträchtigen. Mit Nipocalimab (Imaavy®) steht jetzt eine neue Therapieoption zur Verfügung.

Nipocalimab ist ein vollständig humanisierter monoklonaler Antikörper, der durch die Hemmung des Fc-Rezeptors für neonatale Antikörper (FcRn) den physiologischen Abbau von zirkulierendem IgG – einschließlich der pathogenen IgG-Autoantikörper – fördert. Die Zulassung besteht für die Zusatzbehandlung zur Standardtherapie (beispielsweise Pyridostigmin mit oder ohne Steroide) von Erwachsenen und Jugendli-

chen ab zwölf Jahren mit gMG, die AChR- oder MuSK-Antikörper aufweisen.

In der Phase-III-Studie Vivacity-MG3 reduzierte Nipocalimab bei Erwachsenen mit gMG innerhalb von 24 Wochen die Auswirkungen der Symptome auf die Aktivitäten des täglichen Lebens signifikant stärker als Placebo ($p=0,0024$) [Antozzi C et al. Lancet Neurol 2025;24:105–16]. Zudem führte Nipocalimab zu einer schnellen und anhaltenden Reduktion der IgG-Spiegel. Das Immunglobulin G werde nicht vollständig abgebaut, sondern auf rund 40% gesenkt, sodass keine schweren oder opportunistischen Infektionen aufgetreten seien, erläuterte Prof. Dr. Tobias Ruck, Direktor der Neurologischen Klinik und Poliklinik des Universitätsklinikums Bergmannsheil Bochum.

Bei Fortsetzung der Therapie in einer offenen Verlängerungsphase (OLE) blieben die Verbesserungen bis zu 20 Monate bestehen [Antozzi C et al., AAN 2025: Poster #11-022].

Wie die OLE weiter zeigte, ermöglichte Nipocalimab eine dauerhafte Reduktion der Steroidgabe, die nicht zulasten der Wirksamkeit ging. Prof. Dr. Andreas Meisel, Leiter des Integrierten Myasthenie-Zentrums an der Berliner Charité, sieht einen großen Vorteil darin, dass Nipocalimab basierend auf der Phase-II/III-Studie Vibrance-MG [Strober J, presented at AANEM Savannah, GA, USA 15.–18.10.2024] bereits im Alter ab zwölf Jahren gegeben werden kann. Auch die intravenöse kontinuierliche Gabe bewertet er als positiv, weil bei einer zyklischen Therapie immer wieder Symptome und Einschränkungen auftraten. Meisel erhofft sich künftig die Entwicklung einer subkutanen Darreichung, um die Autonomie der Patienten zu erhöhen. **Petra Eiden**

Launch-Presskonferenz: „Zulassung Imaavy® – Neuer FcRn-Inhibitor zur Therapie der generalisierten Myasthenia gravis“, 12.11.2025, Berlin; Veranstalter: Johnson & Johnson

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.

Journal

Psychische Krankheiten mit Elektrizität heilen

Bahnbrechend und kontrovers

Die Elektrokrampftherapie entstand in den 1930er-Jahren aus medizinischer Not und begrenztem Wissen. Sie stellte einen Fortschritt in der Therapie psychischer Erkrankungen dar, wurde jedoch teils unethisch und unwissenschaftlich eingesetzt. Ihre Geschichte trägt bis heute zur Skepsis ihr gegenüber bei.

Die Elektrokrampftherapie (EKT) wurde zu einer Zeit entwickelt, in der die Psychiatrie kaum wirksame Behandlungsoptionen für schwere psychische Erkrankungen kannte. Für Schizophrenien, schwere affektive Störungen oder katatone Syndrome standen in den 1920er- und 1930er-Jahren hauptsächlich pflegerische, restriktive oder experimentelle Verfahren zur Verfügung. Die psychiatrische Versorgung war primär institutionell geprägt und ihre Aufgabe bestand darin, Erkrankte zu verwahren und deren Symptome zu beschreiben [1, 2]. Deshalb gewannen sogenannte biologische Schocktherapien an Bedeutung: malariainduziertes Fie-

ber als Behandlungsmethode – eine Behandlungsmethode der progressiven Paralyse im Endstadium der Neurosyphilis – gemäß dem österreichischen Psychiater Julius Wagner-Jauregg (1857–1940), die Insulinkomatherapie des polnischen Arztes Manfred Joshua Sakel (1900–1957) und die medikamentös induzierte Krampftherapie mit Cardiazol nach Ladislaus von Meduna (1896–1964), ungarischer Psychiater, wurden als therapeutische Innovationen wahrgenommen. Dabei waren ihre Wirkmechanismen weitgehend unbelegt [1, 2]. Durch diese therapeutischen Verfahren hatten Behandelnde die Hoffnung, mittels massiver somatischer Interventionen einen Umschwung schwerer psychischer Zustände zu erreichen (**Abb. 1**) [2].

