6 November 2026 _ 37. Jahrgang

NeuroTransmitter

Neurologie und Psychiatrie – Berufspolitik und Fortbildung

Streichung der Budgets
Was jetzt auf die Ärzteschaft zukommt | **10**

Schlafstörungen
Tagesschläfrigkeit und ihre Ursachen im Fokus | **24**

Autismus-Diagnostik
Zwischen Mythen und Masking | **32**

springermedizin.de CME



BVDN BDN BVDP

Springer Medizin

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.



»Die psychische und neurologische Gesundheit der Bevölkerung verdient in der Gesetzgebung einen höheren Stellenwert.«

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

System am Limit – wer heilt, verliert

Wer Menschen mit Hirnerkrankungen oder psychischen Störungen behandelt – ob stationär oder ambulant –, darf sich derzeit sicher sein: Die Politik hat nur das Sparen im Sinn.

Die Psychiatrie bleibt zwar von der Krankenhausreform ausgenommen, aber was zunächst wie ein Privileg wirkt, bedeutet Stillstand: Die psychiatrischen Kliniken bleiben im PEPP-System gefangen, das sektorenübergreifende Behandlung verhindert statt ermöglicht. Die Neurologie wird dagegen einbezogen, allerdings ohne die nötigen personellen Voraussetzungen zu schaffen. Die Schlaganfallversorgung und die neurologische Frührehabilitation werden in Leistungsgruppen mit verbindlichen Mindestvorhaltezahlen überführt. Als Strukturförderung verkauft, droht dies zur Versorgungsfalle zu werden: Krankenhäuser ohne eigene neurologische Abteilung könnten nach dem Auslaufen der Übergangsfristen des Krankenhausreformanpassungsgesetzes ihre Stroke Units verlieren. Eine Reform, für die das erforderliche Personal fehlt, wird zum Abbauauftrag.

Zusätzlich verschärft das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (GKV-BStabG) den Druck auf die Versorgung. Für Kliniken soll von 2027 bis 2029 die Grundlohnrate abzüglich eines Prozentpunkts die Obergrenze für Vergütungssteigerungen bilden. Tariferhöhungen würden nicht mehr vollständig refinanziert. Fachrichtungen mit einem überdurchschnittlichen Personalkostenanteil wären stark betroffen. Nach Berechnungen des Deutschen Krankenhausinstituts könnte im Jahr 2027 jedes neunte und im Jahr 2028 bereits jedes vierte psychiatrische Krankenhaus von Insolvenz bedroht sein. Im vertragsärztlichen Sektor werden ab dem 1. Januar 2027 bislang extrabudgetär vergütete Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zurückgeführt. Die Versorgung wird gedeckelt. Psychotherapeutische Leistungen verlieren ihren extrabudgetären Status. Laut KBV führt der Wegfall der TSVG-Vergütungen zudem zu Honorareinbußen von 1,64 Milliarden € jährlich.

Die Folgen sind weniger Behandlungskapazitäten, längere Wartezeiten und Krankenhausaufenthalte sowie mehr Krankengeldtage. Die Berufsverbände warnen eindringlich davor, dass Menschen mit Erkrankungen des Gehirns vom medizinischen Fortschritt abgeschnitten werden könnten. Die Budgetierung trifft mit der neurologisch-psychiatrischen Heimversorgung auch eine besonders vulnerable Patientengruppe.

Seit dem 1. Januar 2026 greifen bereits die Sanktionsmechanismen der PPP-Richtlinie. Zwar wurden diese etwas entschärft, Kliniken riskieren jedoch weiterhin drastische Strafzahlungen. Auch nach vier Jahren PPP-Richtlinie sind noch mehr als 40 % der Kliniken von Sanktionen bedroht. Die DGPPN warnt vor einer Abwärtsspirale mit Bettenabbau, Aufgabe innovativer Versorgungsangebote und Klinikschließungen.

Das Ergebnis ist ein Versorgungsdilemma, das sich selbst verschärft. Schrumpft die ambulante Versorgung, steigt der Druck auf die Kliniken. Bauen Kliniken Betten ab oder schließen, wachsen Wartelisten und die Zahl der Notfallaufnahmen. Verschwinden neurologische Abteilungen, verlängern sich beim Schlaganfall die Transportzeiten. Zugleich verschärft sich das Stadt-Land-Gefälle. Am Ende zahlt die Solidargemeinschaft mehr – für eine schlechtere Versorgung. Was ist also zu tun?

- Die DGPPN fordert, die Sanktionen der PPP-Richtlinie für psychiatrische Krankenhäuser auszusetzen und Modellvorhaben nach § 64 sowie Globalbudgets stärker zu nutzen.
- Die DGN verlangt, die neurologischen Leistungsgruppen so auszugestalten, dass Stroke Units auch an Krankenhäusern ohne Maximalversorgung erhalten bleiben können.
- BVDP, BDN und BVDN fordern, dass die Budgetbegrenzungen des GKV-BStabG nicht zu einer dauerhaften Absenkung der Mittel führen, da das Gesetz droht, das Angebot in den Praxen weiter zu verknappen. Wer heute Leistungen kürzt, um die Beitragssätze zu stabilisieren, muss morgen mit höheren Folgekosten rechnen – durch Langzeiterkrankungen, Frühverrentungen und zusätzliche Krankengeldzahlungen.

Die extrabudgetäre Vergütung muss erhalten bleiben: für die Behandlung schwer psychisch kranker Menschen nach KSV-Psych-Richtlinie, für dringliche Fälle und für die neurologisch-psychiatrische Heimversorgung. Der Bundestag hat dies im Entschließungsantrag vom Juli 2026 selbst eingefordert. Nun muss der Gesetzgeber dem Rechnung tragen.

Die Versorgung von Menschen mit psychiatrischen und neurologischen Krankheiten braucht eine gemeinsame Strategie, die Krankenhausreform und Beitragssatzstabilisierung zusammen denkt. Die psychische und neurologische Gesundheit der Bevölkerung verdient in der Gesetzgebung einen höheren Stellenwert.



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.

Inhalt 6

November 2026

Gesundheitspolitik

8 **Gesundheitspolitische Nachrichten**
- Neue Regelungen für die Gruppentherapie
- Erstverordnungsgenehmigung und Verordnungshäufigkeit angepasst
- Konsiliarbericht vor Behandlungsbeginn: Verfahren wird überflüssig
- KBV informiert: Vorsorge in Praxen für Krisen und Katastrophenfälle

Christa Roth-Sackenheim

Aus den Verbänden

10 **Auswirkungen des Beitragssatzstabilisierungsgesetzes**
Was auf die Ärzteschaft zukommt
Christa Roth-Sackenheim

12 **Curricula für MFA in Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie**
Multiprofessionelle Versorgung braucht qualifizierte Teams
Sabine Köhler

16 **BVDP-Landessprechertreffen**
Vom Sparen und Fördern
Christa Roth-Sackenheim

Rund um den Beruf

18 **Individuelle Gesundheitsleistungen**
Wann dürfen privatärztliche Leistungen angeboten werden?
Jörg Hohmann

21 **ZNS-Tage**
Gemeinsam fortbilden, austauschen und vernetzen
Sonja Faust

22 **Digitale Gesundheitsanwendungen**
Aktuell verfügbare DiGAs
Markus Weih

24 **Schlafstörungen**
Tagesschläfrigkeit: Auswirkung von Insomnie und Schlafapnoe
Nikolaus Rauber

28 **Online-Bewertungen**
Wenn die Praxis schlecht bewertet wird
Jörg Hohmann

= Dieser Beitrag ist ein Titelthema.



24 Morgens immer müde

Gesunder Schlaf gehört zu den wichtigsten Faktoren für die Hirngesundheit. Fühlt sich eine Patientin oder ein Patient tagsüber immer müde, kann das ein Hinweis auf schlechte Schlafqualität sein. Die Gründe dafür sind weitreichend: von chronischer Insomnie über Narkolepsie bis zu Schlafapnoe. Mit ICD-11 und DSM-5 ändern sich Klassifikation, Diagnostik und Therapieempfehlungen. Eine medikamentöse Therapie sollte angeboten werden, wenn die kognitive Verhaltenstherapie nicht effektiv war oder nicht verfügbar ist.



© Foto: Andrea Avezzù; Courtesy: La Biennale di Venezia

Titelbild (Ausschnitt): „Performance im Wassertank“. Lesen Sie mehr in der „Galerie“ auf Seite 54.

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.

Inhalt 6

November 2026



Rund um den Beruf

29 Anspruch auf Rückzahlung nach fehlerhafter GOÄ-Rechnung
Jörg Hohmann

30 Wirtschaftlichkeitsprüfung
Nicht nur die Gemeinschaft zählt
Jörg Hohmann

31 Nachfolge gesucht
Fristen voneinander getrennt beachten
Jörg Hohmann

Fortbildung

32 CME Autismus-Spektrum-Störung: Diagnostik zwischen Mythen und Masking
Günther Endrass

37 CME Fragebogen

39 Migräne
Aura erhöht Risiko für Hirninfarkt im mittleren und höheren Lebensalter
Gereon Nelles

40 Polyneuropathien
Rolle des Komplementsystems bei CIDP
Frauke Stascheit et al.

Journal

50 Geschichte der Neurologie und Psychiatrie
Prinzhorn und die Kunst der Anstalt
Sonja Faust

54 NEUROTRANSMITTER-GALERIE
Die Welt in Moll – (wie) geht es weiter? – Biennale d'Arte 2026 in Venedig – Teil 2
Angelika Otto

27 Kleinanzeigen
48 Pharmaforum
56 Termine
57 Verbandsservice
59 Impressum/Vorschau

☐ = Dieser Beitrag ist ein Titelthema.

32 Autismus neu betrachtet

Menschen mit Autismus sehen sich oft mit Mythen konfrontiert, besonders in den sozialen Medien. Die in den letzten Jahren gestiegene Aufmerksamkeit hat jedoch auch dazu geführt, dass Klassifikation und Diagnostik grundlegend verändert wurden – weg von starrem Denken in Unterformen, hin zu der Einordnung über ein Spektrum, den Entwicklungsverlauf und klinische Funktionseinschränkungen. Dabei bleibt die Autismus-Spektrum-Störung eine klinische Diagnose, die von Tests ergänzt, aber nicht ersetzt werden kann.

Ansprechpartner

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

Schriftleitung:
Dr. med. Christa Roth-Sackenheim
c@dr-roth-sackenheim.de

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

BVDN BDN BVDP

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

Gesundheitspolitik

ABRECHNUNG

Neue Regelungen für die Gruppentherapie

Seit dem 1. Oktober 2026 können pro Tag zwei Gruppentherapien von je 100 Minuten abgerechnet werden, ohne dafür eine Pause zwischen den Sitzungen einlegen zu müssen. In der Psychotherapievereinbarung ist diese Regelung bereits enthalten. Bislang war diese allerdings noch nicht im Abschnitt 35.2.2 Gruppentherapien des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) erfasst worden. Das hat der Bewertungsausschuss nun nachgeholt. Damit besteht jetzt auch im EBM die eindeutige Klarheit, dass die entsprechenden Gebührenordnungspositionen aus dem Abschnitt 35.2.2 zweimal am Behandlungstag abrechenbar sind, ohne dass hierfür zwei voneinander getrennte Sitzungen erforderlich sind.

Kommentar: *Die Verbände sehen in dieser Neuerung eine sinnvolle Maßnahme für die Fälle, in denen längere Gruppentherapiezeiten erforderlich sind, beispielsweise bei Expositionsübungen. Sie begrüßen deshalb die Anpassung des EBM an die bereits bestehende Regelung in den Psychotherapievereinbarungen.*

CANNABISVERORDNUNG

Erstverordnungsgenehmigung und Verordnungshäufigkeit angepasst

Nach dem Beitragssatzstabilisierungsgesetz (BStabG) sind Cannabisblüten seit dem 30. Juli 2026 nicht mehr zulasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnungsfähig. Daraufhin wurde der EBM inzwischen auch bezüglich der Abrechnung einer ärztlichen Stellungnahme zur Beantragung einer Genehmigung der Cannabisverordnung bei der Krankenkasse angepasst.

Bei der Erstverordnung von Cannabis in Form von Extrakten oder als Arzneimittel mit dem Wirkstoff Dronabinol oder Nabilon ist die Gebührenordnungsposition (GOP) 01626 seit dem 1. Oktober 2026 nur noch maximal dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Die Bewertung bleibt dabei mit 143 Punkten/18,22 € unverändert.

Bis dahin war die GOP bis zu viermal im Krankheitsfall abrechenbar, weil medizinisches Cannabis auch noch als getrocknete Blüten verordnungsfähig war. Es gab deshalb häufigere Umstellungsanlässe im Krankheitsfall. Da gemäß dem BStabG Cannabisblüten nicht mehr von den Krankenkassen erstattet werden, hat der Bewertungsausschuss die Abrechnungshäufigkeit der GOP von vier- auf dreimal reduziert.

Bei der Genehmigung von Erstverordnungen von Cannabiswirkstoffen muss generell auch auf die dazu bestehenden Reglungen und Ausnahmefälle geachtet werden. Die Erstverordnung muss von der Krankenkasse grundsätzlich genehmigt werden, der Antrag darauf muss allerdings deutlich machen, dass die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind. Eine Ablehnung ist nur in begründeten Ausnahmefällen möglich. Ausnahmen gelten für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) und für bestimmte Fachrichtungen, zum Beispiel Neurologie und Psychiatrie. In diesen Fällen ist die Einholung einer Genehmigung freiwillig. Zu empfehlen ist dies bei unklaren Verordnungsvoraussetzungen oder bei Folgeverordnungen, nachdem die Erstverordnung ohne vorherige Genehmigung ausgestellt worden ist.

Durch den Verordnungsausschluss von Cannabis in Form von getrockneten Blüten müssen Patientinnen und Patienten, die bisher mit Cannabisblüten behandelt wurden, auf ein anderes cannabishaltiges Arzneimittel umgestellt werden. Da es sich dann um einen Wechsel auf ein anderes Cannabisarzneimittel handelt, ist entsprechend der gesetzlichen Vorgaben eine erneute Genehmigung der Krankenkasse einzuholen. Hiervon ausgenommen sind auch hier Verordnungen in der SAPV oder von Facharztgruppen, für die der Genehmigungsvorbehalt nicht gilt. Dabei können Praxen die Genehmigung der Krankenkasse jedoch bei bestehenden Unsicherheiten einholen. Außerdem sollten sie den Grund des Wechsels genau dokumentieren.

Bei diesen Facharztgruppen und Schwerpunktbezeichnungen entfällt der verpflichtende Genehmigungsvorbehalt vor der erstmaligen Verordnung von Cannabis:

- Allgemeinmedizin,
- Anästhesiologie,
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie,
- Innere Medizin,
- Innere Medizin und Angiologie,
- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie,
- Innere Medizin und Gastroenterologie,
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie,
- Innere Medizin und Infektiologie,
- Innere Medizin und Kardiologie,
- Innere Medizin und Nephrologie,
- Innere Medizin und Pneumologie,
- Innere Medizin und Rheumatologie,
- Neurologie,
- Physikalische und Rehabilitative Medizin,
- Psychiatrie und Psychotherapie.

Auch dürfen Ärztinnen und Ärzte, die eine der folgenden Zusatzbezeichnungen führen, ohne Genehmigung der Krankenkasse eine Erstverordnung von Cannabisarzneimitteln ausstellen:



Gesundheitspolitische Nachrichten kommentiert von

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

- Geriatrie,
- Medikamentöse Tumortherapie,
- Palliativmedizin,
- Schlafmedizin,
- Spezielle Schmerztherapie.

Kommentar: *Es bestehen leider unterschiedliche juristische Auffassungen zur Auslegung der gesetzlichen Regelungen. Deshalb empfehlen die Verbände nach wie vor, bei bestehenden Unsicherheiten vor der Verschreibung von Cannabis, beispielsweise bei der Verordnung von Sativex ohne Vorliegen einer Spastik bei Multipler Sklerose, die Genehmigung der jeweiligen Krankenkasse einzuholen. Medizinisch mag es nachvollziehbar sein, die Verordnung von Blüten aus der Verordnungsfähigkeit herauszunehmen. Faktisch besteht jedoch auch für die von der Genehmigungspflicht ausgenommenen Fachgruppen keine objektive Sicherheit bei der Verordnung. Deshalb wurde die juristische Auslegung des neuen Cannabisgesetzes, welches bei Erstverordnung von Cannabis ein Fertigarzneimittel vorschreibt, mit Spannung erwartet. Leider ist die Verordnung nicht off-Label möglich, wie kurz vor Drucklegung vom BMG entschieden wurde.*

PSYCHOTHERAPIE

Konsiliarbericht vor Behandlungsbeginn: Verfahren wird überflüssig

Im Rahmen des Beitragssatzstabilisierungsgesetzes ist eine weitreichende Vereinfachung für das Konsiliarverfahren vor Beginn einer Richtlinienpsychotherapie geplant. Wie aus den vorgeschlagenen Anpassungen zum § 28 SGB V hervorgeht, soll die Pflicht zur Einholung eines Konsiliarberichts in manchen Fällen entfallen können. Konkret betrifft dies zwei Situationen:
Bei ärztlicher Überweisung: Erfolgt die psychotherapeutische Behandlung auf Überweisung einer Vertragsärztin oder eines Vertragsarztes, ist der Bericht hinfällig. Nach einem Klinikaufenthalt: Wird im Anschluss an eine psychiatrische oder psychosomatische Krankenhausbehandlung eine ambulante Therapie empfohlen und im Entlassbrief vermerkt, kann sofort mit der Behandlung begonnen werden.
Bisher musste der Konsiliarbericht vor Beginn einer Richtlinienpsychotherapie durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt – meist Hausärztinnen und Hausärzte oder Psychiaterinnen und Psychiater – eingeholt werden. Er dient dazu, somatische Ursachen, Begleiterkrankungen oder Kontraindikationen ärztlich abzuklären, auch um sicherzustellen, dass psychische Beschwerden nicht auf eine unbehandelte körperliche Erkrankung zurückgehen.
Die Neuregelung soll der Begründung zufolge nicht nur Bürokratie reduzieren, sondern auch den Zugang zur psychotherapeutischen Behandlung beschleunigen.

Kommentar: *Die Verbände betrachten diese Änderung als eine begrüßenswerte Vereinfachung, weil sie Doppelstrukturen abbaut und die Praxen entlasten wird.*

KATASTROPHENSCHUTZ

KBV informiert: Vorsorge in Praxen für Krisen und Katastrophenfälle

Eine Broschüre der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) soll Praxen dafür sensibilisieren, sich mit der Vorsorge für Krisen und Katastrophen zu beschäftigen (www.kbv.de/documents/infothek/publikationen/praxiswissen/broschuere-krisenvorsorge.pdf). Dabei werden Fragen aufgegriffen wie: Was tun, wenn der Strom länger ausfällt, Wasserleitungen oder der Mobilfunk betroffen sind? Wo und wie kann sich die Praxis informieren? Wie kann die Kommunikation auch innerhalb des Teams aufrechterhalten werden? Welche analogen Alternativen gibt es für digitalisierte Praxisabläufe? Die Broschüre enthält viele praktische Hinweise und soll eine niedrigschwellige Hilfestellung sein, mit der Praxen ihren Betrieb besser auf einen möglichen Ernstfall vorbereiten können. Sie zeigt beispielsweise, wie eine strukturierte Vorbereitung dazu beitragen kann, in der Krise Stress zu reduzieren und Fehler zu vermeiden. Dabei können Checklisten und Notfallpläne helfen. Auch die Verantwortlichkeiten im Team sollten festgelegt und die Mitarbeitenden sensibilisiert und geschult werden.

Kommentar: *Wir raten allen Kolleginnen und Kollegen dringend dazu, sich mit dem Thema Krisenfestigkeit zu beschäftigen.*

Aus den Verbänden

Auswirkungen des Beitragssatzstabilisierungsgesetzes

Was auf die Ärzteschaft zukommt

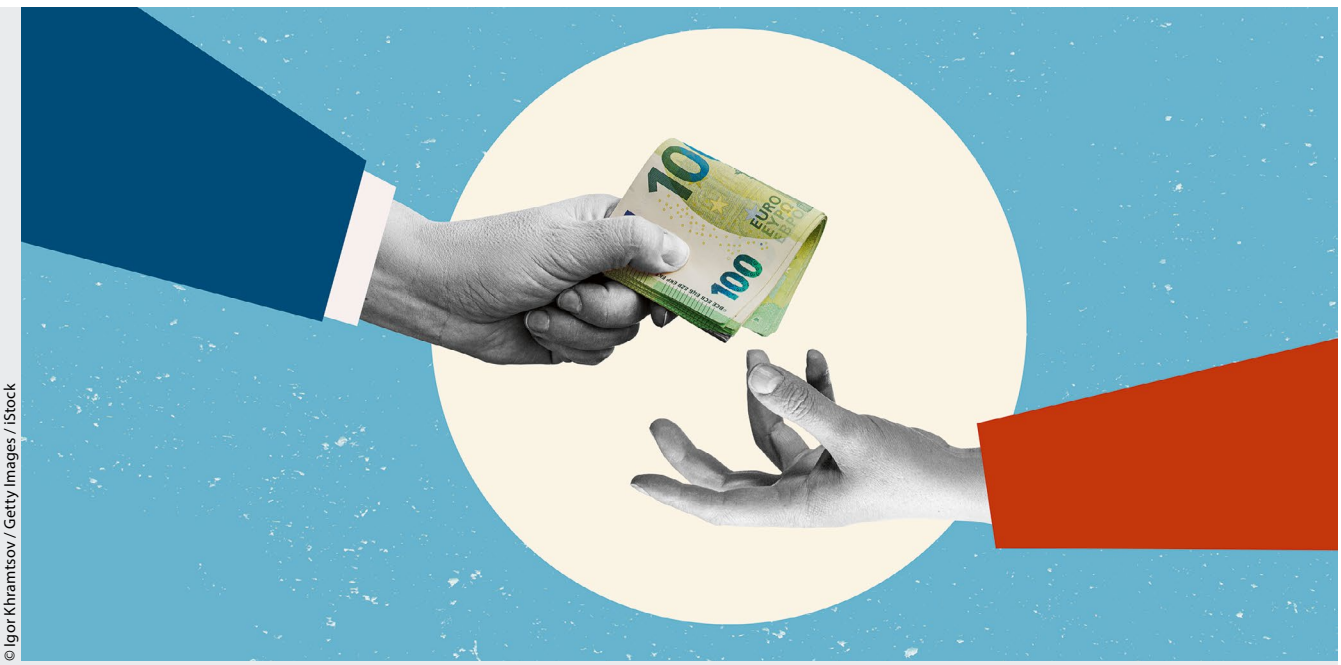
Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz wird weitreichende finanzielle Auswirkungen auf Ärztinnen und Ärzte haben. Obwohl Details noch nicht bekannt sind, geben die Berufsverbände einen Überblick über bevorstehende Maßnahmen und beraten, wie mit der Situation umgegangen werden sollte.

Mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz kommen tiefgreifende Eingriffe und Einschnitte auf das deutschen Gesundheitssystem zu. Ziel ist es, die Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung zu stabilisieren. Die Kürzungen betreffen überwiegend die vertragsärztliche Versorgung. Allein im nächsten Jahr sollen rund drei Milliarden € eingespart werden; ab dem Jahr 2030 rund fünf Milliarden jährlich. Was bedeutet das für Praxen und welche Veränderungen kommen auf sie zu?

Der Großteil der Einsparungen soll durch eine striktere Begrenzung der Ausgaben erreicht werden. Der Vergütungszuwachs dürfe den Anstieg der Grundlohnrate nicht übersteigen. Konkret heißt das: Es darf nicht mehr Geld ausgegeben werden, als die gesetzlichen Krankenkassen über die Beiträge ihrer Mitglieder einnehmen. Für die Jahre 2027 bis 2029 wird die Obergrenze der Steigerungsrate gegenüber der Grundlohnrate zusätzlich pauschal um einen Prozentpunkt abgesenkt.

Keine extrabudgetären Leistungen

Von der Deckelung der Ausgaben sind alle ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen betroffen, auch solche, die aktuell extrabudgetär und damit zum festen Preis und ohne Mengenbegrenzung bezahlt werden, wie die Psychotherapie. Diese extrabudgetären



© Igor Khramtsov / Getty Images / iStock

Durch das Beitragssatzstabilisierungsgesetz soll Geld umverteilt und eingesparrt werden. Wie wird sich das konkret auswirken?

Leistungen werden bis auf wenige Ausnahmen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführt und unterliegen damit einer Mengenbegrenzung. Für die Praxen bedeutet das: Auch für diese bisher freien Leistungen gibt es zukünftig eine strikte Mengenbegrenzung, jede Ausweitung darüber hinaus wird nicht vergütet und quasi umsonst erbracht.