Insbesondere die von Meduna postulierte antagonistische Beziehung zwischen Epilepsie und Schizophrenie beeinflusste die frühe Entwicklung der Krampftherapie maßgeblich. Meduna beobachtete eine scheinbar geringe Koexistenz beider Krankheitsbilder und leitete daraus die Hypothese ab, epileptische Anfälle könnten schizophrene Symptome verringern [2, 3]. Diese Annahme gilt heute als widerlegt, war dagegen für die damalige Forschung richtungsweisend. Die Krampftherapie mit Cardiazol, im Jahr 1933 von Meduna entwickelt, erwies sich zwar bei einzelnen Patientinnen und Patienten als wirksam, war allerdings mit erheblichen Nebenwirkungen verbunden [3, 4]. Die unvorhersehbare Angstphase vor dem

Krampfanfall, schwere vegetative Reaktionen und eine hohe Verletzungsrate führten zu einer Suche nach alternativen Methoden der kontrollierten Krampfinduktion [2].

Frühe klinische Anwendung und Indikationsstellung

Der italienische Neuropsychiater Ugo Cerletti und sein Mitarbeiter Lucio Bini entwickelten ein Verfahren zur elektrischen Auslösung generalisierter tonisch-klonischer Anfälle. Cerletti verfügte über umfangreiche Erfahrungen in der Neuropathologie und experimentellen Neurophysiologie. Er war überzeugt, dass elektrische Reize eine reproduzierbare und dosierbare Alternative zur pharmakologischen Krampfinduktion darstellen könnten [2, 5]. Nach tierexperimentellen Untersuchungen führten Cerletti und Bini im April 1938 die erste EKT-Behandlung am Menschen durch. Der behandelte Patient, ein Mann mit schwerer psychotischer Symptomatik, zeigte nach mehreren Sitzungen eine klinische Besserung. Dieser Fall wurde rasch publiziert und trug wesentlich zur Verbreitung der Methode bei [2, 5].

In der Frühphase wurde die EKT vor allem zur Behandlung von Schizophrenien eingesetzt, in Analogie zur Cardiazoltherapie [2, 4]. Erst im Verlauf der 1940er-Jahre wurde zunehmend deutlich, dass affektive Erkrankungen, vorwiegend schwere depressive Episoden mit psychotischen oder katatonen Merkmalen, bedeutend besser auf die Behand-

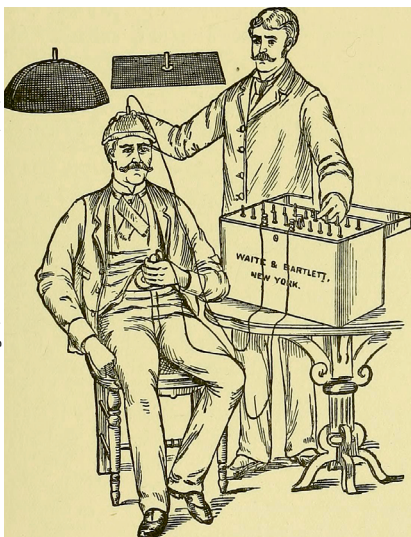


Abb. 1: Anfänge der Elektrotherapie, 1903

lung ansprachen [2, 6]. Die Indikationsstellung erfolgte unsystematisch und beruhte auf klinischer Erfahrung. Diagnostische Kategorien entsprachen nicht den heutigen Klassifikationssystemen [1].

Behandelt wurde teilweise ohne Narkose und Muskelrelaxation. Diese „unmodifizierte EKT“ war mit erheblichen somatischen Risiken verbunden. Patientinnen und Patienten erlitten Frakturen, Luxationen, Wirbelsäulenverletzungen und kardiovaskuläre Reaktionen (Abb. 2) [4, 6].

Kontroversen und frühe Kritik

Die EKT war von Beginn an Gegenstand kontroverser Diskussionen. Kritisiert wurden insbesondere das Fehlen eines gesicherten Wirkmechanismus, die unzureichende empirische Evidenz und die erhebliche Belastung der Patientinnen und Patienten [1, 2]. Zudem fand die EKT häufig in geschlossenen Anstalten und unter Zwang statt, was die ethische Problematik der Methode verschärfte [2]. Gleichzeitig wurde die EKT als Fortschritt gegenüber bestehender Therapiekonzepten angesehen. Im Vergleich zur Insulinkomatherapie war sie mit einer geringeren Mortalität verbunden und ermöglichte eine raschere klinische Besserung, hauptsächlich bei schweren Depressionen [2, 6].

In der Zeit des Nationalsozialismus wurde die EKT auch in Deutschland angewendet, eingebettet in ein psychiatrisches System, das von Zwang, Gewalt und Menschenrechtsverletzungen geprägt war [4]. Zwar war die EKT kein zentrales Instrument der nationalsozialistischen Massenmorde an Behinderten und psychisch Erkrankten, ihre Anwendung in diesem Kontext trägt jedoch weiterhin zur gesellschaftlichen Skepsis gegenüber der Methode bei [4].

Der historische Einsatz und Missbrauch der EKT beeinflusst ihre öffentliche Wahrnehmung bis in die Gegenwart und erschwert die sachliche Diskussion ihrer modernen Anwendung.



Abb. 2: Die EKT wird 1949 von Dr. James G. Shanklin (links) eingesetzt.

Einordnung

Aus heutiger Sicht ist die frühe Anwendung der EKT ambivalent zu bewerten. Sie stellt einerseits einen Meilenstein der biologischen Psychiatrie dar und war eine der ersten effektiven Therapien schwerer affektiver Störungen [2, 6]. Andererseits war ihre frühe Praxis ethisch und methodisch umstritten und mit somatischen Risiken verbunden [1]. Die Einführung der EKT durch Cerletti und Bini war Ausdruck einer Zeit therapeutischer Not und begrenzten Wissens. Ihre frühen Erfolge, insbesondere bei affektiven Erkrankungen, stehen einer problematischen Anwendungspraxis gegenüber [2]. Die Einführung der modifizierten EKT unter Allgemeinanästhesie und Muskelrelaxation ab den 1950er-Jahren sowie die moderne evidenzbasierte Indikationsstellung haben das Verfahren grundlegend verändert [6]. Eine kritische historische Einordnung ist Voraussetzung für eine sachliche Bewertung der heutigen EKT und für ihre verantwortungsvolle Anwendung im klinischen Alltag.

Literatur

1. Berrios GE. The History of Mental Symptoms. Cambridge: Cambridge University Press; 1996
2. Shorter E et al. Shock Therapy: A History of Electroconvulsive Treatment in Mental Illness. New Brunswick: Rutgers University Press; 2007
3. Meduna LJ. Die Konvulsionstherapie der Schizophrenie. Wien: Moritz Perles; 1937
4. Müller U et al. Geschichte der Elektrokrampftherapie. Nervenarzt. 2018;89:1249-57
5. Cerletti U et al. Un nuovo metodo di shockterapia: l'elettroshock. Boll Accad Med Roma. 1938;64:136-8
6. Fink M. Electroconvulsive Therapy: A Guide for Professionals and Their Patients. Oxford: Oxford University Press; 2009.

AUTORIN

Dr. med. Sonja Faust

Fachärztin für Anästhesiologie
Assistenz der Schriftleitung
Wulffstraße 8, 12165 Berlin

s.faust@berufsverband-nervenaerzte.de

Dan Perjovschi beim Literaturfest München 2026

Freiheit zeichnen – laut und immer wieder neu

Ein Mann, ein Stift, eine Wand – und plötzlich ist da ein Statement. Zwischen Kunst und Kommentar agiert Dan Perjovschi, scharfsinniger Beobachter und begnadeter Kondensator des Zeitgeschehens. Seine Zeichnungen wirken beiläufig, fast hastig hingeworfen – und doch trifft jede von ihnen einen wunden Punkt; und das mit viel Humor und einer gehörigen Portion Widerständigkeit.

Schon Sigmund Freud stellte in seiner Untersuchung des Witzes fest: „Humor ist nicht resignativ, er ist trotzig.“ Diesen Trotz, diese Freiheit im Denken strahlen der Künstler Dan Perjovschi (*1961 in Sibiu/Hermannstadt/Rumänien) und seine Werke aus.