Wegfall der TSVG-Vergütung

Auch Untersuchungen und Behandlungen von Patientinnen und Patienten, die über die 116 117 zeitnah einen Termin bei einer Ärztin, einem Arzt, einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten erhalten haben, werden nicht mehr extrabudgetär bezahlt. Gestrichen werden außerdem die extrabudgetären Zuschläge, die ebenfalls mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) eingeführt worden waren, damit Praxen zusätzliche Termine bereitstellen. Auch die besondere Vergütung für den Hausarztvermittlungsfall sowie für die offene Sprechstunde entfallen. Für die Praxen bedeutet der Wegfall der TSVG-Vergütung einen Honorarverlust von 1,64 Milliarden € jährlich.

Zuschläge werden gestrichen

Auf der Sparliste stehen ferner Zuschläge für Hygiene ,für Kurzzeittherapien in der Psychotherapie, die Vergütung für die elektronische Patientenakte (ePA) und die Beratung zur Organspende. Die Finanzierung dieser Leistungen entfällt komplett. Außerdem enthält das Gesetz Vorgaben zur Absenkung der Bewertung bestimmter EBM-Leistungen, die hauptsächlich die Radiologinnen, Radiologen, Strahlen- und Nuklearmedizinerinnen und -mediziner betreffen.

Aufwand und Regressrisiko steigen

Das Gestzt führt durch mehrere neue Einzelregelungen zu zusätzlichen Belastungen für die Praxen. Dazu gehört zum Beispiel die Einführung der Teilarbeitsunfähigkeit. Für den entsprechenden Fall sind noch keine konkreten Regelungen vorhanden. Wie bereits in der vierten diesjährigen Ausgabe des NeuroTransmitters beschrieben, stellt sich der Gesetzgeber hier im Grunde eine von Krankenkasse und Arbeitgeber gemeinsam finanziell getragene berufliche Wiedereingliederung vor.

Ein weiteres Beispiel sind die bundesweiten Praxisbesonderheiten bei der Verordnung von Arzneimitteln, die wegfallen sollen. Dies soll nach einer Klarstellung des GKV-Spitzenverbandes im August 2026 nicht für bereits bestehende Praxisbesonderheiten gelten [1]. Dies wird jedoch künftig das Regressrisiko für Ärztinnen und Ärzte erhöhen und für zusätzlichen Bürokratieaufwand durch individuelle Begründungen im Prüfverfahren sorgen [2].

Inkrafttreten der Regelung

Einige Vorgaben sind zusammen mit dem Gesetz am 30. Juli 2026 in Kraft getreten, viele weitere Bestimmungen werden spätestens ab dem 1. Januar 2027 zu beachten sein. Andere wiederum bedürfen noch der Konkretisierung durch den Bewertungsausschuss oder den Gemeinsamen Bundesausschuss:

- Wegfall der extrabudgetären Vergütung der Leistungen wie ambulante Operationen, Früherkennungsuntersuchungen, Psychotherapie (1. Januar 2027),
- Abschaffung der Vergütungsregelungen für TSVG-Fälle (1. Januar 2027),
- Streichung der Vergütung für Erst- und Folgebefüllung der ePA (1. Januar 2027; EBA hat das Inkrafttreten der Streichung konkretisiert),
- Absenkung des technischen Leistungsanteils im EBM für Leistungen bestimmter Fachgruppen (gilt für Radiologen, Strahlen- und Nuklearmediziner ab 1. Januar 2027),
- Beendigung der Angemessenheitsprüfung für psychotherapeutische Leistungen (1. Januar 2027),
- Aufhebung der Kurzzeittherapie-Zuschläge für Psychotherapie (1. Januar 2027),
- Einstellung der Vergütung für Beratung zur Organ- und Gewebespende (1. Januar 2027).

Weitere Maßnahmen werden sein:

- Einführung der Teilarbeitsunfähigkeit (1. Januar2028),
- Abschaffung Konsiliarbericht Psychotherapie (1. Januar 2027)
- keine bundesweiten Praxisbesonderheiten mehr (30. Juli2026)
- Streichung Cannabisblüten aus GKV-Leistungskatalog (30. Juli 2026),
- Rabattverträge für patentgeschützte Arzneimittel möglich (30. Juli 2026).

Weiterhin sollen bei planbaren operativen Eingriffen ab 2028 pro Jahr zwei neue Eingriffsarten für ein Zweitmeinungsverfahren definiert werden. Wie die Leistungen der KSV-Psych-Richtlinie künftig eingeordnet werden, ist derzeit noch nicht abschließend geklärt.

Wozu raten die Berufsverbände?:

1. Ruhe bewahren!
2. Praxisstruktur analysieren – wie viele verschiedene Leistungen werdenmit welchem Anteil an der Vergütung erbracht? Das hilft bei Änderungsentscheidungen.
3. Überlegen, ob es etwas bringt, Praxisöffnungszeiten zu verkürzen, beispielsweise eine Stunde weniger am Tag oder einen Nachmittag weniger.
4. Kontaktaufnahme mit der Landes-KV und dem Berufsverband.
5. Andere Einkommensquellen erschließen: Gutachten, Supervisionen in Einrichtungen, Vorträge, Weiterbildungen anbieten.
6. Zum Thema Privatliquidation in der vertragsärztlichen Praxis gibt es bereits Handreichungen, einmal diejenige der KBV [3], aber auch vom Verbandsjustiziar Jörg Hohmann in dieser Ausgabe des NeuroTransmitters.

Literatur

als Zusatzmaterial unter https://doi.org/10.1007/s15016-026-4352-5 in der Online-Version dieses Beitrags

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach

Curricula für MFA in Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie

Multiprofessionelle Versorgung braucht qualifizierte Teams

Die Sicherung einer qualitativ hochwertigen ambulanten Versorgung gelingt nur mit starken multiprofessionellen Teams. Deshalb haben BDN und BVDP die bestehenden MFA-Fortbildungscurricula grundlegend weiterentwickelt. Durch die neuen Curricula für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie sollen praxisrelevante Kompetenzen erworben und die Zusammenarbeit der Fachgebiete gefördert werden. Die Fortbildungsprogramme und können bundesweit online absolviert werden.

Der Wissenszuwachs in Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie erfordert die stärkere Auseinandersetzung mit Prävention und den resultierenden Versorgungsaspekten, gerade in den vertragsärztlichen Praxen. Moderne Diagnostik und Behandlung finden nicht mehr nur in Kliniken, sondern zunehmend auch ambulant statt. Daher müssen Ärztinnen und Ärzte und ebenso auch alle weiteren Mitarbeitenden in der Praxis gezielt qualifiziert werden.

Die Fortbildung und Qualifizierung der nichtärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist den Verbänden seit Langem ein wichtiges Anliegen. Bei den Verhandlungen über eine intensivere ambulante Versorgung von Menschen mit neurologischen und psychischen Erkrankungen, die unnötige Klinikaufenthalte vermeiden soll, stehen Multiprofessionalität sowie die gute Koordination von Diagnostik und Behandlung in den



© nuttapong punna / Getty Images / iStock

Qualifizierte MFA stärken die multiprofessionelle Versorgung in Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie.

Praxen im Mittelpunkt. Gleichzeitig verändert sich die Praxislandschaft: „Nervenarzt-Praxen" werden meist entweder rein neurologisch oder psychiatrisch-psychotherapeutisch nachbesetzt. Was in einem KV-Planungsbereich mittels Quoten auf dem Papier gut geregelt erscheint, muss sich in der Versorgungsrealität allerdings erst bewähren.

Zudem muss der wissenschaftlich-fachliche Fortschritt in den Praxen ankommen. Junge Ärztinnen und Ärzte bringen neue Instrumente und Kompetenzen in den Praxisalltag ein. Für spezielle Untersuchungen und Behandlungen, vor allem aber für eine vernetzte und koordinierte Versorgung der Patientinnen und Patienten ist auch eine kompetente nichtärztliche Unterstützung unerlässlich. Nur mit weiterentwickelten Praxisstrukturen können hervorragend qualifizierte Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie Erkrankte bedarfsgerecht und leitlinienorientiert versorgen. Dazu gehört gerade auch die Qualifizierung ihrer Mitarbeitenden.

Die Berufsverbände engagieren sich seit Jahrzehnten für die Fortbildung von MFA in Neurologie und Psychiatrie. Ein gemeinsames Curriculum für beide Fachgebiete wurde maßgeblich von Verbandskolleginnen und -kollegen initiiert und erarbeitet. Stellvertretend für die vielen Tatkräftigen gebührt Dr. Rita Wietfeld aus Witten, Dr. Michael Meyer aus Recklinghausen und Prof. Alexandra Henneberg aus Frankfurt am Main Dank für ihren Einsatz und die Umsetzung der Fortbildungen. Auf Grundlage der Erfahrungen der Kolleginnen und Kollegen entstanden gemeinsam durch Expertinnen und Experten der Berufsverbände, der Ärztekammer Westfalen-Lippe und unter Einbeziehung des Verbandes medizinischer Fachberufe e. V. Musterfortbildungscurricula für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie der Bundesärztekammer (BÄK).

Common-Trunk-Modell

Unter fachlicher Führung der Berufsverbände BDN und BVDP wurde das Musterfortbildungscurriculum (MFC) Neurologie und Psychiatrie überarbeitet und an die differenzierte Praxisrealität angepasst. Auch die beiden neu entstandenen MFC beruhen auf einer engen Zusammenarbeit der Fachgebiete. In einem Common-Trunk-Modell absolvieren MFA aus neurologischen und psychiatrischen Praxen einen Teil der Lerninhalte gemeinsam. Ergänzend vermitteln spezialisierte Lerneinheiten fachspezifische neurologische beziehungsweise psychiatrische Inhalte. Die zeitliche Struktur ermöglicht es den MFA zudem, Kompetenzen in beiden Fachgebieten zu erwerben. Dies ist insbesondere für neurologisch-psychiatrische Berufsausübungsgemeinschaften und nervenärztliche Praxen relevant (**Abb. 1**).

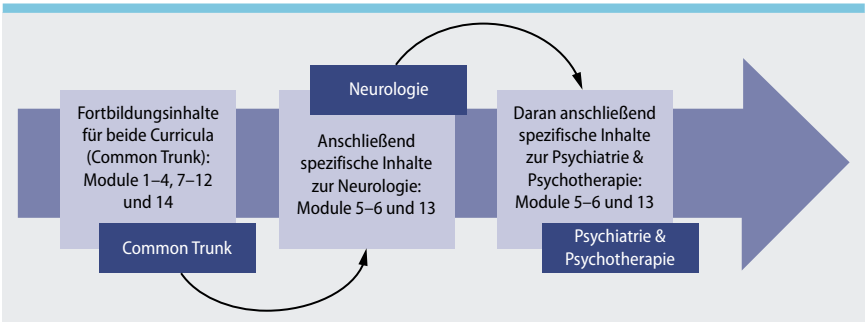


Abb. 1: Schematischer Aufbau der MFA-Fortbildungen „Neurologie" sowie „Psychiatrie und Psychotherapie" nach den Musterfortbildungscurriculum der BÄK. Gemeinsame Grundlagenmodule (Common Trunk) werden durch fachspezifische Lerninhalte ergänzt und ermöglichen einen aufeinander abgestimmten Erwerb beider Qualifikationen.

Online erreichbar

Eine weitere Neuerung ist der niedrigschwellige Zugang: Die MFC werden ausschließlich online als Fortbildungen angeboten. Da Fahrtzeiten und Übernachtungen entfallen, wird den MFA die Teilnahme erleichtert und zugleich werden Kosten gesenkt. Darüber hinaus können durch das Onlineformat Fortbildungen nach den MFC Praxispersonal im gesamten Bundesgebiet angeboten werden.

Herausforderungen in der Neurologie

In der Neurologie ist längst bekannt, dass eine stationäre Behandlung nur in wenigen Situationen erforderlich ist. Die neurologische Basis- und Spezialdiagnostik, die Akuttherapie sowie die Betreuung von Menschen mit chronischen Erkrankungen können in der Regel ambulant und damit im Lebensumfeld der Patientinnen und Patienten durchgeführt werden. Die Qualität dieser Versorgung hängt jedoch wesentlich von der Qualifikation der behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie ihrer Mitarbeitenden ab. Das neue MFC soll die vorhandenen Kenntnisse der MFA in neurologischen Praxen vertiefen und erweitern und damit die fachgerechte ambulante Versorgung verbessern. Die neurologischen Lerninhalte orientieren sich am spezifischen, aktuellen wissenschaftlichen Stand und bereiten die MFA gezielt auf ihre Aufgaben bei der Planung, Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen vor.

Herausforderungen in Psychiatrie und Psychotherapie

Vernetzte und berufsgruppenübergreifende Versorgung spielt für Menschen mit psychischen Erkrankungen bereits heute eine große Rolle.

Neben Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Nervenheilkunde sind häufig psychotherapeutische Leistungserbringer, Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten, sozialpädagogische Fachkräfte sowie weiteres Personen an der Behandlung beteiligt. Auch das soziale Umfeld – etwa Angehörige und Peergroups – sowie Aspekte der gesellschaftlichen Teilhabe müssen in eine leitliniengerechte Versorgung einbezogen werden. Die damit verbundenen Koordinations- und Steuerungsaufgaben setzen voraus, dass sich die Praxismitarbeitenden in dieser komplexen Versorgungslandschaft gut auskennen. Zudem

Tab. 1: Musterfortbildungscurricula Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie der BÄK für MFA

Neurologie		Psychiatrie und Psychotherapie	
Fachtheoretischer und fachpraktischer Unterricht	**UE**	**Fachtheoretischer und fachpraktischer Unterricht**	**UE**
1. *Kommunikation und Gesprächsführung*	8	1. *Kommunikation und Gesprächsführung*	8
2. *Wahrnehmung und Motivation*	8	2. *Wahrnehmung und Motivation*	8
3. *Basiswissen neuro-psychiatrischer Erkrankungen*	6	3. *Basiswissen neuro-psychiatrischer Erkrankungen*	6
4. *Notfälle – internistische, neurologische und psychiatrische Notfälle*	4	4. *Notfälle – internistische, neurologische und psychiatrische Notfälle*	4
5. Neurologische Diagnostik und Verlaufskontrolle	3	5. Psychiatrisch-psychotherapeutische Diagnostik und Verlaufskontrolle	3
6. Fachspezifische Behandlungsstrategien	3	6. Fachspezifische Behandlungsstrategien	3
7. *Unterstützungsangebote vermitteln*	4	7. *Unterstützungsangebote vermitteln*	4
8. *Sozialmedizinische Aspekte der Versorgung von Menschen mit psychischen und neurologischen Erkrankungen, Einbezug weiterer SGB*	2	8. *Sozialmedizinische Aspekte der Versorgung von Menschen mit psychischen und neurologischen Erkrankungen, Einbezug weiterer SGB*	2
9. *Rezidivprophylaktische Maßnahmen/Vermeidung von Zwangsmaßnahmen*	4	9. *Rezidivprophylaktische Maßnahmen/Vermeidung von Zwangsmaßnahmen*	4
10. *Arzneimittel-, Heil- und Pflegemittelverordnungen*	2	10. *Arzneimittel-, Heil- und Pflegemittelverordnungen*	2
11. *Rechtliche Aspekte in der Neurologie und Psychiatrie*	4	11. *Rechtliche Aspekte in der Psychiatrie und Neurologie*	4
12. *Prävention neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen*	4	12. *Prävention psychiatrischer und neurologischer Erkrankungen*	4
13. Spezialwissen neurologischer Erkrankungen und Komorbiditäten – Vertiefung der Kenntnisse über Erkrankungen im Fachgebiet Neurologie aus Modul 3	20	13. Spezialwissen psychiatrischer Erkrankungen und Komorbiditäten – Vertiefung der Kenntnisse über Erkrankungen im Fachgebiet Psychiatrie/Psychotherapie aus Modul 3	20
14. *Spezialwissen Demenz*	8	14. *Spezialwissen Demenz*	8
Gesamt	80	Gesamt	80

Kursiv = Common Trunk (gesamt 54 Unterrichtseinheiten [UE])

benötigen sie fundierte Kenntnisse zu krankheitsrelevanten Aspekten und müssen sich in den regionalen Versorgungsangeboten sowie den unterschiedlichen sozialrechtlichen Rahmenbedingungen orientieren können. Die Grundlage dafür soll das MFC der BÄK schaffen.

Auch berufsbegleitend umsetzbar

Die neuen MFC umfassen jeweils 14 Module mit insgesamt 80 Unterrichtseinheiten. Die Anzahl der Einheiten der einzelnen Module richtet sich nach ihrem inhaltlichen Umfang. Eine Unterrichtseinheit dauert 45 Minuten. Die berufsbegleitenden Fortbildungsangebote sind so terminiert, dass sie möglichst nicht mit üblichen Sprechstundenzeiten kollidieren und zugleich eine verlässliche Freizeit- und Wochenendplanung ermöglichen. Die Fortbildung muss innerhalb von drei Jahren abgeschlossen werden. Die Organisation und Durchführung der Fortbildungen übernimmt die Akademie für medizinische Fortbildung der Landesärztekammer Westfalen-Lippe und der KVWL; die fachliche Verantwortung liegt bei ärztlichen Kolleginnen und Kollegen aus BVDP und BDN (**Tab. 1**).

Die Fortbildungen werden ohne Präsenztermine durchgeführt, dabei kommen zwei Lernformate zum Einsatz:

- Webinare: Lerninhalte werden online vermittelt. Rückfragen und Diskussionen sind unmittelbar möglich.
- E-Learning: Die Teilnehmenden erarbeiten einen Teil der Lerninhalte im Selbststudium. Die Einheiten müssen innerhalb eines festgelegten Zeitraums absolviert werden, lassen sich dabei jedoch weitgehend individuell und zeitlich flexibel bearbeiten.

Die Fortbildungsveranstaltungen für nichtärztliche Mitarbeitende bei den ZNS-Tagen in Köln sprechen seit einigen Jahren auch MFA an, die gemeinsam mit den Ärztinnen und Ärzten teilnehmen. Das Interesse an einer fundierten fachlichen Qualifizierung und am berufsgruppenübergreifenden Austausch ist groß und nimmt weiter zu. Die MFC für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie der BÄK für MFA werden diese Entwicklung weiter fördern.

AUTORIN



Dr. med. Sabine Köhler

Vorsitzende des BVDP und des BVDN
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
Dornburger Straße 17
07743 Jena

sab.koehler@web.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.

BVDP-Landessprechertreffen

Vom Sparen und Fördern

Beim zweiten diesjährigen Treffen der BVDP-Landessprecherinnen und -Landessprecher ging es um die konkreten Auswirkungen des GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes auf die Fachgruppen, um das Programm des DGPPN-Kongresses und die Frage, ob Fördermitglieder in den BVDP aufgenommen werden sollen.

Die BVDP-Landessprecherinnen und -Landessprecher trafen sich virtuell am Freitag, den 25. September 2026 zum zweiten Landessprechertreffen im Jahr 2026. Einer der Haupttagesordnungspunkte war der Austausch über die Auswirkungen des GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes auf die Fachgruppe Neurologie und Psychiatrie, insbesondere durch die Streichung der extrabudgetären Leistungen.

In diesem Zusammenhang wurde einmal mehr deutlich, dass zum Zeitpunkt des Treffens noch sehr wenig konkrete und belastbare Informationen in den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) der Länder verfügbar sind. Die einzelnen Landes-KVen präferieren, soweit dies derzeit mit Sicherheit überhaupt gesagt werden kann, sehr unterschiedliche HVM-Regelungen. Beispielsweise wurde aus Baden-Württemberg berichtet, dass Fachgruppenbudgets gebildet werden sollen. In Niedersachsen wolle die KV einen gemeinsamen Topf für die bisher extrabudgetären Leistungen des ambulanten Operierens, der Prävention und der Psychotherapie bilden.

Auswirkungen noch unklar

Welchen Stellenwert die künftige Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen in der Psychiatrie und Psychotherapie haben wird, bleibt weiterhin völlig offen. Sicher ist nur, dass es für die bisher extrabudgetären Leistungen der Psychotherapie jetzt künftig eine Mengenbegrenzung geben wird, und dass die Zuschläge für die Kurzzeittherapie 1 komplett entfallen werden.

Über die regelmäßig stattfindenden konzertierten Aktionen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) mit den Berufsverbänden informierte Dr. Sabine Köhler, wobei in den letzten Wochen zusätzlich zu den bestehenden Terminen bereits zweimal Adhoc-Sondersitzungen stattfanden. Hier sieht sich der Vorstand des BVDP seitens der KBV gut informiert, mit Materialien unterstützt und bewertet die innerärztliche Solidarität als sehr gestärkt. Es kann nur eine Antwort der Ärzteschaft auf die Spargesetze geben: eine konsequente Beschränkung der angebotenen Leistungen.

Bald auf dem Kongress

Des Weiteren ging es um den diesjährigen DGPPN-Kongress. Köhler wies auf die Veranstaltungen hin, die seitens des BVDP angesetzt sind (**Tab. 1**). Der BVDP-Stand wird in diesem Jahr nicht am Durchgang zu Halle B zu finden sein, sondern etwas dahinterliegend nach dem Durchgang linker Hand. Elisa Pruckner aus der BVDP-Geschäftsstelle in Berlin lud bei dem Treffen herzlich zu Gesprächen und zur Beratung am Stand ein und kündigte Überraschungen für alle Besuchenden an.

Die BVDP-Mitgliederversammlung wird im Jahr 2026 wieder am Freitag, den 27. November stattfinden, jedoch als etwa 75-minütiges Meeting ohne eine weitere Fortbildung. Diese wird als EBM-Veranstaltung am Tag zuvor sein. In Anbetracht der Trennung der kompakten BVDP-Veranstaltung auf dem DGPPN-Kongress mit Mitgliederversammlung und Fortbildungsblock diskutierten die Landessprecherinnen und Landessprecher über die zukünftige Gestaltung dieser Treffen. Das Meinungsbild der Delegierten war eindeutig :Beibehalten der Mitgliederversammlung in diesem Jahr am „gewohnten" Freitag, da das der von den meisten Kolleginnen und Kollegen besuchte Kongresstag ist.

Förderung für den Verband

Ein weiterer Diskussionspunkt unter den Teilnehmenden war die Haltung der Delegierten zur Frage der Aufnahme von Fördermitgliedern für den BVDP. Der Schwesterverband BDN pflegt seit vielen Jahren Kontakt mit Fördermitgliedern und kann dadurch eingenommene Mittel für Kampagnen und Gutachten nutzen, die der berufspolitischen Arbeit und Präsenz enorm dienen. Die Fördermitglied-Frage wird seit Bestehen des BVDP wieder und wieder thematisiert. Anfänglich bestand eine komplette Ablehnung der Aufnahme von Fördermitgliedern. Dies bedeutete, dass die berufspolitische Arbeit mit den Mitteln der Mitgliederbeiträge bestritten werden musste, mehr Präsenztermine waren für die Vorstandsmitglieder nicht möglich. Dies führte vor etwa zwölf Jahren zu einer Satzungsänderung des BVDP, die eine Grundlage dafür legte, dass die Möglichkeit bestünde, Fördermitglieder aufzunehmen. Bisher wurden auch aufgrund der immer wieder geäußerten Ablehnung von einzelnen Mitgliedern und Landesvertretenden allerdings keine Fördermitglieder aufgenommen.

Im Rückblick auf die Diskussionen der Delegierten im Lauf der letzten Jahre zu diesem Thema bewegt sich die Mehrheitsmeinung nach und nach in Richtung Befürwortung der Aufnahme von Fördermitgliedern unter der Prämisse eines selbstgegebenen Kodexes.

Das nächste BVDP-Landessprechertreffen wird vom 16. bis 17. April 2027 wieder in Berlin stattfinden.

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach

Tab. 1: Von den Verbänden empohlen: Veranstaltungen auf dem DGPPN-Kongress 2026 in Berlin

Datum | Zeit | Ort	Titel | Thema	Weitere Informationen
25. November 2026 12:15–13:15 Uhr L-02, Saal A8	**Lecture Hadija Haruna-Oelker** Die preisgekrönte Journalistin spricht über gesellschaftspolitische Themen, der genaue Titel stand zum Drucktermin noch nicht fest.	Moderation: Sylvia Claus, Klingenmünster; Sabine Köhler, Jena
26. November 2026 10:15–11:15 Uhr L-09, Saal A6	**Lecture Martin Bohus** Das traumatisierte Selbst – vom erweiterten Traumaverständnis zur Therapieentwicklung	Moderation: Sabine Köhler, Jena; Bernhard Strauß, Jena
26. November 202612:00–14:00 Uhr Weimar 3	**EBM-Schulung**	
27. November 2026 08:30–10:00 Uhr Diskussionsforum DF-16, Saal A5	**Immuntherapie bei Alzheimer-Erkrankung** Wo stehen wir ein Jahr nach der Markteinführung?	Moderation: Florian Metzger, Haina; Michael Hüll, Emmendingen Mit Sabine Köhler als Diskutantin
27. November 2026 10:15–14:45 Uhr Symposium S-111, New York 3	**Vom Symptom zur Handlungskompetenz – somatische Symptome in der Psychiatrie** Vorträge: – Kardiometabolische Erkrankungen bei Patienten mit schweren psychischen Störungen – Kai G. Kahl – Entzündliche Hirnerkrankungen – Diagnostik und Behandlung in der Psychiatrie – Ludger Tebartz van Elst – Somatische Ursachen von anhedonen Syndromen – Alkomiet Hasan – Somatische Syndrome in der Psychiatrie – von der Handlungskompetenz in den Versorgungsalltag – Sabine Köhler	Moderation: Sabine Köhler, Jena; Alkomiet Hasan, Augsburg
27. November 2026 12.00–13.15 Uhr Raum M 1	**Mitgliederversammlung BVDP**	
27. November2026 13:30–15:00 Uhr Diskussionsforum DF-21, Paris 1	**UPlusE: Peripartalpsychiatrie und -psychotherapie als Game-Changer für die psychiatrische Versorgung** – Position des BVKJ – Michael Hubmann – Position des BKK Bayern – Ralf Langejürgen – Position der DGPPN – Sabine C. Herpertz – Position des BVDN/BVDP – Sabine Köhler – Position der Marcé-Gesellschaft für peripartale psychische Störungen –Sarah Kittel-Schneider – Position und Möglichkeiten der Politik – MdB Kirsten Kappert-Gonther	
27. November 2026 15:30–17:00 Uhr Symposium S-134, London 1	**Frisch Fachärzt:in – was nun?** Mit Sabine Köhler über die Tätigkeit in der vertragsärztlichen Praxis	
28. November 2026 8:30–10:00 Uhr Symposium S-152, Saal A3	**Esketamin und ADHS-Stimulanzien in Klinik und Praxis** Vorträge: – Kombinationsbehandlung von Psychotherapie und Esketamin in der Praxis – Anja Burchardt – Integrierte Akutversorgung der unipolaren Depression (inkl. Esketamin) im Modellprojekt nach § 64b – Susanne Lucae – Zunehmende Versorgungslast durch ADHS in der Praxis: effiziente Diagnostik und Hantieren mit BtM-Rezepten – Markus Weih	Moderation: Markus Weih, Nürnberg; Susanne Lucae, Fürstenfeldbruck

Individuelle Gesundheitsleistungen

Wann dürfen privatärztliche Leistungen angeboten werden?

Individuelle Gesundheitsleistungen sind ärztliche, zahnärztliche oder psychotherapeutische Leistungen, die nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören. Dabei stellt sich die zentrale Frage: Darf eine medizinisch sinnvolle Leistung privat angeboten werden und unter welchen Umständen?

Immer wieder besteht Unsicherheit darüber, ob Ärztinnen und Ärzte gesetzlich Versicherten überhaupt selbst zu bezahlende Leistungen anbieten dürfen, wenn sie medizinisch sinnvoll oder sogar indiziert ist. Die Antwort lautet: Ja – aber nicht jede medizinisch sinnvolle Leistung darf deshalb privat liquidiert werden. Entscheidend ist die Unterscheidung zwischen

1. der medizinischen Indikation,
2. der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und
3. der Frage, ob es sich um eine zusätzliche, außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung liegende Leistung handelt.

Diese drei Fragen sind unabhänig voneinander zu beantworten. Eine Leistung kann medizinisch sinnvoll sein, ohne Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung zu sein. Umgekehrt darf eine Leistung, die zum GKV-Versorgungsauftrag gehört, nicht allein deshalb als individuelle Gesundheitsleistung (IGeL)



© stokkete / stock.adobe.com

Individuelle Gesundheitsleistungen anzubieten, kann sich für die Praxis finanziell lohnen. Doch wann ist das zulässig?

angeboten werden, weil ihre Vergütung aus Sicht der Praxis wirtschaftlich unzureichend ist.

Die Bundesärztekammer (BÄK) beschreibt IGeL als Leistungen, die über das Maß der medizinisch erforderlichen Versorgung hinausgehen und von der Patientin oder dem Patienten ausdrücklich gewünscht werden. Zugleich muss die Leistung aus ärztlicher Sicht aber zumindest medizinisch vertretbar sein.

Wird die Leistung nicht von der GKV übernommen, bedeutet das nicht, dass sie medizinisch unnötig ist. Es gibt Leistungen,

- die medizinisch nicht notwendig sind und deshalb nicht erbracht werden sollten,
- die medizinisch sinnvoll oder vertretbar sind, aber nicht zum GKV-Leistungskatalog gehören,
- die medizinisch geboten sind und grundsätzlich Bestandteil der GKV-Versorgung sind.

Nur die erste Gruppe ist medizinisch problematisch. Bei der zweiten Gruppe kann eine Selbstzahlerleistung durchaus zulässig sein. Bei der dritten Gruppe ist eine Privatisierung dagegen grundsätzlich nicht zulässig. Der Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) formuliert dies ausdrücklich: Leistungen, für die keine Leistungspflicht der GKV besteht, gehören nicht zur vertragsärztlichen Versorgung und können im Rahmen einer Privatbehandlung erbracht werden. Hierfür muss vor Beginn der Behandlung ein schriftlicher Behandlungsvertrag abgeschlossen werden.

Entscheidender Unterschied

Für die Praxis sollte deshalb nicht nur gefragt werden: „Ist die Untersuchung medizinisch indiziert?“ Sondern auch: „Ist gerade diese Untersuchung Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung, die der Vertragsarzt gegenüber der GKV-Patientin oder dem -Patienten schuldet?“ Das ist nicht dasselbe. Ein Beispiel: Ein Patient stellt sich mit einem begründeten Verdacht auf ADHS vor. Die ärztliche Diagnostik, die zur fachgerechten Beurteilung und Behandlung erforderlich ist und zur vertragsärztlichen Versorgung gehört, darf nicht deshalb privat berechnet werden, weil die Vergütung als zu niedrig empfunden wird.

Anders kann es sich verhalten, wenn der Arzt zusätzlich eine umfangreiche standardisierte Testbatterie, ein besonderes, digitales Testverfahren oder ein zusätzliches, diagnostisches Verfahren anbietet, das nicht Bestandteil der geschuldeten vertragsärztlichen Versorgung ist. Ist ein zusätzliches Verfahren medizinisch vertretbar und wird es von der Patientin oder vom Patienten ausdrücklich gewünscht, kann eine private Vereinbarung grundsätzlich in Betracht kommen.

Vier Fallgruppen

Ob eine Leistung also angeboten wird, hängt vom konkreten Fall ab. Dabei gibt es vier mögliche Konstellationen.

1. Medizinisch sinnvoll und GKV-Leistung

Beispiel: Der Patient benötigt eine Untersuchung, die Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist.
Folge: Die Leistung ist ohnehin als GKV-Leistung zu erbringen und abzurechnen. Eine unzureichende Vergütung rechtfertigt keine Umwandlung in eine IGeL.

2. Medizinisch sinnvoll und keine GKV-Leistung

Beispiel: Der Patient wünscht zusätzlich zu der vertragsärztlichen Basisdiagnostik eine umfangreiche standardisierte Testbatterie oder ein zusätzliches digitales diagnostisches Verfahren, das nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist.
Folge: Eine Selbstzahlerleistung kann grundsätzlich zulässig sein. Voraussetzung ist insbesondere, dass die Leistung medizinisch vertretbar ist und der Patient vor ihrer Durchführung transparent über ihren Charakter als Privatleistung und die Kosten informiert wird.

3. Medizinisch nicht sinnvoll

Beispiel: Ein Patient möchte „vorsichtshalber“ eine umfangreiche Diagnostik ohne konkreten medizinischen Anlass, obwohl der Arzt hierfür keinen vernünftigen medizinischen Nutzen sieht.
Folge: Eine solche Untersuchung sollte nicht durchgeführt werden. Das ärztliche Berufsrecht erlaubt nicht, medizinisch sinnlose Leistungen allein deshalb zu erbringen, weil eine Patientin oder ein Patient bereit ist, dafür zu bezahlen.

4. Medizinisch sinnvoll, GKV-Leistung aber „schlecht vergütet“

Beispiel: Die Praxis stellt fest, dass eine bestimmte notwendige Untersuchung einen erheblichen Zeitaufwand verursacht und die GKV-Vergütung diesen Aufwand nicht abdeckt. Der Arzt erklärt dem Betroffenen deshalb: „Wenn Sie die Untersuchung möchten, müssen Sie sie privat bezahlen.“
Folge: Das ist rechtlich problematisch, wenn es sich tatsächlich um eine Leistung handelt, die zum vertragsärztlichen Versorgungsauftrag gehört. Die wirtschaftliche Unattraktivität einer GKV-Leistung macht aus ihr keine IGeL.

Testbatterien, digitale Tools und apparative Verfahren

Gerade für Neurologinnen und Neurologen sowie Psychiaterinnen und Psychiater ist dies von erheblicher praktischer Bedeutung, da eine aufwendige Diagnostik aus mehreren Komponenten bestehen kann:

- ärztliche Anamnese und Untersuchung,
- standardisierte Fragebögen,
- psychometrische Tests,
- computergestützte Tests,
- digitale diagnostische Verfahren,
- apparative Untersuchungen,
- Auswertung umfangreicher Testbatterien,
- ausführliche Befundbesprechung,
- zusätzliche Dokumentation.

Nicht jede dieser Komponenten muss automatisch denselben vergütungsrecht-

lichen Status haben. Entscheidend ist vielmehr, welche konkrete Leistung erbracht wird, und ob sie Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist. Eine zusätzliche diagnostische Leistung kann deshalb privat vereinbart werden, wenn sie von der GKV-Leistung abgrenzbar ist. Besondere Vorsicht ist allerdings geboten, wenn die vermeintliche „Zusatzleistung" in Wahrheit lediglich ein Bestandteil der ohnehin geschuldeten GKV-Diagnostik ist.

25-Stunden-Sprechstundenpflicht

Ein weiterer Punkt sorgt derzeit für erhebliche Verunsicherung. Eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt mit vollem Versorgungsauftrag muss mindestens 25 Stunden wöchentlich Sprechstunden für gesetzlich Versicherte anbieten (§ 19a Ärzte-ZV). Daraus folgt aber nicht, dass die darüber hinausgehende Tätigkeit automatisch auch GKV-Versorgung sein muss. Ebenso wenig bedeutet die 25-Stunden-Regel: „Außerhalb dieser 25 Stunden darf der Vertragsarzt frei entscheiden, ob er GKV- oder Privatpatienten behandelt." Die vertragsarztrechtliche Versorgungspflicht und die Abgrenzung einer konkreten Leistung als GKV- oder Privatleistung sind unterschiedliche Fragen. Die 25 Stunden definieren eine Mindestverfügbarkeit im Rahmen des vertragsärztlichen Versorgungsauftrags.

Angebot und Nachfrage

Gibt es daneben einen Bereich von Angebot und Nachfrage? Ja, auch die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt darf grundsätzlich privatärztliche Leistungen anbieten. Der BMV-Ä sieht ausdrücklich Leistungen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung vor. Bei Leistungen, für die keine Leistungspflicht der Krankenkasse besteht, ist eine Privatbehandlung möglich. Gleichwohl darf der Wettbewerb nicht dazu benutzt werden, die vertragsärztliche Versorgungspflicht auszuhöhlen.

Deshalb ist die folgende Unterscheidung wichtig. Zulässig ist es, wenn die vertragsärztliche Versorgung erbracht und zusätzlich eine davon abgrenzbare diagnostische Leistung angeboten wird, die nicht Bestandteil der GKV-Versorgung ist und von der Patientin oder dem Patienten privat gewünscht wird.

Problematisch wird es, wenn kommuniziert wird, es gäbe keine Kapazitäten für die GKV-Diagnostik, die Patientin oder der Patient bekomme den Termin jedoch früher, wenn sie oder er privat bezahle. Das kann insbesondere dann kritisch sein, wenn eine GKV-Leistung vorenthalten wird. Die BÄK weist ausdrücklich darauf hin, dass eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt ihre oder seine Verpflichtung zu ausreichende und zweckmäßige vertragsärztliche Versorgung nicht zugunsten einer alternativ angebotenen Privatbehandlung vernachlässigen darf.

Gleichzeitig bedeutet eine volle Praxis aber nicht, dass eine „unbegrenzte GKV-Leistungspflicht" bestünde. Auch dieser Punkt verdient eine differenzierte Betrachtung. Die KBV weist inzwischen ausdrücklich darauf hin, dass es keine unendliche Leistungsverpflichtung der Praxen für gesetzlich Versicherte gibt. Zugleich bleibt die Verpflichtung zur Einhaltung des Versorgungsauftrags bestehen.

Daraus folgt: Die Praxis muss ihren vertragsärztlichen Versorgungsauftrag erfüllen. Sie muss aber nicht jede beliebige zusätzliche, nicht zur vertragsärztlichen Versorgung gehörende Leistung kostenlos oder als GKV-Leistung anbieten. Gerade deshalb kann neben der GKV-Versorgung ein klar abgegrenztes privatärztliches Leistungsangebot bestehen.



© Vaselena / Getty Images / iStock

Freie Entscheidung

Bei gesetzlich Versicherten muss deren Entscheidung für eine Privatleistung frei und informiert erfolgen. Nach § 18 Abs. 8 BMV-Ä ist es insbesondere erforderlich, dass Versicherte vor Beginn der Behandlung ausdrücklich verlangen, auf eigene Kosten behandelt zu werden und dies schriftlich bestätigen. Zusätzlich verpflichtet § 630c Abs. 3 BGB die Ärztin oder den Arzt zur Information in Textform über die voraussichtlichen Kosten, wenn eine vollständige Kostenübernahme durch einen Dritten nicht gesichert ist. Die BÄK empfiehlt darüber hinaus, die Art und den Umfang der Leistung, den medizinischen Stellenwert und die voraussichtlichen Kosten transparent darzustellen. Sie weist des Weiteren darauf hin, dass Patientinnen und Patienten nicht durch einen überraschenden Wechsel von der GKV- in die IGeL-Behandlung „überrumpelt" werden dürfen. Eine Selbstzahlerleistung sollte deshalb möglichst nicht erst mitten in einer ohnehin laufenden GKV-Behandlung überraschend angeboten werden.

Personal und digitale Systeme

Wenn eine zusätzliche privatärztliche Leistung vereinbart wird, darf selbstverständlich eine Vergütung nach GOÄ erfolgen. Die GOÄ ist auch bei IGeL grundsätzlich maßgeblich; pauschale Preisvereinbarungen sind nicht ohne Weiteres an die Stelle der GOÄ-Abrechnung zu setzen.

Bei selbstständigen, ärztlichen Leistungen kommt grundsätzlich eine Analogabrechnung nach § 6 Abs. 2 GOÄ in Betracht. Damit kann auch der zusätzliche Einsatz von qualifiziertem Personal, diagnostischen Geräten, Software, digitalen Testverfahren und besonderen Auswertungsverfahren wirtschaftlich berücksichtigt werden – aber nur im Rahmen einer abrechnungsfähigen ärztlichen Leistung und nicht als beliebiger „Kostenaufschlag" auf eine GKV-Leistung.

Wichtigste Botschaft

Die Diskussionsfrage sollte deshalb nicht „Darf ich medizinisch nicht indi-

zierte Leistungen verkaufen?“ lauten. Die bessere Frage wäre: „Welche medizinisch vertretbaren Leistungen gehören zum GKV-Versorgungsauftrag und welche zusätzlichen Leistungen darf ich einer Patientin oder einem Patienten auf deren oder dessen ausdrücklichen Wunsch privat anbieten?“ Das führt zu einer sachgerechten Balance zwischen ärztlicher Ethik, Vertragsarztrecht und wirtschaftlicher Realität. Ärztliche Ethik verbietet keine privatärztliche Zusatzleistung. Sie untersagt aber die Erbringung medizinisch nicht vertretbarer Leistungen und die Kommerzialisierung einer Leistung ohne hinreichenden medizinischen Nutzen.

Das Vertragsarztrecht wiederum erlaubt nicht generell das private Leistungsangebot. Es verhindert aber, dass eine bestehende GKV-Versorgungspflicht dadurch umgangen wird, dass der Patientin oder dem Patienten dieselbe Leistung gegen zusätzliche Bezahlung angeboten wird.

Fazit für die Praxis

Eine Leistung wird nicht dadurch zur unzulässigen IGeL, dass sie medizinisch sinnvoll oder indiziert ist. Entscheidend ist vielmehr, ob sie Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist.

Ist eine medizinisch vertretbare Zusatzleistung nicht Bestandteil der GKV-Versorgung, kann sie grundsätzlich als Selbstzahlerleistung angeboten werden. Gehört die konkrete Leistung dagegen zum GKV-Versorgungsauftrag, darf sie nicht allein wegen einer unzureichenden Vergütung oder eines hohen Zeit- und Kostenaufwands privatisiert werden. Gerade bei aufwendiger neurologischer und psychiatrischer Diagnostik ist deshalb zwischen der vertragsärztlich geschuldeten Basisdiagnostik und einer hiervon abgrenzbaren zusätzlichen Diagnostik zu unterscheiden.

Die wirtschaftliche Situation einer Praxis kann erklären, warum Leistungsangebote strukturiert oder zusätzliche privatärztliche Angebote entwickelt werden. Das ersetzt aber nicht die Prüfung, ob die konkrete Leistung dem GKV-Versorgungsauftrag unterfällt. Es sollte deshalb nicht mit einer Positivliste „erlaubter IGeL“ gearbeitet werden, sondern mit einem Entscheidungsbaum. Gerade bei ADHS-, Demenz- und anderen neuropsychiatrischen Testbatterien muss jeweils die konkrete Leistung beschrieben und daraufhin geprüft werden, ob sie bereits Bestandteil der GKV-Leistung ist oder eine selbstständige zusätzliche Leistung darstellt.

AUTOR



Jörg Hohmann

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

www.gesundheitsrecht.com

Gemeinsam fortbilden, austauschen und vernetzen

ZNS TAGE 2027 NEUROLOGIE-UND PSYCHIATRIEKONGRESS 18. – 20. FEBRUAR 2027 KÖLN | ONLINE

Auch im Jahr 2027 widmen sich die ZNS-Tage wieder relevanten Fortbildungsthemen und aktuellen berufspolitischen Fragen. Die Berufsverbände BDN, BVDP und BVDN laden dazu vom 18. bis 20. Februar nach Köln ein.

Die ZNS-Tage bieten den Fachgruppen Neurologie und Psychiatrie ein praxisnahes Programm mit medizinischen und berufspolitischen Themen. Neben bewährten Fortbildungsformaten für Fachärztinnen und Fachärzte umfasst es Angebote für verschiedene Berufsgruppen im ambulanten Versorgungsalltag. Crashkurse für Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten vermitteln prüfungs- und praxisrelevantes Wissen kompakt und interaktiv. Auch das Fortbildungsangebot für Medizinische Fachangestellte (MFA) wurde ausgebaut. Es lohnt sich daher ein Besuch mit dem gesamten Praxisteam.

Stärker als im letzten Jahr setzen die ZNS-Tage 2027 auf praktische Anwendung. Workshops, interaktive Seminare und Fallbesprechungen zeigen, wie sich Inhalte im klinischen und ambulanten Alltag umsetzen lassen. Ergänzt wird das Programm durch Abrechnungsseminare mit Bezug auf die aktuellen Herausforderungen der vertragsärztlichen Versorgung und Hot-Topic-Sessions zu relevanten Entwicklungen in Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie.

Berufspolitisch geht es um die Sicherung einer flächendeckenden Versorgung. Im Mittelpunkt stehen dabei das GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz und der Kampf gegen Einsparungen zulasten der ambulanten Versorgung. Die Verbände stellen Lösungsansätze vor, darunter die Weiterentwicklung von ASV und KSVPsychRL, Selektivverträgen und eine effiziente Preisgestaltung. Hierzu diskutieren Expertinnen und Experten aus Praxis, Selbstverwaltung und Politik.

Medizinisch stehen unter anderem Suchtmedizin und Psychopharmakotherapie in einem besonderen Fokus. Ihre Bedeutung wächst angesichts neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse und veränderter Versorgungsanforderungen.

Die ZNS-Tage 2027 verbinden wissenschaftliche Aktualität, Fortbildung und berufspolitischen Austausch. Die veranstaltenden Berufsverbände laden zur kollegialen Vernetzung und zu neuen Impulsen für die Arbeit in Praxis und Klinik ein.

Weitere Informationen finden Sie unter www.zns-tage.de und über den QR-Code zum Kongressprogramm und zur MFA-Tagung.

Sichern Sie sich außerdem Ihren Frühbucherrabatt bis zum 30. November 2026.

Dr. med. Sonja Faust, Berlin

Digitale Gesundheitsanwendungen

Aktuell verfügbare DiGAs

Bei den digitalen Gesundheitsanwendungen ergibt sich stetig Neues. Was im Jahr 2025 noch aktuell war, kann im Jahr 2026 schon nicht mehr auf dem Markt verfügbar sein. Es lohnt sich deshalb, anzusehen, welche Möglichkeiten es gibt und wie sie genutzt werden können.

In vergangenen Ausgaben des Neuro-Transmitters wurden Online-Therapien und digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) bereits mehrfach thematisiert. Da sich das Gebiet stetig weiterentwickelt, lohnt es sich, Kenntnisse dazu aufzufrischen und auf dem aktuellen Stand zu halten. Die anhaltende Knappheit in der Versorgung und die Wartezeiten, vor allem im psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich werden sich weiter verschlechtern. Umso wichtiger ist es, die dynamische Entwicklung der verordnungsfähigen DiGAs und der in den Leitlinien genannten internet- und mobilbasierten Interventionen (IMIs) weiter kritisch zu verfolgen.



© Viorel Kurnosov / Getty Images / iStock

DiGAs können auch bei neurologischen und psychischen Erkrankungen helfen.

Für die meisten dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis des BfArM aufgenommen DiGAs gibt es eine zusätzliche Vergütung von etwa 7 bis 8 € (**Tab. 1**). Die Gebührenordnungspositionen (GOP) werden mit 64 Punkten und 8,15 € vergütet.

Es fällt auf, dass von den inzwischen 78 DiGAs 30 den Bereich Psychiatrie und vier die Neurologie bedienen. Zwar betreffen manche Indikationen wie Adipositas, Stress, Reizdarm und Tinnitus streng nach ICD-10 nicht die psychiatrischen und neurologischen Fachgebiete, können aber trotzdem verordnet werden, sofern die Diagnose gesichert ist. Nicht vergessen werden darf hierbei, dass die meisten DiGAs letztlich auch verhaltenstherapeutische Prinzipien nutzen, die in der Praxis bekanntermaßen schlecht verfügbar sind, obwohl es gute Evidenz dafür gibt.

Beispielsweise sind in der Zwischenzeit die DiGA attexis und Oriko zur Therapieunterstützung bei ADHS auf den Markt gekommen sowie somnovia bei Schlafstörungen (**Tab. 2**). Von den 18 DiGAs, die wieder vom Markt genommen wurden, gehören vier in die Bereiche Neurologie und Psychiatrie:

- sinCephalea bei Migräne,
- M sense bei Migräne,
- Mind Doc bei Depression,
- Self Apy bei chronischen Schmerzen

Schwere psychische Erkrankungen wie Demenz, Sucht, bipolare Störung, Psychose und Suizidalität sind außerdem Ausschlusskriterien zur Verordnung einer DiGA.

Fazit für die Praxis

Inzwischen gibt es einige Kolleginnen und Kollegen, die die Zeit vor DiGAs gar nicht mehr kennen. Der Markt scheint sich zu konsolidieren, die Evidenz bessert sich. Ein paar DiGAs sind inzwischen vom Markt genommen worden, der Preis fällt tendenziell und einige Anbieter sind in die Insolvenz gegangen. Was sich nicht ändert, ist, dass DiGAs bei Patientinnen und Patienten unbeliebt sind.

Beachten Sie zum Thema DiGAs auch die Fortbildungen der Berufsverbände, wie die BVDP-Workshops oder die ZNS-Tage.