Wider den Strich

Perjovschi wurde in Rumänien der Ceaușescu-Diktatur sozialisiert. Zensur, Überwachung, das Gefühl permanenter Beobachtung gehörten dort zum Alltag. Wer unter solchen Bedingungen künstlerisch arbeitet, lernt früh, dass Bilder nicht unschuldig sind, dass ein Strich mehr sagen kann als ein Text – und dass

Humor manchmal die einzige Möglichkeit ist, Kritik überhaupt zu formulieren. Nach der „Wende“ wurde er schnell zu einem international gefeierten Star an der Schnittstelle von Zeichnung, Comic, Konzeptkunst und politischem Kommentar. Seine Arbeiten waren zwar unter anderem im MoMA New York, in der Tate Modern London, im Centre Pompidou Paris, auf der Documenta in Kassel und im Moderna Museet Stockholm zu sehen, doch haftet ihnen nichts Monumentales an. Perjovschi produziert keine auratischen Werke für klimatisierte White Cubes. Meist entstehen seine Zeichnungen direkt auf Wänden, Mauern, Fenstern oder Böden – dort, wo

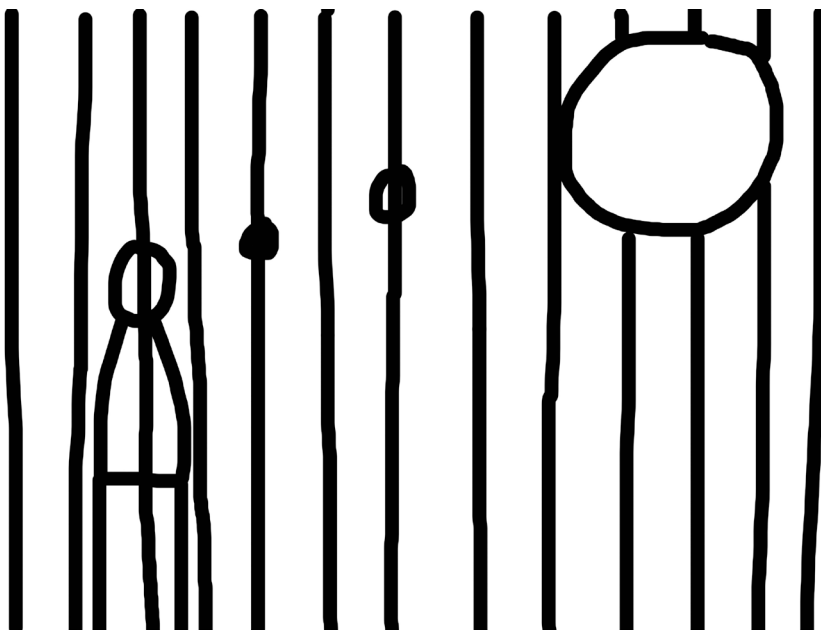
FREEDOM OF EXPRESSION
← FROM HERE →

Menschen vorbeigehen. Und sie verschwinden wieder. Übrig bleibt kein Objekt, sondern eine Erinnerung, vielleicht ein Foto, ein Gedanke, vor allem aber ein Impuls.

Prozess statt Stillstand

Dass er nun die begleitende Ausstellung des Literaturfestes München 2026 gestaltet, wirkt folgerichtig. Das kurz bevorstehende Festival steht unter dem Motto „Freiheit“ – ein Begriff, der schnell pathetisch wird und ebenso schnell politisch vereinnahmt. Dan Perjovschi entzieht sich solchen Überhöhungen. Er illustriert Freiheit nicht, er befragt sie. Das Literaturhaus München mit seinen knarrenden Treppen, geschwungenen Geländern, einem herrlichen Veranstaltungsraum mit Foyer und Blick auf Oper sowie Theatinerkirche ist dabei der Mittelpunkt des zehntägigen Literaturfestes der Freiheit.