Tab. 1: Gebührenordnungsposition (GOP) für Verlaufskontrollen und Auswertung DiGA

DiGA	GOPs
somnio (Insomnie)	01471
ViViRA (Rückenschmerz)	01472
zanadio (Adipositas)	01473
Invirto (Agoraphobie)	01474
Oviva Direkt (Adipositas)	01475
elona therapy (Depression)	01479

AUTOR

Prof. Dr. med. Markus Weih

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

m.weih@mediccenter.de



Tab. 2: Aktuell verfügbare DiGAs, sortiert nach ICD-10

Name und Hersteller		PZN,; Preis in € (Preistendenz)	Indikation	Kontraindikation	Zugang
Oviva Direkt, Oviva AG	a	17850257; 221 € (↔)	Adipositas I–II E66	Hypothyreose, Cushing, Diabetes, schwere psychische Störung	H
Neuro Nation, Synaptikon GmbH	d, a	18787822; 480 € (↔)	Leichte kognitive Störung F06.7	keine	H
vorvida, GAIA AG	d, w	17506382; 192 € (↔)	Alkoholabhängigkeit F10	F20, F23, F25	H
Nichtraucherhelden*, Sanero GmbH	d, a	17575561; 211 € (↔)	Tabakabhängigkeit F17.2	F05, F23, F25, F31–33, F41	K
Smoke Free, Smoke Free 23 GmbH	d, a	18500476; 231 € (↔)	Tabakabhängigkeit F17.2	schwere psychische Erkrankungen	H
Deprexis[#], GAIA AG	d, w	17265872; 210 € (↔)	F32–33	F20, F23, F25, F31	H
edupression ,SOFY GmbH	d,w	18458283; 225 € (↓)	Depression F32–33	F21–22, F31, F3*.3	H
elona therapy Depression, Elona GmbH	v, a, w	18458314; 535 € (↔)	Depression F32	F20–F31, F3*.3	K
Selfapy Depression, Selfapy GmbH	d, a, w	16954730; 217 € (↔)	Depression F32–33	F10–F20, F31, F3*.2–3	K
My7stepsApp, My7steps GmbH	d, w	18672881; 207 € (↓)	Depression F32–33	F20–24, F32.2	K
Novego Depression, IVPNetworks GmbH	d, w	17865862; 199 € (↔)	Depression F32	F0–F31	H
Invirto Agoraphobie 001, Sympatient GmbH	d	19340997; 220 € (↔)	Agoraphobie F40.0	F0–F33	K
Invirto soziale Phobie 002, Sympatient GmbH	d	19341005; 220 € (↔)	Soziale Phobie F40.1	F0–F33	K
Invirto Panik 003, Sympatient GmbH	d	19341011; 220 € (↔)	Panikstörung F41	F0–F33	K
velibra, GAIA AG	d, w	16879359; 230 € (↔)	Panikstörung, Phobien, generalisierte Angststörung F40–41	F20, F23, F25, F31	H
Mindable Panik und Agoraphobie, Mindable GmbH	d,a	17454202; 246 € (↔)	Panikstörung, Phobien F40.0–F41.0	F10–F33	H
Mindable soziale Phobie, Mindable GmbH	v,a	19166938; 765 € (↔)	Soziale Phobie F40.1, 18.–65. LJ	Suizidalität	H
Selfapy Angst, Selfapy GmbH	d, a, w	17554323; 229 € (↔)	Generalisierte Angststörung F41.1	F10–F33	K
Hello Better Panik, GET.ON GmbH	d, w	18094846; 230 € (↔)	Panikstörung F40.01–41.0	F0–F33, F44, Suizidalität	H
Novego Ängste, IVPNetworks GmbH	v, w	18726714; 220 € (↔)	Ängste F40–F41	F0–F31	K
Selfapy gen. Angst, Selfapy GmbH	d, a, w	17554323; 229 € (↔)	Gen. Angststörung F41.1 18.–65. LJ.	F10–F33	K
Hello Better chronischer Schmerz, GET.ON GmbH	d, w	17946626; 235 € (↔)	Chronischer Schmerz F45.4; M79	Suizidalität, Akuter Schmerz, Tumorschmerz	H
Selfapy Bulimie, Selfapy GmbH	d, a, w	18468376; 232 € (↔)	Bulimie; F50	F10–F33	K
Selfapy Binge-Eating, Selfapy GmbH	d, a, w	18468382; 232 € (↔)	Binge-Eating; F50	F10–F33	K
Somnio, mementor GmbH	d, a, w	16898724; 225 € (↔)	Schlafstörung F51; G47.0	F31, G40	H
somnovia, GAIA AG	**w**	**19642882; 236 €**	**Schlafstörung F51; G47.0**	**keine**	**H**
HelloBetter schlafen, GET.ON GmbH	d, w	18453937; 241 € (↔)	Schlafstörung F51; G47.0	F23, F31, G40, Suizidalität	H
HelloBetter Vaginismus, GET.ON GmbH	d, w	18016941; 235 € (↔)	Vaginismus F52	F23	H
Priovi, GAIA AG	v, w	18704486; 244 € (↔)	Borderline F60.31	keine	H
attexis, GAIA AG	**d, w**	**20112847; 599 €**	**ADHS F90.0**	**u. a. F32–33.2, F60**	**H**
Oriko, MiNDNET	**v, a**	**20053263; 480 €**	**ADHS F90.0**	**keine**	**K**
Elevida, GAIA AG	d, w	17161032; 243 € (↔)	Fatigue bei MS G35	F20–F31	H
levidex, GAIA AG	v, w	18467678; 248 € (↓)	MS G35	keine	H
HelloBetter Burnout, GET.ON GmbH	d, w	17871905; 235 € (↔)	(Z73)	F20, F23, F44, Suizidalität	H

PZN = Pharmazentralnummer; v = vorläufig; d = dauerhaft; a = App; w = Web; H = Rezept beim Anbieter hochladen; K = Rezept bei der Krankenkasse einreichen
**Nichtraucherhelden – Erst- und Folgeverordnung möglich; [#]Deprexis: 8 Sprachen; My7Steps: 11 Sprachen*

Schlafstörungen

Tagesschläfrigkeit: Auswirkung von Insomnie und Schlafapnoe

Schlaf ist, neben Ernährung und Bewegung, eine der drei Säulen der gesunden Lebensführung. Er ist unerlässlich für eine gute körperliche und geistige Gesundheit. Er dient der physiologischen Regeneration, der Energieerhaltung, der Modulation von Entzündungsparametern, der endokrinologischen Regulation, dem Abtransport von Stoffwechselabfällen und der Gedächtniskonsolidierung.

Jedes Jahr findet am 21. Juni in Deutschland der Aktionstag „Tag des Schlafes“ statt. Er wurde erstmals im Jahr 2000 vom Verein „Tag des Schlafes e. V.“ ins Leben gerufen und steht immer unter einem anderen Motto, um über die enorme Wichtigkeit von ausreichendem Schlaf für die körperliche und geistige Gesundheit aufzuklären. Diese Initiative aufgreifend organisieren die saarländischen Schlafmedizinerinnen und -mediziner jährlich eine interdisziplinäre Veranstaltung – im Jahr 2026 zum Thema Tageschläfrigkeit, sowohl als Folge nächtlicher Insomnie als auch als eigenständiger Erkrankung der Hypersomnie.

Tagesschläfrigkeit und die damit einhergehende verminderte psychophysiologische Leistungsfähigkeit sind die Konsequenz von schlechter Schlafqualität. Sie führt zu signifikanten Leiden und Einschränkungen im sozialen und beruflichen Leben und reduziert die volkswirtschaftliche Produktivität. Gravierend sind die sozioökonomischen Auswirkungen durch Fehlzeiten am Arbeitsplatz und erhöhter Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Gefährdet ist zudem die öffentliche Sicherheit durch ein erhöhtes Unfallrisiko, zum Beispiel infolge von Sekundenschlaf beim Autofahren.

Anlass für die Auswahl des Themas war auch die Überarbeitung der Leitlinien der Insomnie bei Erwachsenen und der Narkolepsie, die jeweils im November 2024 und im November 2025 revidiert wurden, beide unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin. Die internationale Klassifikation der Schlafstö-



© Milijan Živković / Getty Images / iStock (Symbolbild mit Fotomodell)

Wer nachts aufgrund chronischer Insomnie oder Schlafapnoe schlecht schläft, leidet tagsüber unter Müdigkeit.

rungen, ICSD-3-TR, erstellt von der American Academy of Sleep Medicine, wurde letztmals im Jahr 2023 revidiert.

Klassifikation

Die Vielzahl der Schlafstörungen wird in sieben Gruppen eingeteilt:

- Insomnie,
- schlafbezogene Atmungsstörung,
- Hypersomnien zentralnervösen Ursprungs,
- zirkadiane Rhythmusschlafstörungen,
- Parasomnie,
- schlafbezogene Bewegungsstörungen und
- andere Schlafstörungen.

Die psychophysiologische Insomnie ist bei weitem die häufigste Erkrankung, wobei unterschiedliche Schlafstörungen oft komorbid auftreten. In der ICD-11 wird die chronische Insomnie aus dem Kapitel der F-Diagnosen, den psychiatrischen Diagnosen, herausgenommen und stattdessen in Kapitel 7 „Schlaf-Wach-Störungen" überführt. Das zeigt, welchen Stellenwert die Schlafstörungen haben.

Bislang sind in der ICD-10 die organischen Erkrankungen im Kapitel G47 gelistet. Die Nichtorganischen, bei denen primär psychische oder emotionale Ursachen zugrunde liegen, stehen im Kapitel F51, wo neben Insomnie auch Hypersomnie und einige Parasomnien zu finden sind. Diese oft schwierig auszumachende Trennung in organische und nichtorganische Schlafstörungen entfällt künftig in der ICD-11.

Die F51 wird als einzige krankheitsunterhaltende Diagnose selten kodiert. Einerseits aufgrund der Komorbidität der Insomnie mit anderen psychiatrischen Diagnosen, andererseits aber auch um Erkrankte möglicherweise nicht als psychisch krank zu stigmatisieren.

Symptomatik und Diagnostik

Nach den diagnostischen Kriterien des DSM-5-TR stehen bei der insomnischen Störung eine Unzufriedenheit mit der Schlafqualität und -quantität im Vordergrund des Krankheitsbildes. Betroffene haben Schwierigkeiten beim Ein- und Durchschlafen sowie nach nächtlichen Wachperioden wieder einzuschlafen. Sie beklagen außerdem häufig frühmorgendliches Erwachen.

Die Leitlinie Insomnie entwickelt sowohl einen diagnostischen als auch einen Behandlungsalgorithmus, der zunächst Informationen zu einem guten Schlaf vermittelt und auf die Vermeidung eines offenkundig schlafbezogenen Fehlverhaltens setzt.

Zur Dokumentation der beeinträchtigten Schlafqualität können beispielsweise Schlaftagebücher eingesetzt werden. Um den Schwergrad einer Insomnie zu erfassen, ist der Insomnia Severity Index (ISI) geeignet, bei Tagesmüdigkeit die Epworth Sleepiness Scale (ESS) und bei dysfunktionalen Kognitionen, die Ansatzpunkte für eine kognitive Verhaltenstherapie bieten, die Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale (DBAS).

Darüber hinaus gibt es organische Erkrankungen, durch die Insomnien entstehen können oder durch die sie aufrechterhalten werden, und die untersucht werden müssen. Dazu gehören vorwiegend chronische Schmerzen infolge orthopädischer, rheumatologischer oder neurodegenerativer Erkrankungen wie Polyneuropathien, aber auch kardiovaskuläre und Lungenerkrankungen sowie Hauterkrankungen, die zum Beispiel mit Juckreiz einhergehen.

Des Weiteren müssen Substanzen, deren Einnahme den Schlaf stören können, exploriert werden: nicht nur Alkohol und stimulierende Genussmittel, auch illegale Drogen und alltäglich eingesetzte Medikamente, wie Diuretika, Beta-Sympathomimetika, Antibiotika, Gyrase-Hemmer oder antriebssteigernde Antidepressiva. Insofern sollte im Rahmen der spezifischen Anamnese auch gezielt nach Substanzen sowie körperlichen und psychischen Erkrankungen gefragt werden, die den Schlaf stören können. Zudem stehen Schlafstörungen häufig im Zusammenhang mit psychiatrischen Erkrankungen, wie affektiven Erkrankungen, Depressionen und Manien, Angststörungen und Psychosen sowie insbesondere Demenzen. Bei der psychophysiologischen Insomnie darf somit die beeinträchtigte Schlafqualität nicht auf einen Medikamenten- oder Drogeneffekt zurückführbar sein und auch nicht durch eine komorbide psychische oder körperliche Erkrankung hervorgerufen werden.

Prävalenz und Alter

Mit dem Älterwerden verändert sich die Schlafstruktur: Sowohl Schlafqualität, Tief- und Traumschlaf als auch Schlafdauer lassen nach. Das Schlafprofil wird fragmentierter. Studienergebnisse deuten darauf hin, dass die Insomnie ein über Jahre anhaltender Zustand ist. Während ein Drittel aller Menschen im Laufe ihres Lebens unter vorübergehenden Schlafproblemen leidet, wurden für die chronische Insomnie in zahlreichen Untersuchungen Prävalenzraten zwischen 5 % und 20 % erhoben. Die chronische Insomnie ist somit die häufigste Schlafstörung. Die Prävalenz steigt an mit zunehmendem Lebensalter und niedrigerem sozioökonomischen Status. Frauen sind öfter betroffen als Männer.

Folgen der unbehandelten Insomnie sind ein erhöhtes Risiko für psychiatrische Erkrankungen, besonders Depressionen. Aber auch das kardiovaskuläre Risiko nimmt zu – das Auftreten von Diabetes und Hypertonie wird sehr stark begünstigt.

Therapie

Eine polysomnografische Untersuchung ist nur zur Differenzialdiagnostik erforderlich, also bei begründetem Verdacht auf organische Schlafstörungen wie periodischen Beinbewegungen im Schlaf (Restless-Legs-Syndrom) und schlafbezogene Atmungsstörungen.

Therapeutisch rangieren pharmakologische Interventionen erst an zweiter Stelle. Eine medikamentöse Therapie sollte angeboten werden, wenn eine kognitive Verhaltenstherapie zur Behandlung der Insomnie (KVT-I) nicht effektiv war oder nicht verfügbar ist. Teil der KVT-I sind Psychoedukation unter Einhaltung von Schlafhygiene, ergänzend können Entspannungsmethoden und Bettzeitrestriktion erlernt werden.

Bei medikamentösen Therapiestrategien sollten Benzodiazepine und Benzodiazepin-Rezeptoragonisten (BZRA) die Ausnahme darstellen. Deren Einsatz ist auf einen kurzzeitigen Gebrauch von drei bis vier Wochen begrenzt. Lediglich Eszopiclon kann laut Zulassung über einen Zeitraum von sechs Monaten eingenommen werden, ist dann aber nicht mehr zulasten der Krankenkasse erstattungsfähig. Die Nebenwirkungen um-

Kasuistik

Ein 37-jähriger ärztlicher Kollege, der erstmals im Jahr 2005 in der Pubertät Symptome zeigte, stellte sich erneut vor. Damals wurde von einer emotionalen Störung des Kindesalters angesichts psychosozialer Belastungsfaktoren ausgegangen. Die Diagnose der Narkolepsie Typ 1 wurde erst im Jahr 2013 gestellt. Nach einer Influenzainfektion im März 2025 kam es zu einer länger andauernden Arbeitsunfähigkeit angesichts von drei bis vier Kataplexien am Tag.

Die medikamentöse Therapie wurde leitliniengerecht umgestellt auf Pitolisant, langsam aufdosiert bis auf 36 mg sowie später ergänzt bei persistierenden Kataplexien um Clomipramin, das aber wegen eines trockenen Mundes und Obstipation abgesetzt werden musste. Unter Venlafaxin kam es zu einer Anorgasmie, Fluoxetin hatte keinen Effekt auf die Kataplexien. Die Antidepressiva wurden abgesetzt und eine Kombination von Pitolisant mit Natriumoxybat, zunächst in einer niedrigen Dosierung von zweimal 2,25 g abends, etabliert. Darunter konnte der Patient wieder arbeiten und seine Notdienste durchführen. Als er versuchte, Pitolisant zu reduzieren, trat vermehrte Tagesschläfrigkeit auf, und als er Natriumoxybat reduzierte, kam es häufiger zu Kataplexien. Erst nach Einrichten von vier Schlafpausen am Tag und einer Kombinationsbehandlung von Pitolisant 36 mg und Natriumoxybat zweimal 1,75 g war ein zufriedenstellender Zustand gegeben.

fassen insbesondere die Entwicklung von Toleranz und Abhängigkeit. Berichtet werden nächtliche Verwirrtheit und Stürze. Negative Effekte sind Einschränkungen der kognitiven Leistungsfähigkeit und Beeinträchtigungen der Fahrtüchtigkeit aufgrund von Hang-Over-Symptomen am nächsten Morgen.

Alternativ stehen sedierende Antidepressiva und Neuroleptika zur Verfügung. Signifikante Effekte konnten für die Trizyklika Doxepin und Trazodon beobachtet werden. Es kann aber derzeit keinerlei Empfehlung zum Nutzen sedierender Antidepressiva in einer Langzeitbehandlung der Insomnie ausgesprochen werden, sofern keine behandlungsbedürftige Depression vorliegt.

Antipsychotika werden in erster Linie im geriatrischen Kontext häufig verschrieben. In der Fachinformation von Melperon und Pipamperon wird die Insomnie explizit als Anwendungsgebiet gelistet. Es liegen jedoch keine randomisierten klinischen Studien über die Anwendung bei der Insomnie vor, sodass keinerlei evidenzbasierte Empfehlungen abgegeben werden können. Auch bei sedierenden Antihistaminika zur Behandlung der Insomnie ist die Studienlage unzureichend, wenn auch Promethazin sehr häufig im geriatrischen Kontext eingesetzt wird.

In der schlafmedizinischen Praxis spielen Phytotherapeutika wie Baldrian, Passionsblume, Melisse und Hopfen eine nachgeordnete Rolle, da sie freiverkäuflich sind und häufig schon vor Behandlungsaufnahme in Eigenregie eingenommen wurden. Kava-Kava ist wegen toxischen Leberschäden seit dem Jahr 2001 nicht mehr auf dem deutschen Markt verfügbar. Melatonin ist für die Kurzzeitbehandlung der Insomnie erst bei einem Alter ab 55 Jahren zugelassen.

Die stärksten phytotherapeutischen Effekte werden bezüglich der Einschlaflatenz erzielt und vorrangig bei älteren Menschen.

Zur leitliniengerechten Behandlung der chronischen Insomnie steht Daridorexant zur Verfügung. Es handelt sich um den einzigen in der EU zugelassenen dualen Orexin-Rezeptoragonisten (DORA); in den USA sind auch Suvorexant und Lemborexant zugelassen. Dieser wirkt sowohl am Orexin-1- als auch Orexin-2-Rezeptor und verbessert die Schlafqualität bei chronischer Insomnie. Die Einschlaflatenz wird verkürzt, die Schlafunterbrechungen nehmen ab, die Gesamtschlafdauer nimmt zu. Ähnlich wie bei den BZRA verbessern sich die sekundären Endpunkte. Die Tagesschläfrigkeit wird reduziert, Aufmerksamkeit und Kognition sind gebessert.

Narkolepsie

Im Gegensatz zur Insomnie ist die Narkolepsie eine seltene neurologische Erkrankung, die der Gruppe der Hypersomnien zentralnervösen Ursprungs zugeordnet ist. Die ersten Fallbeschreibungen reichen weit in das 19. Jahrhundert zurück. Namensgeber war Jean-Baptiste-Édouard Gélineau (1828–1906), der im Jahr 1880 einen Patienten mit Kataplexien, Tagesschläfrigkeit und imperativen Einschlafattacken beschrieb. Er verwandte erstmals für dieses Syndrom den Begriff Narkolepsie. Die Bezeichnung Kataplexie wurde im Jahr 1902 durch Leopold Löwenfeld (1847–1923) geprägt. Der Verdienst Gélineaus ist die klinische Abgrenzung zur Epilepsie, zu Synkopen, zur Hysterie und anderen Schlafkrankheiten.

Im Jahr 1934 wurde erstmals von L. E. Daniels die Symptomtetrade exzessive Tagesschläfrigkeit, Kataplexie, Schlaflähmung, hypnagoge Halluzinationen beschrieben. Diese wurde im Jahr 1975 bei der ersten internationalen Konferenz zur Narkolepsie in Montpellier in Frankreich durch den gestörten Nachtschlaf als weiteres Symptom ergänzt.

Die Prävalenz der Narkolepsie liegt bei circa 50 pro 100.000 Personen, wobei Männer und Frauen etwa gleichhäufig betroffen sind. Die Erkrankung hat zwei Häufigkeitsgipfel: Bei mehr als der Hälfte der an Narkolepsie Erkrankten treten die Symptome vor dem 18. Lebensjahr auf. Bei der Narkolepsie handelt es sich damit auch um eine pädiatrische Erkrankung. Der zweite Altersgipfel liegt zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr.

Es besteht aktuell Konsens, dass der Verlust hypothalamischer, hypocretinbildender Neurone die direkte Ursache, besonders der Narkolepsie mit Kataplexie (Narkolepsie Typ 1), darstellt. Dem liegt mutmaßlich eine autoimmune Zerstörung von Neuronen zugrunde. Evidenz für eine immunmodulierende Behandlung direkt zu Beginn der Erkrankung besteht jedoch nicht.

Therapie

Ansatzpunkte der Therapie sind die übermäßige Tagesschläfrigkeit (EDS), die Kataplexien und der gestörte Nachtschlaf. Die EDS äußert sich durch Schlafattacken, ein übermäßiges Schlafbedürfnis, automatisierte Verhaltensweisen, Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit aufrechtzuerhalten und kognitive Dysfunktionalität. Letzteres ist das am stärksten einschränkende Symptom.

Zur Behandlung stehen Stimulanzien zur Verfügung: Für Natriumoxybat be-

steht als einzige zugelassene Substanz eine starke Empfehlung für alle drei Therapieziele, Pitolisant hat einen Effekt auf Tagesschläfrigkeit und Kataplexien, Solriamfetol nur auf die Tagesschläfrigkeit, ebenso Modafinil und Methylphenidat. Zur Behandlung der Kataplexien haben sich speziell Venlafaxin und niedrig dosiertes Clomipramin bewährt. Ein kurzfristiger Einsatz von BZRA zur Behandlung des gestörten Nachtschlafes ist möglich, wird aber im Allgemeinen nicht empfohlen.

Die nicht pharmakologische Behandlung von Narkolepsiesymptomen sollte stets in Betracht gezogen werden, wenn eine Medikation als ungeeignet eingestuft wird. Bei Schwangeren oder Kleinkindern ist sie obligat.

Hinsichtlich spezifischer Verhaltensmaßnahmen liegen bei der Narkolepsie zu KVT, spezifischen Diäten, Energy-Drinks oder körperlichem Training keine Empfehlungen vor, lediglich für geplante Tagesschlafphasen.

Forschungsstand

Erforscht werden aktuell Orexin-Rezeptoragonisten, die bisher nur intravenös die Blut-Hirn-Schranke überwinden konnten. Die Studie der Firma Takeda mit TAK-994 musste angesichts schwerer Nebenwirkungen, insbesondere Hepatotoxizität, abgebrochen werden. Die Hoffnung liegt nun auf dem Nachfolgewirkstoff Oveporexton (TAK-861), der sich im Zulassungsprozess der FDA zur Behandlung der Narkolepsie Typ 1 befindet. Die Studienlage ergibt in Phase-3-Studien hochwirksame Resultate bei der Reduktion von Tagesschläfrigkeit und Kataplexien sowie eine signifikante Besserung der Schlafqualität.

Schlafapnoe und COMISA

Tagesschläfrigkeit ist auch ein Leitsymptom der Schlafapnoe. Persistierende Müdigkeit unter Beatmung können entweder Folge eines nicht ausreichend eingestellten Beatmungsdruckes oder eines Druckabfalles angesichts von Maskenleckagen sein. Zum andern sollte auch an eine Comorbid Insomnia and Sleep Apnea (COMISA) gedacht werden, also das gleichzeitige Auftreten von Insomnie und nächtlichen Atemaussetzern bei Schlafapnoe.

Die doppelte Krankheitsbelastung der COMISA hat Auswirkungen auf die Lebensqualität, da sich beide Schlafstörungen bezüglich ihrer Auswirkungen gegenseitig verstärken. Eine Kombination aus evidenzbasierten Ansätzen wie Überdruckbeatmung, KVT und unterstützenden schlaffördernden Maßnahmen ist erforderlich, um die Lebensqualität dauerhaft zu verbessern.

Zudem besteht bei circa 10 % bezüglich Überdruckbeatmung adhärenter Patienten eine residuale exzessive Tagesschläfrigkeit, unabhängig vom BMI und kardiovaskulären Komorbiditäten, die spezifisch psychopharmakologisch behandelt werden muss. In Deutschland sind derzeit nur zwei Medikamente mit gutem therapeutischem Effekt bei der residualen Tagesschläfrigkeit zugelassen: Pitolisant und Solriamfetol.

Auch zur Behandlung der Schlafapnoe werden psychopharmakologische Behandlungsansätze angesichts der bislang fehlenden Adhärenz erforscht. Die LunAIRo Phase-3-Studie untersucht AD-109, ein Gemisch von Atomoxetin 75 mg und Aroxybutynin 2,5 mg. Der Apnoe-Hypopnoe-Index (AHI) sank nach 26 Wochen im Durchschnitt um 46,8 %, in der Placebogruppe um 6,8 %. Die Studie umfasste 660 Erwachsene mit leichter und schwerer Schlafapnoe, die eine Überdruckbeatmung nicht tolerierten oder ablehnten. Bei 20 % der Teilnehmenden reduzierte sich der AHI auf unter 5/Stunde, was einer Normalisierung des Befundes entsprach. Die Sauerstoffsättigung des Blutes besserte sich signifikant. Wenn auch die Etablierung von alternativen Behandlungsstrategien manchen Betroffenen mehr Lebensqualität verschafft, bleibt die nächtliche Überdruckbeatmung weiterhin die Methode der Wahl.

AUTOR



Dr. med. Nikolaus Rauber

Zentrum für Nervenheilkunde und Schlafmedizin
Rheinstraße 35–37
66113 Saarbrücken

zns.sb-rastpfuhl@t-online.de

Kleinanzeigen aus der Praxis

Praxisbörse

Zu verschenken: Funktionsfähiges älteres **SEP-Gerät** Nihon Koden 5200G Neuropack II plus zur Selbstabholung in Innenstadt München. **Kontakt:** info@neuropraxis-zimmermann.de

Wegen Praxisauflösung: **Schwarze EEG EPAS 29** und **SonaraTek Dopplersonografiegerät** (extra- und transkranieller Doppler) abzugeben. Abholung in Goslar. **Kontakt:** praxis-lossie@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: 11. Januar 2027

Online-Bewertungen

Wenn die Praxis schlecht bewertet wird

Auch Arztpraxen können online bewertet werden. Diese Bewertungen können dazu beitragen, ob potenzielle Patientinnen und Patienten oder Bewerberinnen und Bewerber der Praxis eine Chance geben. Gegen schlechte, unbegründete Bewertungen kann deshalb rechtlich vorgegangen werden.

Nicht immer sind Behandelte mit einem Besuch in der Praxis zufrieden: Teils werden schlechte Noten vergeben oder falsche Behauptungen und sogar Beleidigungen ins Netz gestellt. Damit kann im schlimmsten Fall die mühsam aufgebaute Reputation zerstört werden.

Geben potenzielle Patientinnen und Patienten den Namen einer Praxis ein, stoßen sie als Erstes auf die negativen Beurteilungen und entscheiden sich gegebenenfalls gegen einen Termin. Gleiches gilt für das Image der Praxis als Arbeitgeber. Ist das Feedback bedenklich, kann dies auf mögliche Bewerberinnen und Bewerber abschreckend wirken.

Rechtswidrige Bewertungen lassen sich aber definitiv entfernen – in diesen Fällen sind Praxisinhaberinnen und -inhaber nicht hilflos ausgeliefert. Es macht aber einen Unterschied, ob lediglich ein Stern vergeben oder eine zusätzlicher Text im Freifeld verfasst wurde.



© absent84 / stock.adobe.com

Einspruch gegen Bewertungen

Betroffene müssen sich an den Portalbetreiber wenden, wenn sie die Bewertung löschen lassen möchten. Hier ist das Prozedere bei allen Portalen gleich. Grundlage ist die Entscheidung des BGH vom 1. März 2016 – VI ZR 34/15, wonach die Betreiber dazu aufgefordert wurden, bei beanstandeten Bewertungen umfangreiche Prüfungsmaßnahmen zu ergreifen. Inzwischen haben die Portale reagiert und veröffentlichen diskriminierende und beleidigende Bewertungen nicht mehr. Für den Fall, dass dennoch kritische Inhalte auf der Plattform erscheinen, kann das direkt gemeldet werden. Allerdings ist nicht jede schlechte Bewertung auch rechtswidrig. Das Recht auf freie Meinungsäußerung nach Artikel 5 GG schützt Kritik, soweit jemand schildert, er oder sie fühle sich beispielsweise nicht gut aufgeklärt. Wird eine subjektive Meinung geäußert, ist das grundsätzlich zulässig. Anders ist dies bei Aussagen, die als Tatsachen formuliert werden, aber unwahr sind. Dies ist beispielsweise bei einer Behauptung wie „Der Arzt hat mich falsch behandelt" der Fall, wenn dieser Vorwurf sachlich nicht zutrifft. Derartige Behauptungen greifen gezielt in das Persönlichkeitsrecht des Arztes ein und begründen einen Unterlassungsanspruch.

Unzulässige Rezensionen

Bewertungen, die Ärztinnen und Ärzte verunglimpfen, ihnen pauschal Unfähigkeit unterstellen oder ausschließlich auf Herabsetzung ausgerichtet sind, ohne einen sachlichen Bezug zur tatsächlichen Behandlung herzustellen, können gelöscht werden. Dies betrifft auch verleumderische Inhalte, bei denen unwahre, rufschädigende Tatsachen verbreitet werden.

Verboten sind auch Rezensionen, die von Mitbewerberinnen und Mitbewerbern, ehemaligen Mitarbeitenden oder anderen böswilligen Dritten verfasst werden. Allerdings ist der Nachweis im Einzelfall schwierig, wenn Bewertungen anonym abgegeben werden.

Grundvoraussetzung für ein Prüfverfahren ist somit der Patientenkontakt. Wenn die bewertende Person die betreffende Praxis nie aufgesucht hat, fehlt der Bewertung jegliche Grundlage, und es wird das Persönlichkeitsrecht der Ärztin oder des Arztes in erheblichem Maße verletzt. Die Prüfpflicht liegt beim Portalbetreiber. Dieser muss aussagekräftige Belege für einen Patientenkontakt einfordern, etwa Rezepte, Bonushefte, Arztbriefe oder andere Dokumente. Soweit dieser Kontakt nicht nachgewiesen werden kann, muss die Bewertung entfernt werden.

Löschverfahren

Zunächst gilt es, die beanstandete Bewertung vollständig zu sichern, indem davon ein Screenshot erstellt wird, inklusive Datum, Bewertungskategorien und Freitext. Dies ist deshalb wichtig, weil die Bewertung zu einem späteren Zeitpunkt verändert oder vorübergehend entfernt werden kann.

Bei Google und bei anderen Portalen gibt es die Möglichkeit, Bewertungen direkt zu melden. Unter dem Link „Rezension melden" ist ein entsprechendes Formular hinterlegt. Darin müssen die konkreten Rechtsverstöße ausführlich begründet werden. Es reicht nicht zu behaupten, die Aussagen seien falsch oder ungerecht, stattdessen wird eine substantiierte Begründung idealerweise mit Bezug auf einschlägige gesetzliche Bestimmungen oder relevante Gerichtsurteile erwartet. Während der Prüfung wird die Bewertung in der Regel aus dem Netz genommen.

Ist eine Meldung eingegangen, kontaktiert der Plattformbetreiber den Rezensenten und fordert ihn auf, das Behandlungsverhältnis zu belegen. Wenn diejenige oder derjenige den Kontakt nicht nachweisen kann, muss die Bewertung aus dem Netz genommen werden. Kann er belegt werden, wird die Bewertung in der Regel wieder veröffentlicht, soweit keine inhaltlichen Verstöße ersichtlich sind.

Rechtliche Absicherung

Weiter sollte rechtliche Hilfe in Anspruch genommen werden. Wenn eine Antwort auf die Rezension auch nur andeutet, dass die bewertende Person tatsächlich in der Praxis war, welche Behandlung stattfand oder warum es möglicherweise zu Missverständnissen kam, können patientenbezogene Daten ohne Einwilligung des Betroffenen preisgegeben werden. Dies kann ein Verstoß gegen die ärztliche Schweigepflicht nach § 203 StGB sein, selbst wenn die Angaben korrekt sind und die Ärztin oder der Arzt lediglich seinen Ruf verteidigen wollte. Eine öffentliche Antwort kann zudem als implizierte Bestätigung bewertet werden, dass ein Behandlungsverhältnis bestanden hat. In diesem Fall erschwert es die Möglichkeit, eventuell fehlende Patientenkontakte glaubhaft zu machen.

Lehnt der Betreiber der Website die Löschung trotz inhaltlicher Verstöße ab, bleibt nur noch der juristische Weg. Ist die Verfasserin oder der Verfasser der Bewertung namentlich bekannt, könnte auch unmittelbar gegen ihn selbst vorgegangen werden: mit einer Abmahnung, einem Unterlassungsanspruch und gegebenenfalls Schadenersatzansprüchen. In gravierenden Fällen kommt noch eine Anzeige wegen übler Nachrede nach § 186 StGB und Verleumdung nach § 187 StGB in Betracht.

Viele Ärztinnen und Ärzte verfügen sinnvollerweise über eine Rechtsschutzversicherung, die auch Fälle der Online-Rufschädigung umfassen. Das Prozesskostenrisiko ist mit circa 4.000 € bis 5.000 € zu bewerten. Im Erfolgsfall wird das Portal in der Regel zur Kostenübernahme verpflichtet, wenn es zuvor eine Löschung trotz eindeutiger Rechtsverstöße der Bewertenden abgelehnt hat.

Jörg Hohmann, Fachanwalt für Medizinrecht, Hamburg

Anspruch auf Rückzahlung nach fehlerhafter GOÄ-Rechnung

Auch bei großer ärztlicher Sorgfalt kann es vorkommen, dass eine GOÄ-Rechnung falsch ausgestellt wird und zu hoch ausfällt. Fraglich ist, wann Rückforderungsansprüche von Patientinnen und Patienten infolge einer fehlerhaften GOÄ-Rechnung verjähren und nicht mehr ausgezahlt werden müssen.

In einem Streitfall hierzu ging es um eine nicht zulässige Pauschalvereinbarung für ambulante ärztliche Leistungen. Wegen eines Verstoßes gegen § 2 Absatz 3 GOÄ (abweichende Vereinbarung) war diese Vereinbarung nach § 125 BGB nichtig (Nichtigkeit wegen Formmangels). Die betroffene Patientin forderte die Zahlung zurück und hatte hier die Rolle einer Gläubigerin.

Die Besonderheit in diesem Fall war, dass im Jahr 2017, als die Pauschalvereinbarung zwischen der Patientin und einer juristischen Person – in diesem Fall einer GmbH und nicht einer Ärztin oder einem Arzt – abgeschlossen wurde, noch nicht höchstrichterlich entschieden war, ob die GOÄ auch für juristische Personen zwingend anzuwenden ist, die ambulante ärztliche Leistungen abrechnen. Erst am 4. April 2024 hatte der Bundesgerichtshof (BGH) in seiner Entscheidung klargestellt, dass die GOÄ für die Abrechnung von ärztlichen Behandlungsleistungen auch dann zwingend anzuwenden ist, wenn der Behandlungsvertrag nicht zwischen der Patientin oder dem Patienten und den Behandelnden selbst, sondern mit einer MVZ-GmbH zustanden gekommen ist.

Der Senat führte aus, dass nach § 195, 199 BGB die regelmäßige Verjährungsfrist von drei Jahren mit dem Ende des Jahres beginnt, in dem der Anspruch entstanden ist und der Gläubiger, hier die Patientin, von den Umständen, die den Anspruch begründeten, und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt hat oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste. Es ist nicht erforderlich, dass der Gläubiger aus den ihm bekannten Tatsachen auch die zutreffenden rechtlichen Schlüsse zieht.

In diesem Fall kannte die klagende Patientin die Tatsachen, aus denen sich das Fehlen des Rechtsgrundes ergab, allein schon deshalb, weil sie wusste, dass eine Pauschalabrechnung erfolgt war. Daher erklärte der Senat in seinem Urteil, dass der Anspruch verjährt sei (Urteil des OLG Köln vom 19. Dezember 2025 – 5 U 87/25).

Für die neurologische und psychiatrische Praxis ist zudem relevant, dass weder eine zivilrechtliche noch eine strafrechtliche Verpflichtung für Ärztinnen und Ärzte besteht, eine versehentlich unzutreffend erstellte GOÄ-Abrechnung nachträglich zu korrigieren. Anders ist es nur dann, wenn die Rechnung absichtlich zu hoch erstellt wurde.

Jörg Hohmann, Fachanwalt für Medizinrecht, Hamburg

Wirtschaftlichkeitsprüfung

Nicht nur die Gemeinschaft zählt

Ein Urteil des Bundessozialgerichtes legt fest, dass Ärztinnen und Ärzte auch dann einer Wirtschaftlichkeitsprüfung unterzogen werden können, wenn sie in einer Berufsausübungsgemeinschaft oder einem Medizinischen Versorgungszentrum arbeiten.

Auch wenn eine Ärztin oder ein Arzt in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) oder einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) tätig ist, hindert das die Prüfgremien nicht an einer arztbezogenen Wirtschaftlichkeitsprüfung. Mit dieser Entscheidung wurde die Klage eines Allgemeinarztes gegen den Beschwerdeausschuss Schleswig-Holstein abgewiesen. Dieser hatte in den Quartalen II/2015 und III/2015 die Gebührenordnungsposition 01435 so häufig abgerechnet, dass die Prüfungsstelle einen Regress für beide Quartale in Höhe von 1.127 € festsetzte. Unter Berücksichtigung der Ansatzfrequenzen überschritt der Kläger den doppelten Untergruppenwert. Diese Leistungen seien als unwirtschaftlich zu kürzen.

LANR ermöglicht Identifizierung

Widerspruch und Klage waren erfolglos. Auf die Berufung des Arztes hatte das Landessozialgericht (LSG) hingegen das Urteil des Sozialgerichtes und den Bescheid aufgehoben sowie den Beschwerdeausschuss zur Neubescheidung verurteilt. Zwar habe im Hinblick auf das Abrechnungsverhalten ein offensichtliches Missverhältnis bestanden, was auch nicht durch Praxisbesonderheiten gerechtfertigt sei, jedoch sei das Vorgehen des Beschwerdeausschusses methodisch fehlerhaft, wenn es bei einer Prüfung allein auf die unter der lebenslangen Arztnummer (LANR) des Arztes abgerechneten Leistungen abstelle. Die Vergleichsprüfung hätte bezogen auf die BAG als Einheit erfolgen müssen.

In seiner Entscheidung führte der Senat aus, dass seit Einführung der LANR den Prüfgremien nicht mehr nur die Daten der Gesamt-BAG zur Verfügung stehen, sondern die LANR nun eine eindeutige Zuordnung der ärztlichen Leistungen und Verordnungen ermöglicht. Sie bilde daher nicht nur die Grundlage für die Einhaltung der Plausibilitätsgrenzen, sondern auch für die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Abrechnung. Zwar bleibe auch nach Einführung der LANR die Regressprüfung auf Ebene der BAG weiterhin möglich und könne mitunter sogar notwendig sein, dies gelte aber nur, wenn nur so verwertbare Ergebnisse im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit erzielt werden könnten. Deshalb liege es grundsätzlich im Gestaltungsspielraum der Prüfgremien, ob sie auf Ebene der einzelnen Person oder der BAG prüfe. Nach den Feststellungen des LSG lägen keine Umstände vor, die eine weit überdurchschnittlich häufige Anzahl telefonischer Beratungen rechtfertigen konnten. Das Urteil des LSG wurde daher aufgehoben (Urteil des BSG vom 1. April 2026 – B 6 KA 4/25 R und B 6 KA 5/25 R).

Praxisbesonderheiten nachweisen

Dies ist von großer praktischer Bedeutung, da häufig festgestellt wird, dass in Arztpraxen aufgrund unterschiedlicher Spezialisierungen erheblich voneinander und teilweise auch vom Abrechnungsbild der Fachgruppe abweichende Leistungsprofile vorliegen. Die Abrechnungswerte der einzelnen Gesellschafterinnen und Gesellschafter bewegen sich in der Gesamtheit oftmals im Fachgruppendurchschnitt, während die Abrechnungswerte Einzelner durchaus erhebliche Überschreitungen aufweisen können. In Zukunft können Prüfgremien also ebenso die Werte bezogen auf einzelne LANR prüfen, sodass auch Praxen in Prüfverfahren geraten könnten, die bislang unauffällig waren.

In solchen Fällen ist es wichtig, gegenüber den Ausschüssen vollständig vorzutragen und alle vorhandenen Praxisbesonderheiten und Spezialisierungen mit konkreten Daten aus der Praxis nachzuweisen. Hier scheitern Praxen häufig, da ihnen unbekannt ist, dass anhand der konkreten Abrechnungszahlen zu belegen ist, dass die Besonderheiten gegebenenfalls bei einzelnen Personen liegen und welche genauen Auswirkungen sie auf die Abrechnungs- oder Verordnungswerte haben.

Jörg Hohmann, Fachanwalt für Medizinrecht, Hamburg



© SasubuArt / stock.adobe.com

Nachfolge gesucht

Fristen voneinander getrennt beachten

Die Verlängerung einer Nachbesetzungsfrist bedeutet nicht automatisch, dass auch eine längere ärztliche Vertretung genehmigt ist. Ein Urteil machte deutlich, dass beide Verfahren rechtlich strikt voneinander getrennt sind – mit potenziell erheblichen finanziellen Folgen für Praxen und MVZ.

Die Nachbesetzung einer Stelle einer angestellten Vertragsärztin oder eines Vertragsarztes und die Vertretung während der Suche nach einer Nachfolge hängen eng zusammen. Allerdings führt die Verlängerung der Frist zur Nachbesetzung der Stelle nicht automatisch dazu, dass auch eine längere Vertretungsfrist zulässig ist. Das muss separat beantragt und genehmigt werden. Sollte das nicht geschehen, kann es sein, dass die in Vertretung abgerechneten Leistungen nicht vergütet werden.

Vertretung nicht zulässig

Eine angestellte Ärztin hatte ihre Tätigkeit in einem MVZ zum 31. Dezember 2017 beendet und wurde ab dem 1. Januar 2018 durch einen Arzt vertreten. Da eine Nachfolge für sie bis zum 30. Juni 2018 nicht gefunden werden konnte, beantragte das MVZ die Verlängerung der Nachbesetzungsfrist, die vom Zulassungsausschuss (ZA) bis zum 31. Dezember 2018 gewährt wurde. Der vertretende Arzt war vom 1. Juli bis 31. Dezember 2018 weiterhin tätig.

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) hatte im Schreiben vom Januar 2019 darauf hingewiesen, dass eine Vertretung nur für die Dauer von sechs Monaten gewährt war und zulässig gewesen sei. Sie verweigerte deshalb die Vergütung der Leistungen des Arztes in den Quartalen III und IV 2018 in Höhe von circa 30.000 €. Klage und Berufung des MVZ blieben ohne Erfolg. Der Senat bestätigte die Honorarkürzung. Hinsichtlich der ärztlichen Tätigkeit des Arztes habe ein Fall genehmigungsfreier Vertretung auf der vakanten Angestelltenstelle in unmittelbarer Anwendung von § 32b Absatz 6 Satz 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) nicht vorgelegen. Eine über die darin geregelte Dauer hinausgehende genehmigungsfreie Vertretung für den Fall der verzögerten Nachbesetzung sei nicht vorgesehen (Urteil des LSG NRW vom 24. September 2025 – L 11 KA 8/23). Es sei ausgeschlossen, dass im Falle der Verlängerung der Nachbesetzungsfrist die Beschäftigung der Vertretung für die Dauer der Verlängerung automatisch zulässig sei. Eine hierfür erforderliche planwidrige Regelungslücke sei nicht erkennbar. Durch die Verordnung sei die Dauer der Vertretung ausdrücklich – sowohl im Fall des Todes oder der Kündigung – auf sechs Monate begrenzt. Außerdem sei ein Ausnahmetatbestand zulässiger Vertretung – bei gesetzlichem Anspruch auf Freistellung – über die geregelten sechs Monate hinaus vorgesehen. Danach kann die Notwendigkeit einer längeren Vertretung nur in diesen Ausnahmefällen anerkannt werden.

Die Fristverlängerung zur Nachbesetzung führe somit auch nicht zur Verlängerung der zulässigen Vertretungsdauer. Der Zeitraum zulässiger Vertretung – und damit die Vergütungsfähigkeit der erbrachten Leistungen – sei somit nicht an die Verlängerung der Nachbesetzungsfrist gekoppelt.

Worauf zu achten ist

Als Folge für die Praxis ist deshalb zu raten, die Nachbesetzungsfrist für den Fall der Beendigung des Arbeitsverhältnisses von angestellten Ärztinnen oder Ärzten im Auge zu behalten. Diese betragen:

- sechs Monate bei 0,5 bis 0,75 oder 1,0 Arztstellen beziehungsweise
- zwölf Monate bei 0,25 Arztstellen.

Die Bemühungen, eine Nachfolge zu finden, sollten dokumentiert werden, da eine Verlängerung der Sechs-Monats-Frist vom ZA nur bei Nachweis entsprechender Bemühungen gewährt wird. Der Antrag sollte rechtzeitig und deutlich vor Ablauf der Frist gestellt werden.

Soweit auf der vakanten Stelle zwischenzeitlich eine Vertretung tätig ist, muss die Tätigkeitsaufnahme bei der KV nach Ablauf einer Woche angezeigt werden. Die übliche genehmigungsfreie Vertretungsdauer beträgt drei Monate innerhalb von zwölf Monaten.

Sollte eine Vertretung für eine Ärztin oder einen Arzt angestellt werden, die oder der freigestellt ist, deren oder dessen Anstellungsverhältnis durch Tod, Kündigung oder andere Gründe beendet wurde, beträgt die genehmigungsfreie Vertretungsdauer sechs Monate.

Aktuelle Rechtslage

Zu beachten ist, dass die Regelungen der Ärzte-ZV dabei nicht vollständig mit der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts harmonieren. Wenn eine Verlängerung der Nachbesetzungsfrist einmalig um sechs Monate zulässig ist, erschließt es sich im Grunde nicht, wieso die Vertretungsdauer sich in diesem Fall nicht automatisch auch verlängert. Das Ende der Vertretung führt dazu, dass die Patientinnen und Patienten nicht anschlusslos weiterversorgt werden können.

Tatsächlich dürfte nach der aktuellen Rechtslage – anders als in den Fällen der regelhaften Vertretung bei Urlaub, Krankheit, Fortbildung – auch keine Genehmigung der Verlängerung der Vertretungszeit durch die KV in Betracht kommen. Es besteht aber zumindest die Möglichkeit einer Genehmigung durch eine Ergänzung der Regelungen in § 32b Ärzte-ZV durch den Gesetzgeber.

Jörg Hohmann, Fachanwalt für Medizinrecht, Hamburg

Fortbildung

Autismus-Spektrum-Störung

Diagnostik zwischen Mythen und Masking

Die Diagnostik von Autismus-Spektrum-Störungen wandelt sich grundlegend. Ältere Klassifikationen wie die ICD-10 sind fachlich überholt und bilden die aktuellen Forschungsergebnisse zu neuromentalen Entwicklungsstörungen, den „neurodevelopmental disorders“, nur unzureichend ab. Statt starrer Unterformen, wie frühkindlicher Autismus, atypischer Autismus und Asperger-Syndrom, rücken DSM-5 und ICD-11 Spektrumsdenken, Entwicklungsverlauf und klinische Funktionseinschränkungen stärker in den Vordergrund.

GÜNTHER ENDRASS



© vejaa / Getty Images / iStock

Die Sicht auf Menschen mit Autismus und die richtige Diagnosestellung hat sich in den letzten Jahren grundlegend verändert.

In der öffentlichen Wahrnehmung, besonders in den sozialen Medien, sind zahlreiche Mythen über die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und die Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) verbreitet. Weder sind alle autistischen Menschen männlich, gefühllos, hochbegabt oder mathematische Genies, noch besteht ein Zusammenhang zwischen Impfungen und ASS. Die anerkannte Forschung und die WHO stützen die „Impfhypothese" der Autismusgenese nicht [1]. Ebenso wie bei der ADHS sind ASS keine „Modediagnose", diese werden nur heute häufiger erkannt – durch verbesserte Diagnostik, erhöhte öffentliche Aufmerksamkeit und Entstigmatisierung. Durch diese Entwicklung ist die ASS keine seltene Erkrankung mehr, sondern mit einem Prävalenzanstieg von circa 1 % auf tendenzielle 2 % ein durchschnittlich häufig auftretendes Krankheitsbild. Zum Vergleich: Die Prävalenz der Schizophrenie liegt bei etwa 1 %.