Im Februar tagte in unmittelbarer Nähe noch die Münchner Sicherheitskonferenz, im April werden am Salvatorplatz Literaten, Denker, Kunstschaffende und Musizierende diskutieren und agieren, in einem von der Schriftstellerin Dana Grigorcea kuratierten Festival. Perjovschi wird es mit einer wachsenden Installation, die auf die Lesungen, Gespräche, politischen Debatten reagiert, begleiten – und nach dem Festival wie-





Retrospektive Dan Perjovschi: „Romania. A Retrospective 1985–2025“; Corneliu Mikloși Museum, Timișoara, Rumänien 2025



Dan Perjovschi, Documenta 15 Kassel 2023

© Kai Frommann



der verschwinden. Und auch das ist Freiheit: Prozess statt Besitz, Präsenz statt Archiv.

Humor als Widerstand

Dan Perjovschis Bildsprache ist reduziert, aber nicht simpel: Strichfiguren, Symbole, Wortspiele, kurze Textfragmente. Kapitalismus, Krieg, Migration, Medien und immer wieder die „Freiheit“ in allen Deklinationen – das sind seine großen Themen, die er nicht ausformuliert, sondern anreißt. Seine Zeichnungen funktionieren wie Randnotizen am Manuskript der Gegenwart. Sie widersprechen, sie ergänzen, stellen Fragen und entlarven. Oft ist es dabei der Humor, der den Blick öffnet. An der Schwelle zwischen Wort und Zeichnung präsentiert seine Kunst Momentaufnahmen einer Welt im Wandel.

Perjovschi erinnert daran, dass Freiheit nichts Statisches ist. Um und für sie muss gestritten und gekämpft werden. Über sie muss fortwährend diskutiert werden. Wer Freiheit behauptet, muss auch ertragen, dass sie keine endgültige Gestalt hat und verteidigt werden muss.

Seine Zeichnungen halten diese Spannung aus. Sie schließen nicht ab. Sie liefern keine Antworten, sondern markieren Konfliktlinien. Vielleicht liegt gerade darin ihre politische Qualität: im Beharren auf Offenheit.

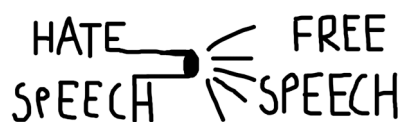
In einer Zeit, in der Positionen sich verhärten und Begriffe rasch zu Schlagworten werden, insistiert Dan Perjovschis Kunst auf dem Prozesshaften. Eine Wand wird zur Denkfläche, ein Festival zur Werkstatt – und Freiheit zu etwas, das sich nicht ein für alle Mal definieren lässt, sondern sich immer wieder neu austariert.

Dan Perjovschi – wo und wann demnächst?

Vom 22. bis 25. April 2026 wird Dan Perjovschi live im Literaturhaus München arbeiten. Am 25. April stellt die Kuratorin Dana Grigorcea ihn in einem Gespräch vor.

Seine Ausstellung und das Literaturfest München selbst laufen vom 21. bis 30. April 2026.