Gerade diese Entmythologisierung ist für eine zeitgerechte Diagnostik entscheidend. Wer nur auf stereotype Bilder achtet, übersieht Menschen mit kompensierten Symptomen, äußerlich unauffälligem Verhalten oder nicht beeinträchtigter Intelligenz. Das betrifft vor allem Erwachsene und sehr stark Frauen, bei denen Masking und Camouflage dazu führen können, dass keine Diagnose gestellt wird, weil die tatsächliche Belastung der Betroffenen aus der Außenperspektive unterschätzt wird.

Warum die ICD-10 nicht mehr ausreicht

Die noch verwendeten ICD-10-Kriterien sind 35 Jahre alt (die deutsche Version gibt es seit dem Jahr 2004), wurden ausschließlich aus einer Außenperspektive formuliert und bilden den heutigen Erkenntnisstand nicht angemessen ab. Die DSM-5 und ICD-11 spiegeln hingegen den neurowissenschaftlichen Fortschritt wider. Dennoch werden die neuen Diagnosekriterien von den Betroffenen oft ebenfalls kritisch eingeordnet, weil sie sich immer noch stark auf beobachtbares Verhalten fokussieren und damit gerade hochfunktionale oder hochkompensierende Erwachsene nicht immer gut erfassen [2].

Klinisch hat diese Veränderung der Diagnostik erhebliche Folgen. Während ältere Systeme stärker in Unterformen unterteilten, versteht die moderne Diagnostik die ASS als neuronale Entwicklungsstörung mit früher Manifestation im ersten Lebensjahrzehnt, lebenslangem Verlauf und sehr unterschiedlichen Symptomen. Letzteres spiegelt sich im sogenannten Spektrum wider. Entscheidend ist deshalb weniger die Frage, ob Betroffene einem klassischen Bild entsprechen, stattdessen wie soziale Kommunikation, Beziehungsverständnis, Routinen, Spezialinteressen, Reizverarbeitung und Alltagsanpassung tatsächlich funktionieren.

Autismus als Basisstruktur

ASS ist eine früh auftretende, multifaktoriell bedingte, neurodevelopmentale Störung, bei der genetische Faktoren eine große Rolle spielen und bei der sich die Symptome, wie auch bei der ADHS, bereits in der Kindheit zeigen. Das bedeutet, dass ASS kein erlerntes Fehlverhalten ist, sondern eine genetisch determinierte, neurobiologisch entstandene, grundlegende Besonderheit der Informationsverarbeitung und Adaptionsfähigkeit des Gehirns [3]. Genau so, wie es auch für andere, genetisch hoch determinierte Eigenschaften wie Körpergröße, Intelligenzquotient oder Weitsichtigkeit gilt.

Das Gehirn wird also nicht erst „im Denken geformt". Seine Grundbaupläne entstehen bereits vor der Geburt durch genetische Entwicklungsprogramme. Diese Programme legen die spätere Organisation von Wahrnehmung, Bewegung, Gedächtnis, Emotion und Kognition in einem hierarchischen Netzwerk fest. Das wird mit den Begriffen der Basisstruktur und – bei daraus entstehender klinischer Störung – der Basis- oder Strukturstörung verbunden. Diese Struktur ist bei ASS verändert und bedingt eine verminderte Adaptionsfähigkeit sowie eine dadurch erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass ASS-Betroffene in der „neurotypischen" Welt Stress, Depressionen und Ängste entwickeln, häufig verbunden mit einer Selbstwert- und/oder Persönlichkeitsproblematik. Aus sekundären Problemen wie Mobbingerfahrungen, dysfunktionaler Entwicklung und chronischer Überforderung können sich nach dem Struktur-Problem-Zustand(SPZ)-Modell [4] manifeste Erkrankungen, sogenannte reversible Zustände wie Depressionen, Angststörungen oder Substanzmissbrauch entwickeln.

Mit dem Konzept der Basisstruktur ist eine grundlegende therapeutische Konsequenz verbunden. Zu versuchen, diese biologischen Grundstruktur zu „normalisieren", kann bei ASS-Betroffenen zu einer Zunahme der Maskierung mit Gefahr eines „autistischen Burn-Outs" oder, wegen fehlender Therapiefortschritte, Frustration bei Betroffenen und Behandelnden verursachen. Eine sinnvolle Alternative dazu ist es, dysfunktionale Denk- und Verhaltensmuster zu verstehen, zu strukturieren und abzubauen sowie geeignete Kompensationsstrategien aufzubauen. Etwa so, wie Weitsichtigkeit durch eine passende Brille korrigiert wird und keine Störung mehr darstellt, aber die zugrunde liegende biologische Struktur erhalten bleibt.

Schwache zentrale Kohärenz

Als Theory of Mind (ToM) wird der Prozess bezeichnet, die mentalen Zustände – wie Gedanken, Gefühle, Absichten, Wünsche und Überzeugungen – von sich selbst und anderen zu erkennen, zu verstehen und vorherzusagen. ToM erklärt Defizite der sozialen Kognition, die bei ASS-Betroffenen auftreten. Zum Beispiel in den Bereichen des „False-Belief-Verständnisses, der „Faux-Pas-Erkennung" oder der Täuschung. Sie erklärt vorrangig soziale Interaktions- und Kommunikationsschwierigkeiten, allerdings bleiben durch ToM eine Reihe von Wahrnehmungs-, Informationsverarbeitungs- und Verhaltensphänomene bei ASS unerklärt, die durch das

Modell der schwachen zentralen Kohärenz (SZK) besser erfasst werden.

Der Begriff der zentralen Kohärenz bezeichnet die Fähigkeit des Gehirns, verschiedene Perzepte intuitiv und sehr schnell, mit geringem Energieaufwand, in einen Gesamtbedeutungskontext zu integrieren. Perzepte sind subjektiv erlebte Inhalte der Wahrnehmung, also das, was jemand tatsächlich sieht, hört und fühlt – nicht der äußere Reiz selbst, sondern die persönliche Interpretation davon, wie eine rote Rose oder ein Kaminfeuer auf die Person wirken. Sie entstehen durch die Verarbeitung von Reizen im Gehirn, wobei Erinnerungen und Erfahrungen großen Einfluss haben und sich dadurch von den rein physikalischen Sinnesreizen – einem Bild auf der Netzhaut beziehungsweise im primären occipitalen Sehzentrum – unterscheiden. Bei ASS werden Einzelmerkmale rasch erkannt, während Kontext, Gestalt und Bedeutung oft erst verzögert und mit hohem Energieaufwand zu einem Gesamtmuster zusammengefügt werden müssen (**Abb. 1**). Es besteht also eine schwache zentrale Kohärenz [5].

Befunde, die durch ToM nicht (ausreichend) erklärt und durch SZK besser abgebildet werden, sind

- detailorientierte Wahrnehmung und reduzierte Anfälligkeit für visuelle Täuschungen,
- überlegene Leistungen bei Aufgaben mit lokaler Fokusierung (z. B. Embedded Figures Test),
- Savant-Fähigkeiten bei Gehirnschädigungen und Inselbegabungen als Folge einer verstärkten detailorientierten Verarbeitung,
- sensorische Überempfindlichkeiten und Reizüberflutung,
- Spezialinteressen und repetitive Muster als Folge intensiver Detailverarbeitung,
- neurophysiologische Korrelate einer lokal orientierten Verarbeitung in funktionellen Bildgebungsstudien zeigen eine verstärkte Aktivität in frühen visuellen Arealen und Hinweise auf veränderte Konnektivitätsmuster [4].



© Creative Commons

Abb. 1: Bei ASS ist die zentrale Kohärenz eingeschränkt – Details werden stärker wahrgenommen als der Gesamtzusammenhang.

Eine hohe zentralen Kohärenz war vermutlich in der Entwicklung der Menschheit von hoher Bedeutung – unter anderem für rasche Muster- und Gefahrenerkennung. Waren Fressfeinde wie Raubtiere nur schemenhaft im Gebüsche erkennbar, war eine sofortige Reaktion wie Flucht oder Kampf erforderlich für das Überleben.

Folge der SZK bei ASS ist, dass Detailaufgaben zwar besser gelöst werden, das große Ganze jedoch nur erschwert, mit hohem kognitivem Aufwand integriert werden kann. Das erfordert einen höheren Zeitaufwand und mehr Energie und ist mit meist verzögerten Antworten und Erschöpfung verbunden. Bei nicht beeinträchtiger Intelligenz oder Hochbegabung ist das allerdings von außen häufig nicht wahrnehmbar.

Innensicht wird wichtiger

Diagnostisch wichtig sind nicht nur beobachtbare Auffälligkeiten, sondern auch, die subjektive Innenperspektive systematisch und im Kontext zu erfassen. Eine ASS darf nicht vorschnell ausgeschlossen werden, nur weil ASS-Betroffene Blickkontakt halten, ihre Sprache formal gut wirkt oder soziale Regeln oberflächlich gelernt wurden. Stattdessen sollte genauer exploriert werden, wie soziale Interaktionen, Mimik, Gestik, Small Talk, Routinen oder Reizfilterung individuell und intrapsychisch tatsächlich erfolgen und wie diese Fähigkeiten überhaupt erworben wurden. Deswegen sollte an Masking und Camouflage gedacht werden. Dabei rekonstruieren Menschen mit ASS beispielsweise die mentalen Zustände des Gegenübers, anstatt Gefühle intuitiv und automatisch zu mentalisieren. Diagnostisch relevant ist also nicht die Richtigkeit der Erfassung und Einordnung eines Gesichtsausdruckes, sondern ob die Patientin oder der Patient ein Gefühl oder einen Denkprozess beschreibt.

Hier zeigt sich ein diagnostischer Paradigmenwechsel: Nicht allein das sichtbare Verhalten zählt, sondern auch die kognitive und emotionale Energie, die nötig ist, um im Alltag unauffällig zu erscheinen. Gerade bei spät diagnostizierten Personen kann ein äußerlich angepasstes Funktionieren erhebliche innere Belastung verdecken, die sich sekundär als Burn-Out, Depression oder Angststörung manifestieren können.

Diagnostische Kernbereiche

In der ICD-11 und DSM-5 werden die diagnostischen Kernbereiche der ASS ausführlich dargestellt [6]. Dazu gehören soziale Beeinträchtigungen, Probleme der nonverbalen Kommunikation und Defizite im Aufbau und Verständnis von Beziehungen. Daneben werden repetitive und restriktive Merkmale stereotyper Verhaltensweisen, starre Routinen, intensive Spezialinteressen sowie sensorische Hyper- oder Hyporeaktivität aufgeführt.

Die in der ICD-11 neu hinzugefügten „sensorischen Empfindlichkeiten“ sind als diagnostische Kriterien besonders praxisrelevant, da sie helfen können, Differenzialdiagnosen auszuschließen. Reizoffenheit und Hypersensorik für Lärm, Licht, Berührung oder Gerüche können schnelle Erschöpfung, Überlastung und sozialen Rückzug auslösen, ohne dass dies von außen sofort als autistische Problematik erkannt wird. Autistische Stressreaktionen wie „overload“, „shutdown“ und

„meltdown“ sowie Besonderheiten der Affektregulation sind dabei zwar keine Kernkriterien, aber im klinischen Alltag für die Diagnostik und die Betroffenen häufig von großer Relevanz. Umgekehrt kann eine Hyposensorik, beispielsweise für Schmerzen, zu lebensbedrohlichen Komplikationen bei Entzündungen oder Tumoren führen [7].

Mehr als ein Test

ASS ist, wie alle psychiatrischen Diagnosen, eine klinische Diagnose. Testverfahren können die Einschätzung dabei unterstützen, ersetzen aber weder Entwicklungsanamnese im Längsschnitt, noch den Querschnittsbefund mit sorgfältiger klinischer Einordnung [5]. Als zentrales Vorgehen sind diese Längsschnittbefunderhebung mit Entwicklungsanamnese, ergänzt durch Fremdanamnese sowie ein strukturiertes Interview zu autistischen Phänomenen grundlegend. Des Weiteren sind eine neuropsychiatrische Basisdiagnostik, der Ausschluss sekundärer Ursachen und die Erfassung von Komorbiditäten zusätzlich erforderlich.

Psychometrische Skalen sind, wie in den S3-Leitlinien beschrieben, als begleitende Hilfen nützlich. Dabei sind sie, so auch der oft als Goldstandard genannte ADOS-4, nicht obligatorisch für eine Diagnosestellung erforderlich, weil sie für sich allein weder ASS feststellen noch ausschließen können. Der ADOS-4 hat beispielsweise zwar eine Sensitivität von 90 %, aber nur eine Spezifität von 48,1 %. Der Test erkennt also viele Fälle, produziert aber auch mindestens bei der Hälfte falschpositive Befunde.

Mehrere Screeningverfahren sind, besonders unter Berücksichtigung eines notwendigerweise überschaubaren Zeitbedarfes, im Praxisalltag hilfreich. Dazu gehören der AQ-10 als primäres Kurzscreening [8] und die RAADS-R beziehungsweise RADS-R [9] als nachfolgend einsetzbare Selbstbeurteilung mit hoher Sensitivität von 93 % und auch hoher Spezifität von 94 %. Außerdem gibt es ergänzende Testverfahren wie den PAQ, der genutzt werden kann, um die bei ASS in circa 50 % der Fälle zusätzlich bestehende und die ASS-Diagnostik erschwerende Alexithymie zu erfassen [10]. Der CAT-Q dient zur Abschätzung des bei Erwachsenen und besonders bei Frauen sehr häufigen und ausgeprägten Maskings [11]. Diese Testverfahren sind alle (weitgehend) kostenfrei online zugänglich.

Gerade diese Kombination zeigt, dass gute Diagnostik heute multimethodal sein muss: standardisiert, aber nicht schematisch. Die auf Tests folgende, klinische Diagnostik, die den genannten Anforderungen genügt, erfordert allerdings nach eigener praktischer Erfahrung und laut Veröffentlichungen von Autismusambulanzen etwa drei bis vier Stunden. Das ist jedoch unter den derzeitigen GKV-Finanzierungsbedingungen, die sich voraussichtlich im Jahr 2027 verschärfen werden, im Regelfall nicht realisierbar. Deshalb sind optionale Schwerpunkttätigkeiten außerhalb der GKV und eine enge Zusammenarbeit mit psychotherapeutischen Praxen sinnvoll. Letzteres unter Nutzung der im Erwachsenenbereich maximal möglichen vier probatorischen Sitzungen zur „Vertieften Diagnostik, Indikationsstellung und Klärung einer therapeutischen Zusammenarbeit“.

In den noch gültigen Leitlinien zur Diagnostik aus dem Jahr 2016 wird ein Screening nur bei bestimmten Befundkonstellationen – mit mindestens einem Risikofaktor sowie zusätzlich mindestens einem Symptom – empfohlen [12]. Es bleibt abzuwarten, welche Anpassungen hier bei der im Sommer 2026 begonnenen Überarbeitung gemacht werden. Besonders bei speziellen Diagnostiksituationen, wie bei maskierenden Frauen, und generell im Erwachsenenbereich, in dem eine zunehmende Diagnostiknachfrage besteht.

Hinweiskonstellationen in Psychiatrie und Psychotherapie

01 Fehlender Behandlungsfortschritt
- keine ausreichenden Fortschritte unter psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung und leitliniengerechter Medikation

02 Teilansprechen bei ADHS
- nur ein Teil der Symptomatik bessert sich unter Stimulanzientherapie
- andere Auffälligkeiten persistieren oder treten deutlicher hervor
- möglicher Hinweis auf eine komorbide ASS

03 Atypische Symptomkonstellation
- Depression, Angststörung, Phobie oder Zwangsstörung
- emotional instabile beziehungsweise Borderline-Störung
- atypische psychotische Syndrome oder Persönlichkeitsstörungen

04 Starre Verhaltensmuster
- anhaltend, starre Verhaltensmuster in sozialen Konflikten, die sich unter Behandlung nicht ausreichend verändern

05 Sozialer Rückzug
- anhaltender oder zunehmender sozialer Rückzug ohne Hinweis auf eine soziale Phobie

06 Reizbezogene Vermeidung
- Vermeidung von Situationen mit vielen Außenreizen

ASS als mögliche zugrunde liegende Störung diagnostisch berücksichtigen

Ziel: Problemlöseverhalten und komorbide Beschwerden im individuellen Kontext einordnen

Hinweiskonstellationen, keine diagnostischen Kriterien.
ASS = Autismus-Spektrum-Störung; ADHS = Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung

© G. Endrass

Abb. 2: Red Flags bei unerkannter Autismus-Spektrum-Störung (ASS)

Wann im Praxisalltag an ASS gedacht werden sollte

Besonders wertvoll für die Praxis sind „Red Flags“ (**Abb. 2**). Nach eigener klinischer Erfahrung empfiehlt sich eine ASS-Diagnostik unter anderem dann, wenn unter laufender Psychotherapie trotz leitliniengerechter Behandlung keine erwartbaren Fortschritte eintreten, oder wenn sich unter einer Stimulanzientherapie bei bereits diagnostizierter ADHS nur ein Teil der Probleme verbessert, andere aber bestehen bleiben oder erst sichtbar werden (Autismusdemaskierung).

Mit der Einführung von DSM-5 und ICD-11 können ASS und ADHS als wechselseitige Komorbidtäten bei genetischer Überlappung diagnostiziert werden. Die genetische Korrelation zwischen ADHS und ASS liegt bei etwa 0,45 bis 0,72, was auf moderate bis substanzielle gemeinsame genetische Einflüsse hindeutet. Je nach Studie erfüllen dabei 20–50 % der ADHS-Patientinnen und -Patienten auch ASS-Kriterien. Umgekehrt erfüllen 30–80 % der ASS-Patientinnen und -Patienten

die ADHS-Kriterien. Ebenso können atypische Formen von Depressionen, Angststörungen, Zwangssymptomen, Persönlichkeitsstörungen, anhaltende soziale Konfliktmuster, zunehmender Rückzug und massive Reizüberlastung, wie der autistische Burn-Out, als Hinweise betrachtet werden, die an eine zugrunde liegende, autistische Strukturproblematik denken lassen.

Eine korrekte ASS-Diagnose soll nicht etikettieren, sei soll erklären, warum bestimmte Probleme trotz engagierter Behandlung bestehen bleiben. Erst wenn die Basisstruktur beziehungsweise Strukturstörung erkannt ist, lassen sich sekundäre Störungen und dysfunktionale Problemlösungen sinnvoll einordnen und behandeln.

Behandlungsaspekte

Weil spezifische medikamentöse Behandlungsoptionen für ASS fehlen, steht die autismusadaptierte Verhaltenstherapeutische Psychotherapie mit Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT) zur Verfügung, die sich an Kommunikationsstil, Reizverarbeitung, Strukturbedarf und mögliche Überlastung anpasst.

Trotz fehlender medikamentöser Behandlungsmöglichkeiten lassen sich einige der Symptome im Einzelfall durch Stimulanzien, Antidepressiva und Neuroleptika medikamentös beeinflussen [5]. Aufgrund der hohen Komorbiditätsrate von ADHS bei Autismus spielt dabei besonders die Stimulanzienbehandlung eine wichtige Rolle. Diese hat annähernd die gleiche Effektivität wie bei reinem ADHS, sollte jedoch nach eigener klinischer Erfahrung – auch wegen höheren, meist initialen, Nebenwirkungsraten – in niedriger Dosierung als bei ADHS gestartet und auch langsamer gesteigert werden.

Langfristig und über die Psychotherapie hinaus hat die Selbsthilfe eine hohe Relevanz. Hier ist unter anderem der Aspies e. V. zu nennen, die bundesweite größte Selbsthilfe- und Selbstvertretungsorganisation von und für Menschen im Autismusspektrum, verbunden mit dem Selbsthilfeforum (aspies.de).

Fazit für die Praxis

Die ASS-Diagnostik hat sich grundlegend gewandelt: Weg von starren Unterformen, wie noch in der ICD-10, hin zu einem Spektrumverständnis in der DSM-5 und ICD-11. Viele verbreitete Mythen über ASS sind fachlich falsch, etwa die Annahme, ASS trete nur bei Jungen auf oder werde von Impfungen verursacht.

ASS wird als neurodevelopmentale Strukturstörung verstanden, also als früh beginnende, lebenslange Besonderheit der Informationsverarbeitung und Anpassungsfähigkeit. Masking und Camouflage sind diagnostisch besonders wichtig, vor allem bei Erwachsenen und besonders bei Frauen, weil die äußere Unauffälligkeit die Basisstörung und tatsächliche Belastung verdecken kann.

Sensorische Empfindlichkeit gehört jetzt in der ICD-11 zu den diagnostischen Kriterien: die Überempfindlichkeit gegenüber Lärm, Licht, Berührung oder Gerüchen.

ASS ist eine klinische Diagnose und mehr als ein Testwert: Entwicklungsanamnese, Fremdanamnese, klinisches Interview und Komorbiditäten sind entscheidend. An ASS sollte besonders gedacht werden, wenn Behandlungen bei Depressionen, Ängsten, Zwängen oder ADHS nicht ausreichend greifen oder soziale Konflikte und Rückzug anhalten.

Literatur

1. Robert-Koch-Institut. Falschinformationen zum Impfen wirksam aufklären. www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Impfen/Informationsmaterialien/Impfmythen/Sicherheit_Autismus_Download.pdf?__blob=publicationFile&v=1; Stand: 1.10.2026
2. Wissenschaftliche Gesellschaft Autismus-Spektrum (WGAS). Kommentar und Stellungnahme der Wissenschaftlichen Gesellschaft Autismus-Spektrum zur ICD-11. www.wgas-autismus.org/kommentar-und-stellungnahme-der-wissenschaftlichen-gesellschaft-autismus-spektrum-zur-icd-11/; Stand: 1.10.2026
3. Bundesverband autismus Deutschland e.V. Autismus. www.autismus.de/autismus.html; Stand: 1.10.2026
4. Dziobek I et al. Neuropsychologische Modelle von Autismus-Spektrum-Störungen - Behaviorale Evidenz und neuro-funktionale Korrelate. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother. 2011;39(2):79-90
5. Ludger Tebartz van Elst (Hrsg.) Autismus-Spektrum-Störungen im Erwachsenenalter in Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Berlin, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft:2025
6. Freitag CM. Von den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen in ICD-10 zur Autismus-Spektrum-Störung in ICD-11. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother. 2021;49(6):437-41
7. Online Akademie für Psychotherapie. Hochfunktionaler Autismus in der Praxis – sicher erkennen und gezielt handeln – Dipl.-Psych. Kristina Marquass. www.online-akademie-psychotherapie.de/hochfunktionaler-autismus-in-der-praxis-sicher-erkennen-und-gezielt-handeln/; Stand: 13.07.2026.
8. Hejmind. Autismus Selbsttest (AQ-10) für Erwachsene. www.hejmind.de/autismus-selbsttest; Stand: 1.10.2026
9. Neurodinge. RADS-R (deutsche Übersetzung) www.neurodinge.de/rads-r-deutsch; Stand: 1.10.2026
10. Neurodinge. Der PAQ auf Deutsch: Test für Alexithymie. www.neurodinge.de/paq; Stand: 1.10.2026
11. Neurodinge. Der Cat-Q auf Deutsch: Test für Masking bei Autismus. www.neurodinge.de/cat-q-deutsch/; Stand: 1.10.2026
12. AWMF. Leitlinien-Register. www.register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-018; Stand: 13.07.2026.

Interessenskonflikt

Der Autor erklärt, dass er sich bei der Erstellung des Beitrages von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließ. Er legt folgende potenzielle Interessenkonflikte offen: keine.

Der Verlag erklärt, dass die inhaltliche Qualitat des Beitrags durch zwei unabhängige Gutachten geprüft wurde. Werbung in dieser Zeitschriftenausgabe hat keinen Bezug zur CME-Fortbildung.

Der Verlag garantiert, dass die CME-Fortbildung sowie die CME-Fragen frei sind von werblichen Aussagen und keinerlei Produktempfehlungen enthalten. Dies gilt insbesondere für Präparate, die zur Therapie des dargestellten Krankheitsbildes geeignet sind.

AUTOR

Dr. med. Günther Endrass

Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Geriatrie
Obersülzer Straße 4
67269 Grünstadt

g.endrass@gmx.de



Autismus-Spektrum-Störung: Diagnostik zwischen Mythen und Masking

FIN gültig bis 26.11.2026:
NT26N6G3

Teilnehmen und Punkte sammeln können Sie

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

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

Welche diagnostische Einordnung von Autismus-Spektrum-Störungen entspricht dem vorliegendem Beitrag am ehesten?
- ○ reine Verhaltensauffälligkeit ohne Entwicklungsbezug
- ○ neurodevelopmentale Basisstruktur mit früher Manifestation
- ○ vorübergehende Reaktion auf psychosoziale Belastungen
- ○ spät einsetzende psychische Erkrankung des Erwachsenenalters
- ○ ausschließlich durch Lernerfahrungen geprägtes Sozialverhalten

Welcher Aspekt kennzeichnet den Wandel von ICD-10 zu DSM-5 und ICD-11 am besten?
- ○ Vorrang starrer Unterformen
- ○ Spektrumdenken unter Einbezug von Entwicklungsverlauf und Funktionsbeeinträchtigung
- ○ Verzicht auf klinische Diagnostik zugunsten von Screeningverfahren
- ○ Einordnung von ASS als primäre Persönlichkeitsstörung
- ○ Beschränkung auf kindliche Symptomatik ohne Relevanz im Erwachsenenalter

Welche Beschreibung trifft das Konzept der schwachen zentralen Kohärenz am besten?
- ○ Einzelmerkmale werden gut erkannt, die Einordnung in den Gesamtkontext gelingt verzögert.
- ○ Soziale Reize werden grundsätzlich nicht wahrgenommen.
- ○ Sinnesreize können nicht kognitiv verarbeitet werden.
- ○ Informationen werden bevorzugt emotional statt analytisch geordnet.
- ○ Komplexe Muster werden schneller als Details erkannt.

Eine 34-jährige Patientin wirkt im Gespräch zugewandt, hält den Blickkontakt und beschreibt erlernte Strategien für Mimik, Small Talk und soziale Regeln. Welche diagnostische Schlussfolgerung ist nach vorliegendem Beitrag am ehesten zutreffend?
- ○ Eine ASS ist damit unwahrscheinlich.
- ○ Gute sprachliche Form schließt ASS weitgehend aus.
- ○ Die Innenperspektive und der Aufwand sozialer Anpassung sollten gezielt exploriert werden.
- ○ Entscheidend ist allein der unauffällige Querschnittsbefund.
- ○ Eine weitere Diagnostik ist nur bei Intelligenzminderung sinnvoll.

Welche sensorische Besonderheit wird im Beitrag als diagnostisch praxisrelevant hervorgehoben?
- ○ fluktuierende Pupillendifferenz
- ○ obligate vestibuläre Funktionsstörung
- ○ stets bestehende Schmerzunempfindlichkeit
- ○ isolierte Störung des Geruchssinns
- ○ Hyper- oder Hyporeaktivität auf Sinnesreize

Welche Aussage beschreibt den Stellenwert standardisierter Testverfahren in der ASS-Diagnostik am besten?
- ○ Ein positiver Test beweist die Diagnose.
- ○ Ein unauffälliger Test schließt die Diagnose aus.
- ○ Psychometrische Verfahren sind grundsätzlich entbehrlich.
- ○ Testverfahren können die klinische Diagnostik ergänzen, aber nicht ersetzen.
- ○ ADOS-4 ist bei Erwachsenen obligat erforderlich.

Bei welcher Konstellation sollte in der klinischen Praxis laut Beitrag besonders an eine zugrunde liegende ASS gedacht werden?
- ○ vollständige Symptomremission unter Standardtherapie
- ○ gute soziale Anpassung ohne subjektive Belastung
- ○ ausbleibender Therapiefortschritt trotz leitliniengerechter Behandlung
- ○ kurzfristige Prüfungsanspannung ohne Entwicklungsanamnese
- ○ isolierte Schlafverkürzung nach Schichtarbeit

Welche Aussage zur Komorbidität von ASS und ADHS entspricht dem Beitrag?
- ○ ASS und ADHS dürfen weiterhin nicht gemeinsam diagnostiziert werden.

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

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

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

- ADHS-Symptome sprechen gegen eine ASS.
- Eine gemeinsame genetische Grundlage wird verneint.
- Stimulanzien sind bei Doppeldiagnose grundsätzlich kontraindiziert.
- Die Komorbidität ist nach DSM-5 und ICD-11 diagnostisch möglich.

Welche therapeutische Grundhaltung wird im Beitrag für Menschen mit ASS besonders empfohlen?

- unspezifische Gesprächsführung ohne Anpassung des Settings
- Umerziehung der autistischen Grundstruktur
- strukturierte, autismusadaptierte Psychotherapie mit expliziter Kommunikation
- Vorrang ausschließlich pharmakologischer Strategien
- Vermeidung von Psychoedukation zugunsten spontaner Alltagsbewältigung

Eine 24-jährige Mathematikstudentin berichtet über seit der Kindheit bestehende Kontaktanbahnungsprobleme, wörtliches Sprachverständnis, hohe Erschöpfung nach sozialen Situationen, Bedürfnis nach festen Abläufen und ausgeprägte auditive Reizüberempfindlichkeit. Welche Einordnung passt nach dem Beitrag am besten?

- typische Konstellation einer ASS mit sozial-kommunikativen Beeinträchtigungen und restriktiven Mustern
- primäre Angststörung ohne Hinweis auf eine neurodevelopmentale Störung
- Zwangsstörung ohne Bezug zu sensorischer Symptomatik
- bipolare Störung mit situativer Reizoffenheit
- somatoforme Störung bei fehlender klinischer Relevanz der Entwicklungsanamnese



© pico / fotolia.com

Aktuelle CME-Kurse aus der Psychiatrie

▶ Mit KVT-I und Medikation gegen primäre Insomnie
aus: NeuroTransmitter, Ausgabe 4/2026
von: W. Freund
Zertifiziert bis: 7.8.2027
CME-Punkte: 2

▶ Nächtliche Prozesse halten gesund
aus: NeuroTransmitter, Ausgabe 3/2026
von: W. Freund
Zertifiziert bis: 2.6.2027
CME-Punkte: 2

▶ ICD-11: Psychiatrie neu gedacht
aus: NeuroTransmitter, Ausgabe 2/2026
von: M. Weih
Zertifiziert bis: 7.4.2027
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

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.

Migräne

Aura erhöht Risiko für Hirninfarkt im mittleren und höheren Lebensalter

Migräne mit Aura ist auch bei älteren Erwachsenen mit einem erhöhten Risiko für einen ischämischen Schlaganfall assoziiert. Die klinisch wichtigste Konsequenz sind dabei keine spezifischen antithrombotischen Therapien, sondern eine durchgehende, vaskuläre Risikofaktorkontrolle und diagnostische Wachsamkeit bei neuen neurologischen Symptomen.

GEREON NELLES

Eine Migräne mit Aura gilt als Risikofaktor für einen Schlaganfall bei jüngeren Erwachsenen bis zu 45 Jahren. Ein Team von Forschenden ging der Frage nach, ob auch bei Menschen im mittleren und höheren Lebensalter ein Zusammenhang zwischen Migräne – insbesondere Migräne mit Aura – und dem Risiko eines ischämischen Schlaganfalls besteht [1].

In der REGARDS-Kohorte (REasons for Geographic and Racial Differences in Stroke) wurden prospektiv 1.130 Personen mit Migräne versus 10.251 ohne Migräne über einen Zeitraum von 6,4 Jahren untersucht. Das mittlere Alter betrug 72,1 Jahre, davon waren 55,2 % Frauen und knapp 36 % Schwarze. Der primäre Endpunkt war ein ischämischer Schlaganfall. Für zahlreiche Faktoren erfolgte eine Adjustierung – unter anderem für Alter, Geschlecht, Ethnie, Region, Bildung/Einkommen, Rauchen, Hypertonie, Diabetes mellitus, Dyslipidämie, BMI, Vorhofflimmern und koronare Herzkrankheit.

Aura erhöht Risiko besonders stark

Dabei war ausschließlich die Migräne mit Aura signifikant mit einem erhöhten Risiko für einen ischämischen Schlaganfall assoziiert. Die Autorinnen und Autoren der Studie interpretieren dies als etwa 70 % höhere relative Schlaganfallwahrscheinlichkeit. Männer im Alter von 45 bis 72 Jahren hatten unabhängig vom Vorliegen einer Aura ein deutlich erhöhtes Risiko (HR 3,67; 95 %-KI 1,96–6,88) (**Tab. 1**). Dieser Befund ist jedoch explorativ und sollte vor einer klinischen Interpretation repliziert werden.

Tab. 1: Hauptergebnisse der Studie [1]

Gruppe	ischämische Schlaganfälle	Hazard Ratio
Migräne insgesamt	44/1.130 (3,9 %)	1,35; 95 %-KI 0,98–1,87
Migräne ohne Aura	21/639 (3,3 %)	1,10; 95 %-KI 0,70–1,72
Migräne mit Aura	23/491 (4,7 %)	1,73; 95 %-KI 1,12–2,65

Die Stärken dieser Studie sind ihre große, gut charakterisierte prospektive Kohorte, die relativ lange Nachbeobachtungsdauer sowie eine wenig untersuchte, ältere Population. Zahlreiche relevante vaskuläre Risikofaktoren wurden berücksichtigt und in der Analyse kontrolliert. Der primäre Endpunkt wurde durch Schlaganfallexpertinnen und -experten diagnostiziert. Allerdings wurde die Migräne selbst nicht nach etablierten klinischen Kriterien erfasst, sondern über die Frage, ob jemals eine medizinische Fachperson eine Migräne diagnostiziert hatte. Die Klassifikation einer Aura stützte sich im Wesentlichen auf selbstberichtete visuelle Beschwerden.

Warum das wichtig ist: Migräne mit Aura sollte auch im höheren Lebensalter als Marker eines erhöhten vaskulären Risikos berücksichtigt werden. Für die neurologische Praxis bedeutet dies vor allem: Blutdruck konsequent kontrollieren, Rauchen aktiv ansprechen, Diabetes mellitus und Fettstoffwechselstörung behandeln, Vorhofflimmern prüfen und allgemeine vaskuläre Prävention in die Migränebetreuung integrieren. Die Studie begründet keine Indikation für eine prophylaktische antithrombotische Therapie allein aufgrund einer Migräne mit Aura. Ebenso wenig ergeben sich aus den Daten Einflüsse für die migräneprophylaktische Behandlung.

Literatur

1. Sprouse Blum AS et al. Migraine and ischemic stroke risk in middle and older age: The REGARDS cohort. Neurol Open Access 2026;2:e000107

AUTOR

Prof. Dr. med. Gereon Nelles

Neuromed-Campus
Werthmannstraße 1c
50935 Köln

gereon.nelles@uni-due.de



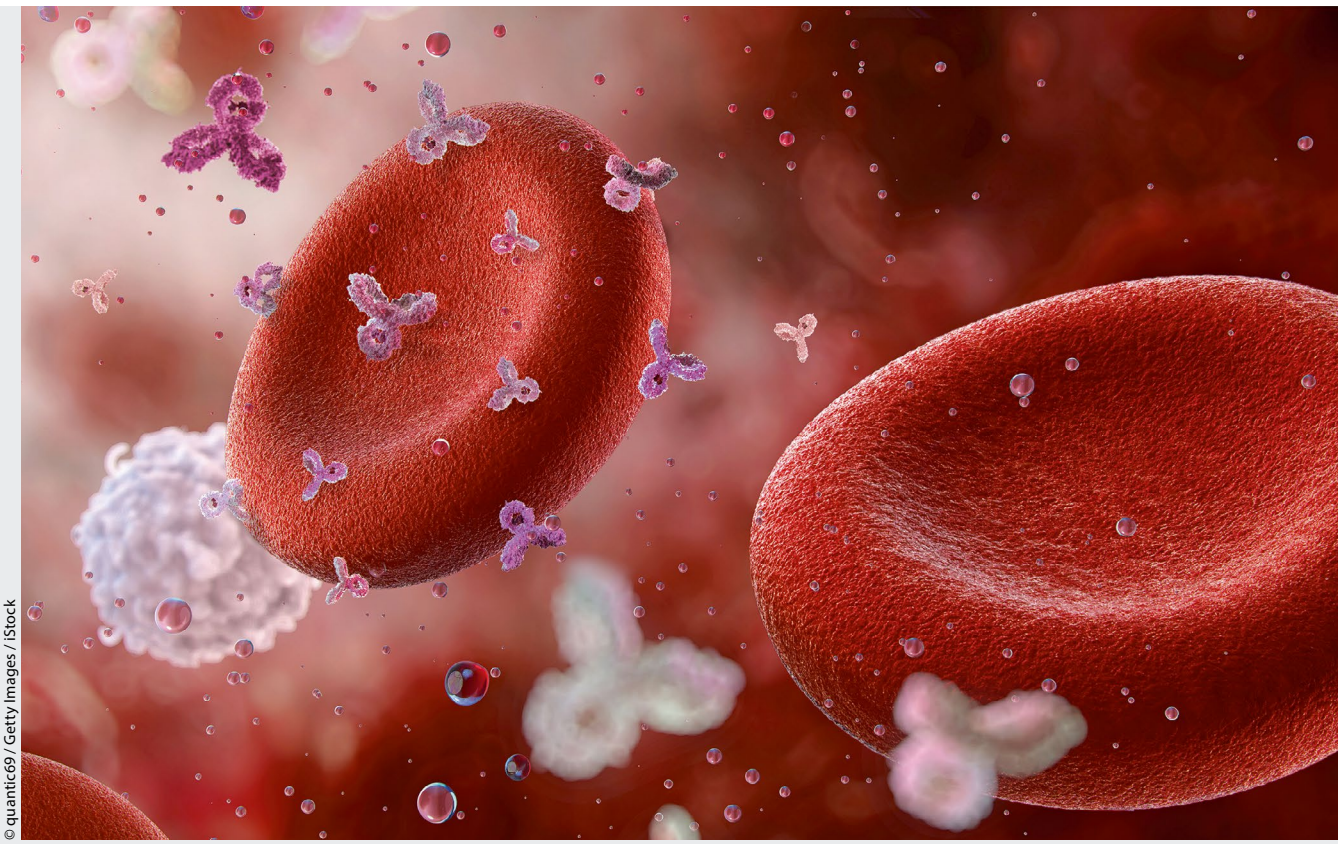
Polyneuropathien

Rolle des Komplementsystems bei CIDP

Neben zellulären Immunmechanismen rücken humorale Prozesse und insbesondere das Komplementsystem zunehmend in den Fokus bei der Therapie der chronisch inflammatorischen demyelinisierenden Polyneuropathie (CIDP). Neue Daten legen nahe, dass komplementvermittelte Schädigungsmechanismen bei Subgruppen von Betroffenen eine relevante Rolle spielen könnten.

F. STASCHEIT[1,2], F. F. KONEN[3], K. F. JENDRETZKY[3], K. KNEER[4], R. KLIMAS[5], F. KOHLE[6], S. GLAUBITZ[7], S. GINGELE[3], J. BECKER[8], M. ÖZTÜRK[9], N. TJIANG[6], J. KLEHMET[1,2], E. ENAX-KRUMOVA[9], K. KUMMER[10], F. PREISNER[11], J. PHILIPPS[12], K. HOLZAPFEL[13], H. PRESSLER [1,2], J. SCHMIDT[10], D. STURM[5], M. K. R. SVAČINA[14], A. SPRENGER-SVAČINA[14], H. W. RAUSCH[15], M. KRONLAGE[16], J. H. STAHL[4], G. ELLRICHMANN-WILMS[17], A. L. FISSE[5], J. MOTTE[5], H. STEPHANIK[18], A. BERTHELE[19], H. C. LEHMANN[20], L. SCHIRMER[15], D. H. LEE[21], R. LINKER[21], T. RUCK[9], M. SCHROETER[6], M. PAWLITZKI[22], S. G. MEUTH[23], C. WARNKE[14], J. ZSCHÜNTZSCH[7], M. S. YOON[24], R. GOLD[3], A. GRIMM[4], K. PITAROKOILI[5], T. SKRIPULETZ[3]

FÜR DAS NEURITIS NETZWERK



© quantic69 / Getty Images / iStock

Studien deuten darauf hin, dass die Therapie der CIDP zukünftig am körpereigenen Komplementsystem ansetzen könnte.

Die chronisch inflammatorische demyelinisierende Polyneuropathie (CIDP) ist die häufigste chronische autoimmune Neuropathie und geht mit einer erheblichen Krankheitslast sowie funktionellen Einschränkungen einher [1]. Neben autoreaktiven T-Zellen [2] gelten humorale Immunmechanismen als relevante Treiber in der CIDP-Pathogenese. Autoantikörper gegen Ganglioside [3] sowie gegen nodale und paranodale [4] Strukturen wurden bei einzelnen Patientinnen und Patienten beschrieben und sind mit charakteristischen klinischen Phänotypen und häufig therapieresistenten Krankheitsverläufen assoziiert. Nach den aktuellen EAN/PNS-Leitlinien definieren diese Antikörper jedoch eigenständige autoimmune (Para-)Nodopathien und sind nur bei einer kleinen Subgruppe von Betroffenen nachweisbar [5]. In der überwiegenden Mehrzahl der CIDP-Fälle bleibt ein spezifisches Zielantigen bislang unbekannt.

Vor diesem Hintergrund ist es bemerkenswert, dass neuere immunmodulatorische Therapien wie der FcRn-Inhibitor Efgartigimod [6] auch bei CIDP klinisch wirksam sind, obwohl kein krankheitsspezifischer Autoantikörper identifiziert wurde. Während der primäre Wirkmechanismus von Efgartigimod in der Reduktion zirkulierender IgG-Antikörper besteht, legen die klinischen Effekte nahe, dass auch nachgeschaltete Mechanismen, insbesondere eine verminderte immunkomplexvermittelte Komplementaktivierung, zur Wirksamkeit beitragen könnten [7, 8].

Die rasche klinische Besserung unter Plasmapherese und FcRn-Blockade unterstützt darüber hinaus die Annahme eines pathogenen zirkulierenden Faktors [6, 7]. Neben noch nicht identifizierten myelinspezifischen Antikörpern kommen hierbei auch lösliche Entzündungsmediatoren oder Komponenten der Komplementkaskade in Betracht. Auch wenn direkte Beweise für eine primäre Komplementvermittlung bei CIDP weiterhin begrenzt sind, liefern diese Befunde in besonderem Maße eine plausible pathophysiologische Brücke zwischen humoraler Immunität, Komplementaktivierung und klinischer Krankheitsaktivität [8, 9].

Aktivierung und Effekte

Das Komplementsystem kann über drei Hauptwege aktiviert werden: den klassischen, den Lektin- und den alternativen Weg [10]. Alle drei Aktivierungswege konvergieren auf die Spaltung von C3 und bewirken die nachfolgende Aktivierung von C5 mit Bildung des terminalen Membranangriffskomplexes C5b–9.

Während der klassische Weg typischerweise antikörperabhängig aktiviert wird, kann der alternative Weg auch unabhängig von Antikörpern durch pathogene oder geschädigte Oberflächenstrukturen ausgelöst werden. Wird das Komplementsystem aktiviert, führt das nicht nur zur direkten Zelllyse, sondern es werden auch proinflammatorische Anaphylatoxine freigesetzt (C3a, C5a), welche die Rekrutierung und Aktivierung von Makrophagen und anderen Immunzellen fördern [10].

Für immunvermittelte Neuropathien ist vor allem die Aktivierung des klassischen Komplementwegs von Interesse, da dieser eng mit antikörpervermittelten Mechanismen verknüpft ist [11].

Des Weiteren existieren Hinweise darauf, dass intravenöse Immunglobuline (IVIG) die Expression komplementregulatorischer Proteine auf Schwann-Zellen und Endothelzellen beeinflussen und so die lokale Anfälligkeit für komplementvermittelte Gewebeschädigung reduzieren [12].

Diese Mechanismen unterstreichen, dass etablierte Therapien das Komplementsystem bereits indirekt modulieren und somit komplementvermittelte Prozesse einen funktionell relevanten Anteil der Pathophysiologie widerspiegeln könnten.

Komplementaktivierung bei CIDP

Erste Hinweise auf eine Beteiligung des Komplementsystems bei CIDP stammen aus frühen histopathologischen Studien. Dabei wurden Ablagerungen des Komplementfaktors C3 an der Myelinscheide in Suralnerven beschrieben [13]. Diese Arbeiten waren allerdings durch sehr kleine Fallzahlen limitiert (n = 4 beziehungsweise n = 7) und erlaubten keine belastbaren Rückschlüsse auf die klinische Relevanz.

Eine deutlich robustere Evidenz liefern neuere Arbeiten, die systemische Marker der Komplementaktivierung untersucht haben. Quast und Keller et al. dokumentierten erstmals, dass bei CIDP-Patientinnen und -Patienten erhöhte Serumspiegel des Anaphylatoxins C5a sowie des löslichen terminalen Komplementkomplexes C5b–9 nachweisbar und mit klinischer Krankheitsaktivität assoziiert sind [8]. Diese Marker nahmen unter wirksamer immunmodulatorischer Therapie ab, was für eine dynamische Regulation der terminalen Komplementaktivierung spricht.

Diese Befunde wurden durch die Ergebnisse einer aktuellen prospektiven klinischen Studie weiter untermauert, in der ebenfalls eine ausgeprägte terminale Komplementaktivierung im Serum von CIDP-Erkrankten nachgewiesen wurde [14]. Auch hier korrelierte das Ausmaß der Komplementaktivierung mit der klinischen Krankheitsaktivität und war therapieabhängig rückläufig. Zusammengenommen sprechen diese Daten dafür, dass die Aktivierung der terminalen Komplementkaskade bei CIDP systemisch messbar ist und Krankheitsdynamik widerspiegeln kann.

Tab. 1: Komplementmarker bei CIDP

Ebene	Marker	Befunde	Bedeutung
Serum	C3a, C4a, Ba, Bb	↑ bei CIDP vs. CMT/HD	proximale Aktivierung
Serum	C5a, sC5b–9	Korrelation mit CDAS	Aktivitätsmarker
Nerv	C5b–9	95 % positiv	Gefäß-/BNS-Schädigung
Proteomik	C1R/S, C3–C9	↑ in typischer und atypischer CIDP	phänotypübergreifende Signatur

CIDP = chronisch inflammatorische demyelinisierende Polyneuropathie; CMT = Charcot-Marie-Tooth-Erkrankung; HD = gesunde Kontrollen; CDAS = CIDP Disease Activity Status; C3a/C4a = Komplement-Anaphylatoxine; Ba/Bb = Spaltprodukte des Faktors B (alternativer Komplementweg); C5a = Komplement-Anaphylatoxin; sC5b-9 = löslicher terminaler Komplementkomplex; C1R/S = C1-Komplex-assoziierte Serinproteasen; BNS = Blut-Nerven-Schranke

Ergänzend zu den serologischen Befunden liefert eine aktuelle systematische Analyse von 55 Suralnervenbiopsien weitere Hinweise auf eine funktionell relevante Komplementbeteiligung [9]. In dieser Arbeit fanden sich ausgeprägte Ablagerungen des terminalen Komplementkomplexes C5b–9, vor allem an endoneuralen Kapillaren, mit einer Assoziation zu entzündlicher Zellinfiltration und klinischer Krankheitsaktivität. Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass komplementvermittelte Mechanismen bei CIDP nicht nur epiphänomenal sind, sondern bei einem relevanten Anteil der Patientinnen und Patienten aktiv zur Gewebeschädigung beitragen (**Tab. 1**).

Gleichzeitig bleibt die Evidenzlage heterogen, sodass eine klinisch relevante Komplementbeteiligung vermutlich auf definierte Subgruppen beschränkt ist. Deshalb sind weitere prospektive und biomarkerbasierte Studien notwendig.

Indirekte Komplementmodulation

Aufgrund der ausgeprägten Heterogenität klinischer Phänotypen und Krankheitsverläufe sind neue, zielgerichtete Therapieansätze notwendig, die eine stärker individualisierte Behandlung ermöglichen. Vor diesem Hintergrund gewinnt die systematische Untersuchung der Rolle des Komplementsystems in der Pathogenese der CIDP zunehmend an Bedeutung. Das Komplementsystem stellt einen zentralen Angriffspunkt etablierter Therapien dar.

IVIG sind die weiterhin am häufigsten eingesetzte therapeutische Option bei CIDP und entfalten ihre Wirkung über mehrere immunmodulatorische Mechanismen. IVIG neutralisieren pathogene Autoantikörper, modulieren Fc-Rezeptor-vermittelte Effekte auf Makrophagen und antigenpräsentierenden Zellen, binden aktivierte Komplementfaktoren und hemmen die Bildung terminaler Komplementkomplexe [12, 15]. Dadurch kann eine antikörpervermittelte Schädigung von Myelin und Axonen abgeschwächt werden. Außerdem existieren Hinweise, dass IVIG die Expression komplementregulatorischer Proteine auf Schwann-Zellen und Endothelzellen beeinflussen und so die lokale Anfälligkeit für komplementvermittelte Gewebeschädigung reduzieren [12].

Insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit Autoantikörpern gegen nodo-paranodale Strukturen, wie Neurofascin oder contactinassoziierte Proteine, wird eine komplementabhängige Schädigung diskutiert [16]. Diese Autoantikörper gehören jedoch teilweise zur IgG4-Subklasse, die nicht komplementaktivierend ist. Die unterschiedliche Fähigkeit der jeweiligen IgG-Subklassen zur Komplementaktivierung könnte erklären, warum bestimmte Gruppen unterschiedlich auf IVIG ansprechen.