<https://www.literaturfest-muenchen.de/>
Instagram: perjovschidan



AUTORIN

Dr. Angelika Otto

Freie Journalistin
München

angelika.s.
otto@gmail.com



Veranstaltungen BVDN/BDN/BVDP-Landesverbände 2026

Datum Ort Zeit	Landesverband Titel Themen	Anmeldung
9.9.2026 online	Schulung zur Alzheimerdiagnostik Einführung in die Alzheimerdiagnostik und Rolle der MFA und anderer nicht ärztlicher MA in der Diagnostik	https://buchen.cortex-management.de/Alzheimer-Schulung/
16.9.2026 online	Standardisierte psychometrische Testverfahren Teil 1	
23.9.2026 online	Standardisierte psychometrische Testverfahren Teil 2	
14.10.2026 online	Qualitätssicherung und Falldarstellungen	
jeweils 17:00–18:30 Uhr		
25.4.2026 online 9:15–12:15 Uhr	NeuroWorkshop Von MS über Parkinson bis hin zu dem wichtigen Gebiet der Cannabinoide wird ein kompakter Überblick über Neuerungen gegeben, immer mit Blick auf die tägliche Praxis. Auch die Updates der Peripheren Neurologie werden berücksichtigt.	https://www.diaplan.de/verbaende-zns/#neurows
10.6.2026 online 17:15–20:30 Uhr		
27.6.2026 online 9:15–12:15 Uhr		
7.10.2026 online 17:15–20:30 Uhr		
14.11.2026 online 9:15–12:15 Uhr		
9.12.2026 online 17:15–20:30 Uhr		
29.4.2026 online 17:00–18:00 Uhr	Startklar für neuroKey-MS: Alles, was Sie wissen müssen Mit dem Versorgungsvertrag neuroKey-MS setzen sich der BVDN und BDN gemeinsam mit spectrumK für eine gezielte Optimierung der Versorgung von Menschen mit MS ein. Erfahren Sie aus erster Hand, wie Sie und Ihre Patient:innen von neuroKey-MS profitieren, welche konkreten Leistungen und Anforderungen bestehen, wie Sie teilnehmen können.	https://buchen.cortex-management.de/neuroKey/
17.6.2026 online 17:15–20:30 Uhr	PsyWorkshop Gemeinsam werden hier zusammen mit renommierten Expertinnen und Experten verschiedene Fragestellungen aufgegriffen. Ideal um Updates zu mehreren Themen zu erhalten. Die am jeweiligen Termin thematisierten, wechselnden Krankheitsbilder können der Anmeldeseite entnommen werden.	https://www.diaplan.de/verbaende-zns/#psyws
16.9.2026 online 17:15–20:30 Uhr		
14.10.2026 online 17:15–20:30 Uhr		
Fortbildungsveranstaltungen 2026		
8.–9.5.2026 in Lübeck-Travemünde ATLANTIC Grand Hotel Travemünde, Kaiserallee 2 13 CME-Punkte	DGN-Fortbildung: Neurologie kompakt – in Kooperation mit dem BDN	Deutsche Gesellschaft für Neurologie e.V. www.dgn.org fortbildungen@dgn.org
11.–13.5.2026 in Mainz Alte Mensa, Universität Mainz	15. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Hirnstimulation in der Psychiatrie	Deutsche Gesellschaft für Hirnstimulation in der Psychiatrie e.V. https://dghp-online.de/index.php/ueber-uns/tagungen
18.–19.9.2026 in Bad Mergentheim Kursaal im Kurhaus Bad Mergentheim	Fachtagung Dissoziative Identitätsstörung - Perspektiven verbinden, Komplexität verstehen	Kitzberg-Kliniken Bad Mergentheim https://www.kitzberg-kliniken.de/fachtagungdiskurs



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: Markus Weih

Berlin: Gerd Benesch

Brandenburg: Holger Marschner

Bremen: Ulrich Dölle

Hamburg: Guntram Hinz

Hessen: Martin Finger, Stefan Specht

Mecklenburg-Vorpommern:

Leif Lorenz

Niedersachsen:

Norbert Mayer-Amberg

Nordrhein: Gereon Nelles,

Doris Augustin-Reuß

Rheinland-Pfalz: Sven Klimpe,

Alice Engel

Saarland: Nikolaus Rauber

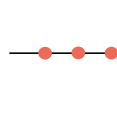
Sachsen: Ulrike Bennemann

Sachsen-Anhalt: 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;

Tobias Ruck, Bochum

Beirat: Tobias Warnecke (Versorgungs-

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

Penner, Düsseldorf (Neuroedukation/

Neuropsychologie); Klaus Piwernetz,

München (Qualitätsmanagement)

BDN-Landessprecher

Baden-Württemberg:

Wolfgang Freund

Bremen: Torsten Niehoff

Bayern: Carolin Zimmermann

Berlin: Walter Raffauf

Brandenburg: Martin Delf

Hamburg: Birte Elias-Hamp, Ingmar

Wellach

Hessen: Stephen Kaendler

Mecklenburg-Vorpommern:

Katrin Kreiner

Niedersachsen: Elisabeth Rehkopf

Nordrhein: Uwe Meier

Rheinland-Pfalz: Sven Klimpe

Saarland: Richard Rohrer

Sachsen: Marina Sparmann

Sachsen-Anhalt: Katharina Stoeck

Schleswig-Holstein: Matthias Nitschke

Thüringen: Oliver Tiedge

Westfalen: Martin Bauersachs



BVDP

Berufsverband Deutscher Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie

■ www.berufsverband-psihiater.de

Vorstand des BVDP

1. Vorsitzende: Sabine Köhler, Jena

2. Vorsitzende: Christa Roth-Sacken-

heim, Andernach

Schriftführer: Markus Weih, Nürnberg

Schatzmeister: Michael Krebs, Berlin

BVDP-Landessprecher

Baden-Württemberg: Thomas Hug

Bayern: Martin Ehrlinger

Berlin: Michael Krebs, Andreas Karathanasopoulos

Brandenburg: Konstant Miehle

Bremen: Ulrich Dölle, Sebastian von Berg

Hamburg: Ute Bavendamm

Hessen: Maximilian Werner, Alexej Lojko

Mecklenburg-Vorpommern:

Caterina Jacobs

Niedersachsen: Norbert Mayer-Amberg

Nordrhein: Doris Augustin-Reuß

Rheinland-Pfalz: Alice Engel

Saarland: David Steffen, Myriam Groß

Sachsen: Ulrike Bennemann

Sachsen-Anhalt: Susanne Rosenkranz

Schleswig-Holstein: Melanie Gromoll

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-psihiater.de

www.bvdn.de

www.berufsverband-neurologen.de

www.berufsverband-psihiater.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
- | | | | |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> vertragsärztlich tätig | <input type="checkbox"/> in der Klinik tätig | <input type="checkbox"/> Chefarzt/ärztin | <input type="checkbox"/> Facharzt/in |
| <input type="checkbox"/> Weiterbildungsassistent/in | <input type="checkbox"/> Neurologe/in | <input type="checkbox"/> Nervenarzt/ärztin | <input type="checkbox"/> Psychiater/in |
| <input type="checkbox"/> in Gemeinschaftspraxis tätig mit _____ | | | |

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

- Gratis Mailservice erwünscht

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

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

IBAN: _____

Bei der _____ BIC _____

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

Name: _____

Adresse: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Praxisstempel (inkl. KV-Zulassungs-Nr.)

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

Unterschrift: _____

NEUROTRANSMITTER

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

Herausgegeben von

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

Geschäftsstelle BVDN, BDN, BVDP

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

Schriftleitung

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

Verlag

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

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

Leitung Redaktion Facharztmagazine: Markus Seidl (es)

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

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

Zielgruppenmanagement: Oliver Wenk (verantwortlich für den Anzeigenteil), Tel.: 030-28881746 | oliver.wenk@springernature.com Es gelten die Mediadaten Nr. 31 vom 1.10.2025.

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

Erstellungsort: München

Druck: Wilco B.V., Vanadiumweg 2, 3812 PZ Amersfoort, Niederlande

Produktsicherheit: Bei Fragen zur Produktsicherheit wenden Sie sich bitte an ProductSafety@springernature.com.

Abonnement: Die Zeitschrift erscheint sechsmal im Jahr. Bestellungen nimmt der Verlag unter Tel.: 06221 345-0, per Fax: 06221 345-4229 sowie auch über das Internet unter www.springermedizin.de/neurotransmitter und jede Buchhandlung entgegen. Die Mindestlaufzeit des Abonnements beträgt ein Jahr. Danach verlängert es sich automatisch auf unbestimmte Zeit, ist aber ab dann jederzeit mit einer Frist von einem Monat kündbar. Die Kündigung muss in Textform an den Leserservice erfolgen. Für Mit-

glieder des BVDN, BDN und BVDP ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Bezugspreise: Einzelheft 33 €, Jahresabonnement 195 € (für Studierende/AIW: 117,38 €), jeweils inkl. gesetzl. MwSt., zzgl. Versandkosten Inland 30 €, Ausland 49 €. Sonderpreis für DGPPN-Mitglieder: Jahresabonnement 88 €, inkl. gesetzl. MwSt., zzgl. Versandkosten (s.o.).

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

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

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

© Springer Medizin Verlag GmbH

Papierausgabe: ISSN 1436-123X

Elektronische Ausgabe: ISSN 2196-6397

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



Vorschau

Ausgabe 3/2026

Juni

erscheint am 15. Juni 2026

Refraktäre CIDP behandeln

Wie ist vorzugehen, wenn die chronisch inflammatorische demyelinisierende Polyradikuloneuropathie (CIDP) therapieresistent ist und welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es? Teil 2 der neuen Serie im NeuroTransmitter.

Telemedizin in der Neurologie?

Der Gemeinsame Bundesausschuss fördert durch seine Innovationsfonds Projekte, die die medizinische Versorgung verbessern sollen. Eines dieser Forschungsprojekte befasst sich mit der Weiterentwicklung der Telemedizin in der Neurologie.

Philosophie und Psychologie

Wer sich nervenärztlich-philosophische ausbilden lässt, lernt, neue Wege im Umgang mit psychischen Belastungen und gesellschaftlichen zu sehen und den Menschen ganzheitlicher in den Fokus zu nehmen.



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.