Auch weitere etablierte Therapieoptionen wie Glukokortikoide und Plasmapherese beeinflussen komplementassoziierte Entzündungsprozesse auf indirektem Weg [17]. Während Glukokortikoide die Expression proinflammatorischer Zytokine und von Komplementkomponenten senken, werden durch die Plasmapherese zirkulierende Autoantikörper und Komplementfaktoren aus dem Serum entfernt. Diese Beobachtungen stützen die Annahme, dass die Modulation komplementvermittelter Mechanismen einen wesentlichen Beitrag zur Wirksamkeit etablierter Behandlungsstrategien leistet.

Direkte Komplementinhibition

Kürzlich wurden erstmals klinische Daten zu einer gezielten Komplementinhibition bei CIDP vorgestellt. In einer offenen Phase-II-Proof-of-Concept-Studie zeigte der C1s-Inhibitor Riliprubart (SAR445088) eine vielversprechende Wirksamkeit [18]. Riliprubart hemmt selektiv die aktive C1s-Serinprotease und unterbricht damit die Aktivierung des klassischen Komplementwegs. Durch die Blockade nachgeschalteter inflammatorischer Signalkaskaden könnten zentrale Mechanismen der Demyelinisierung und axonalen Schädigung beeinflusst werden. Über verschiedene Endpunkte der Behinderung und funktionellen Einschränkung hinweg wurden klinisch relevante Verbesserungen beobachtet, sodass eine Phase-III-Studie derzeit gerade international rekrutiert (NCT06290141) [19]. Darüber hinaus wird Riliprubart in aktuellen Studien bereits direkt mit etablierten Standardtherapien wie IVIG verglichen, was eine klinisch relevante Einordnung dieses Therapieprinzips ermöglicht.

Das klinische Entwicklungsprogramm komplementgerichteter Therapien hat sich in den letzten Jahren deutlich erweitert. Neben klassischen Proof-of-Concept-Ansätzen umfassen Studien vermehrt randomisierte kontrollierte Designs und direkte Vergleiche mit etablierten Standardtherapien wie IVIG. Neben Riliprubart befindet sich mit DNTH103 (NCT06858579) [20] ein weiterer Inhibitor des klassischen Komplementwegs in der klinischen Entwicklung zur Behandlung der CIDP. Auch bei anderen immunvermittelten Neuropathien wird dieser Therapieansatz untersucht, beispielsweise mit Empasiprubart (NCT06742190) [21] bei der multifokalen motorischen Neuropathie (MMN).

Ein zentraler konzeptioneller Vorteil dieser proximalen Komplementinhibition besteht darin, dass sie die Aktivierung der Komplementkaskade bereits früh im klassischen Weg unterbricht und damit sowohl die Bildung proinflammatorischer Mediatoren als auch die nachgeschaltete Aktivierung der terminalen Komplementkaskade verhindert [10]. Im Gegensatz dazu blockieren terminale Inhibitoren wie C5-Antikörper ausschließlich die Bildung des Membranangriffskomplexes (C5b–9), während upstream-liegende Prozesse, speziell die Bildung von C3a und C3b sowie die Opsonisierung und Amplifikation der Entzündungsreaktion, weiterhin stattfinden können [22].

Zudem könnte die selektive Hemmung des klassischen Weges durch C1s-Inhibition eine differenziertere Modulation der Komplementaktivität gewährleisten, indem antikörpervermittelte pathologische Prozesse gezielt adressiert werden, während andere Aktivierungswege, besonders der alternative Weg als Bestandteil der angeborenen Immunabwehr, zumindest teilweise erhalten bleiben. Dies könnte mit einem günstigeren Sicherheitsprofil einhergehen, gerade im Hinblick auf Infektionsrisiken, die bei terminaler Komplementinhibition beschrieben sind.

Es gibt erste Einzelfallberichte zur erfolgreichen Anwendung terminaler Komplementinhibition mit Eculizumab bei therapierefraktärer CIDP, die die potenzielle klinische Relevanz dieses Prinzips unterstreichen [23]. Diese Studien

heben das wachsende Interesse an einer gezielten Modulation des Komplementsystems als potenziell neuem therapeutischem Prinzip bei CIDP hervor.

Die vorhandenen pathophysiologischen und biomarkerbasierten Daten legen nahe, dass insbesondere Patientinnen und Patienten mit ausgeprägter Komplementaktivierung von einer passgenauen Komplementhemmung profitieren könnten. Der klinische Erfolg von Komplementinhibitoren wird gleichwohl wesentlich davon abhängen, CIDP-Subgruppen zu identifizieren, die auf dieses Wirkprinzip ansprechen.

Gleichzeitig zeigen Daten aus verwandten immunvermittelten Neuropathien, im Speziellen beim Guillain-Barré-Syndrom (GBS), ein differenzierteres Bild. Trotz starker pathophysiologischer Hinweise auf eine Beteiligung des Komplementsystems, konnten klinische Studien zur Komplementinhibition beim GBS bislang keinen konsistenten klinischen Nutzen nachweisen [24, 25, 26]. Diese Diskrepanz verdeutlicht, dass die Rolle des Komplementsystems zwischen verschiedenen Erkrankungen des peripheren Nervensystems variieren kann und dass eine präzise, patientenselektive Anwendung notwendig ist.

Insgesamt sprechen die aktuellen Daten dafür, dass komplementgerichtete Therapien ein vielversprechendes therapeutisches Konzept darstellen, dessen Erfolg jedoch entscheidend von einer geeigneten biomarkerbasierten Stratifikation abhängen wird. Komplementinhibitorische Therapien könnten somit perspektivisch als Ergänzung oder Alternative zu bestehenden Behandlungsstrategien in ausgewählten CIDP-Subgruppen eingesetzt werden.

Wer profitiert?

Die bisher verfügbaren Daten geben Hinweise darauf, dass komplementgerichtete Therapien nicht für alle an CIDP Erkrankten gleichermaßen geeignet sind, sondern vorwiegend bei bestimmten Subgruppen wirksam sein könnten. Hinweise auf eine klinisch relevante Komplementbeteiligung ergeben sich vor allem bei Patientinnen und Patienten mit hoher Krankheitsaktivität, raschem Progress oder unzureichendem Ansprechen auf etablierte Therapien wie IVIG oder Glukokortikoide. Ein weiteres Merkmal ist gutes Ansprechen auf Plasmapherese, was auf das Vorliegen pathogener zirkulierender Faktoren hindeutet, zu denen auch Komponenten der Komplementkaskade zählen könnten [27]. Erhöhte Serumspiegel terminaler Komplementaktivierungsmarker wie C5a oder des löslichen terminalen Komplementkomplexes C5b–9 könnten auf eine komplementgetriebene Krankheitsaktivität hinweisen, auch wenn diese Marker nicht für die routinemäßige klinische Anwendung validiert sind [14]. Darüber hinaus ist die Bestimmung dieser Parameter nur eingeschränkt verfügbar und erfordert eine standardisierte Präanalytik, da Komplementfaktoren ex vivo leicht aktiviert werden können. Es müssen daher dringend robuste, standardisierte und klinisch verfügbare Biomarker etabliert werden, um patientenselektive, komplementgerichtete Therapien verlässlich anzuwenden.

Histopathologische Befunde, insbesondere der Nachweis von Ablagerungen des terminalen Komplementkomplexes an endoneuralen Gefäßen oder Myelinscheiden in Nervenbiopsien, könnten ebenfalls auf eine relevante Komplementbeteiligung hindeuten [9]. Solche Befunde sind allerdings nur bei einem Teil der Betroffenen verfügbar und wegen der Invasivität der Biopsie nicht als generelles Selektionsmerkmal geeignet.

Zusammenfassend erscheint der Einsatz komplementgerichteter Therapien vor allem bei Patientinnen und Patienten mit therapierefraktärer oder hochaktiver CIDP, Hinweisen auf humorale Immunmechanismen und messbarer Komplementaktivierung plausibel. Zukünftige Studien müssen klären, welche klinischen, serologischen oder histopathologischen Parameter eine verlässliche Patientenselektion ermöglichen und wie komplementinhibitorische Therapien sinnvoll in bestehende Behandlungskonzepte integriert werden können.

Praktische Limitationen

Trotz der vielversprechenden pathophysiologischen und klinischen Daten ist der Einsatz komplementgerichteter Therapien mit relevanten praktischen Limitationen verbunden. Eine zentrale Herausforderung stellt das erhöhte Risiko für Infektionen dar. Dies gilt vorwiegend für Therapeutika, die in die terminale Komplementkaskade eingreifen, da hierdurch essenzielle Mechanismen der angeborenen Immunabwehr beeinträchtigt werden können [10, 22].

C5-Inhibitoren, zum Beispiel Eculizumab, Ravulizumab oder Zilucoplan, blockieren die terminale Komplementaktivierung und führen zu einer ausgeprägten Anfälligkeit für Infektionen mit bekapselten Bakterien, primär Neisseria meningitidis, aber auch Streptococcus pneumoniae und Haemophilus influenzae [28]. Das Risiko für invasive Meningokokkeninfektionen ist hierbei deutlich erhöht und bleibt auch unter Impfung und antibiotischer Prophylaxe bestehen. Entsprechend erfordert der Einsatz solcher Therapien strukturierte Impfstrategien, hauptsächlich gegen Meningokokken, vor Therapiebeginn [10].

Im Gegensatz dazu verursachen Inhibitoren proximaler Komponenten des klassischen Komplementwegs, wie C1s- oder C2-Inhibitoren, eine selektivere Modulation der Komplementaktivität. Da der alternative und der Lektinweg sowie Teile der terminalen Komplementaktivierung erhalten bleiben, erscheint das Infektionsrisiko nach aktueller Datenlage geringer ausgeprägt als unter C5-Inhibition [22, 29, 30]. Dennoch besteht auch hier ein erhöhtes Risiko für Infektionen mit bekapselten Bakterien, hauptsächlich bei zusätzlicher Immundefizienz, sodass präventive Maßnahmen weiterhin erforderlich sind.

Darüber hinaus ist die Identifikation geeigneter Patientinnen und Patienten bis dato limitiert, da validierte prädiktive Biomarker für eine klinisch relevante Komplementaktivierung im routinemäßigen Einsatz fehlen. Während serologische Marker der terminalen Komplementaktivierung aussichtsreich erscheinen, ist ihre Standardisierung sowie ihre Integration in klinische Entscheidungsprozesse nicht etabliert. Weitere Limitationen betreffen die Langzeitsicherheit und die optimale Therapiedauer. Aufgrund der begrenzten klinischen Erfahrung bei CIDP ist unklar, ob eine dauerhafte Komplementhemmung nötig ist, oder ob eine zeitlich begrenzte Therapie ausreichend sein könnte. Zudem sind potenzielle Auswirkungen auf die In-

Fallbeispiel

Ein 53-jähriger Mann entwickelte über Wochen eine progrediente distale Sensibilitätsstörung und eine zunehmende proximale Beinschwäche mit globaler Areflexie. Begleitend bestanden ausgeprägte neuropathische Schmerzen, deutliche Fatigue sowie eine längerfristige Arbeitsunfähigkeit. Die Erkrankungsschwere war mit einem MRC-Summenscore von 72 Punkten und einem INCAT-Score von 5 deutlich ausgeprägt.

Die laborchemische Diagnostik ergab keinen Hinweis auf eine infektiöse Genese. Der HbA1c war normwertig. Autoantikörper gegen Ganglioside sowie gegen nodale und paranodale Strukturen waren negativ. Ebenso fanden sich keine Hinweise auf eine MGUS- oder MAG-assoziierte Neuropathie. Im Liquor fand sich eine Schrankenfunktionsstörung bei normaler Zellzahl, die Nervensonografie wies eine fokale Verdickung der C6-Wurzel nach. Elektrophysiologisch wurden die EFNS/PNS-Kriterien formal knapp nicht erfüllt; im Verlauf zeigte sich jedoch eine zunehmende axonale Beteiligung in den Nervenleitgeschwindigkeiten. Aufgrund der Kombination aus progredientem Verlauf, ausgeprägter Schmerzsymptomatik und axonaler Schädigung wurde differenzialdiagnostisch auch an eine vaskulitische Neuropathie gedacht, obwohl das rheumatologische Labor unauf-

»»»

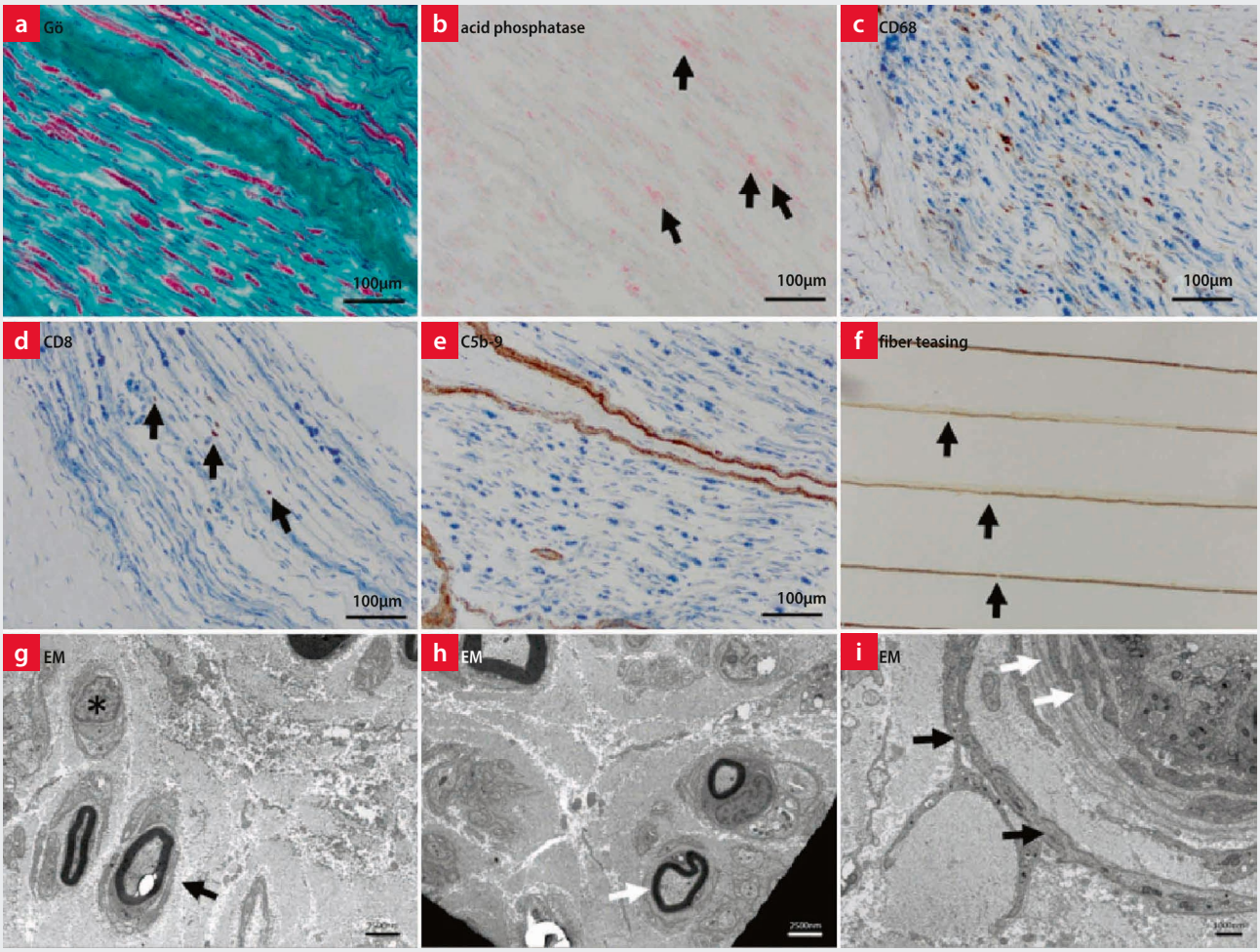


Abb. 1: Morphologie einer Suralnervenbiopsie bei CIDP mit Verlust myelinisierter Axone, endoneuralen Infiltraten aktivierter Makrophagen (CD68+) und CD8-positiven T-Zellen sowie ausgeprägten Ablagerungen des terminalen Komplementkomplexes (C5b–9) an endoneuralen Kapillaren. Zusätzlich Nachweis segmentaler Demyelinisierung, axonaler Schädigung und chronischer mikrovaskulärer Veränderungen. **a:** Gömöri-Trichrom-Färbung mit Verlust myelinisierter Axone. **b:** Nachweis erhöhter saurer Phosphataseaktivität als Hinweis auf aktivierte Makrophagen, entsprechend auch in (**c**) mit endoneuralen Clustern CD68-positiver Makrophagen, die in allen untersuchten Biopsien (n = 55) in variabler Dichte nachweisbar waren. **d:** Endoneurale Aggregate CD8-positiver T-Zellen, ebenfalls in sämtlichen Proben (n = 55) vorhanden. **e:** Ablagerungen des terminalen Komplementkomplexes C5b–9 an endoneuralen Kapillaren, nachweisbar in 95 % der Biopsien (n = 52) mit unterschiedlicher Intensität. **f:** Faserzupfpräparation mit segmentaler Hypo- und Demyelinisierung sowie verkürzten Internodien (> 60 % unter Normlänge; schwarze Pfeile). **g und h:** Elektronenmikroskopisch Nachweis von Hypomyelinisierung (schwarzer Pfeil), Verlust unmyelinisierter Axone (*) sowie Zwiebelschalenformationen (weißer Pfeil). **i:** Elektronenmikroskopische Darstellung einer endoneuralen Kapillare (weißer Stern) mit multiplen Basalmembranduplikationen (weiße Pfeile); umgebende Fibroblasten (schwarze Pfeile) als Hinweis auf wiederholte und chronische Gefäßschädigung [9]

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.

fällig war. Klinisch bestand ein starker Verdacht auf eine aktive CIDP.

Therapeutisch kam es unter IVIG trotz Intervallverkürzung und Wechsel auf SCIG zu keiner nachhaltigen Stabilisierung, ebenso wenig unter Azathioprin. Erst die Plasmapherese führte zu einer raschen klinischen Besserung. Seit dem Jahr 2023 erfolgt eine Stabilisierung unter hochdosiertem IVIG bei weiterhin hohem Therapieaufwand.

Aufgrund der ausgeprägten Therapierefraktärität wurde eine Suralnervenbiopsie durchgeführt. Histopathologisch wurden ausgeprägte Zeichen einer entzündlich-demyelinisierenden Neuropathie mit Verlust myelinisierter Axone, endoneuralen Infiltraten aktivierter CD68-positiver Makrophagen sowie Clustern von CD8-positiven T-Zellen festgestellt. Zusätzlich waren deutliche Ablagerungen des terminalen Komplementkomplexes (C5b-9) an endoneuralen Kapillaren ersichtlich. Die Faserzupfpräparation zeigte segmentale Hypo- und Demyelinisierungen mit verkürzten Internodien, während die Elektronenmikroskopie Hypomyelinisierung, Verlust unmyelinisierter Axone und typische Zwiebelschalenformationen belegte. Zudem wurden multiple Basalmembranduplikationen an endoneuralen Kapillaren als Hinweis auf chronische mikrovaskuläre Schädigung entdeckt. In der Suralnervenbiopsie wurden entzündliche Infiltrate, demyelinisierende Veränderungen und terminale Komplementablagerungen nachgewiesen, welche die relevante Beteiligung humoraler und vaskulärer Schädigungsmechanismen unterstreichen (**Abb. 1**). Somit konnte die Diagnose einer aktiven immunvermittelten Neuropathie bestätigt werden.

Bei hochaktiver, therapierefraktärer CIDP mit dynamischem Verlauf und gutem Ansprechen auf Plasmapherese sollte trotz fehlender klassischer Autoantikörper an humorale und komplementvermittelte Mechanismen gedacht werden. Das klinische Ansprechen auf Plasmapherese kann hierbei als funktioneller Hinweis auf das Vorliegen pathogener zirkulierender Faktoren gewertet werden und stellt in der Praxis häufig einen wichtigen Baustein für die therapeutische Entscheidungsfindung dar.

In ausgewählten Fällen kann eine Nervenbiopsie zusätzlich zur pathophysiologischen Einordnung beitragen, ist jedoch aufgrund ihrer Invasivität und eingeschränkten Verfügbarkeit nicht regelhaft für die therapeutische Weichenstellung erforderlich.

fektanfälligkeit bei langfristiger Anwendung noch nicht abschließend geklärt. Zumindest zeigen sich aber im Bereich der C5-Komplementinhibition bei der generalisierten Myasthenia gravis in Open-Label-Extension-Daten sowie aktuellen Real-World-Analysen keine relevanten neuen Sicherheitssignale [31, 32]. Schließlich stellen ökonomische Aspekte eine zusätzliche Herausforderung dar. Komplementgerichtete Therapien sind mit hohen Kosten verbunden und erfordern häufig eine engmaschige klinische und laborchemische Überwachung.

Bedeutung für die klinische Praxis

Für die klinische Routine ergeben sich aus den aktuellen Erkenntnissen mehrere Konsequenzen:

- CIDP sollte nicht als primär T-zellvermittelte Erkrankung verstanden werden, sondern als immunologisch heterogene Entität mit relevanter humoraler Beteiligung bei Subgruppen von Patientinnen und Patienten.
- Komplementvermittelte Schädigungsmechanismen können insbesondere bei hochaktiver oder therapierefraktärer CIDP eine zentrale Rolle spielen.
- Serologische Marker der Komplementaktivierung könnten künftig helfen, Krankheitsaktivität und Therapieansprechen objektiver zu erfassen.
- Klinische Verläufe mit dynamischer Verschlechterung, gutem Ansprechen auf Plasmapherese, neuropathischen Schmerzen oder axonaler Beteiligung sollten Anlass geben, komplementgetriebene Mechanismen differenzialdiagnostisch mitzudenken.
- Langfristig gewinnt eine individualisierte Therapieentscheidung auf Basis immunpathologischer Mechanismen zunehmend an Bedeutung.

Fazit für die Praxis

Das Komplementsystem etabliert sich zunehmend als relevanter pathophysiologischer Faktor bei der CIDP. Die wachsende experimentelle, histopathologische und klinische Evidenz spricht dafür, dass komplementvermittelte Schädigungsmechanismen bei definierten Subgruppen wesentlich zur Krankheitsaktivität und zum Therapieverlauf beitragen.

Während etablierte Behandlungsstrategien das Komplementsystem bereits indirekt modulieren, eröffnen aktuell untersuchte komplementgerichtete Therapien erstmals die Möglichkeit, gezielt immunpathologisch zu intervenieren. In Kombination mit zukünftigen Biomarkern zur Identifikation komplementgetriebener Verläufe könnte dies den Weg zu einer stärker personalisierten Therapie der CIDP ebnen, insbesondere bei Betroffenen mit hoher Krankheitsaktivität oder Therapieresistenz.

Literatur

1. L Querol et al. Systematic literature review of burden of illness in chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy (CIDP). J Neurol. 2021;268:3706-16
2. J Klehmet et al. Circulating lymphocyte and T memory subsets in glucocorticosteroid versus IVIG treated patients with CIDP. J Neuroimmunol. 2015;283:17-22
3. J Klehmet et al. Analysis of anti-ganglioside antibodies by a line immunoassay in patients with chronic-inflammatory demyelinating polyneuropathies (CIDP). Clin Chem Lab Med. 2018;56:919-26
4. L Querol et al. Neurofascin IgG4 antibodies in CIDP associate with disabling tremor and poor response to IVIg. Neurology. 2014;82:879-86
5. PYK Van den Bergh et al. European Academy of Neurology/Peripheral Nerve Society guideline on diagnosis and treatment of chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy: Report of a joint Task Force-Second revision. J Peripher Nerv Syst. 2021;26:242-68
6. JA Allen et al. Safety, tolerability, and efficacy of subcutaneous efgartigimod in patients with chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy (ADHERE): a multicentre, randomised-withdrawal, double-blind, placebo-controlled, phase 2 trial. Lancet Neurol. 2024;23:1013-24
7. MC Dalakas. Advances in the diagnosis, pathogenesis and treatment of CIDP. Nat Rev Neurol. 2011;7:507-17
8. I Quast et al. Terminal complement activation is increased and associated with disease severity in CIDP. Ann Clin Transl Neurol. 2016;3:730-5
9. F Stascheit et al. Complement profiling of sural nerves in chronic-inflammatory demyelinating polyneuropathy. Acta Neuropathol. 2025;150:32
10. MC Dalakas et al. Complement in neurological disorders and emerging complement-targeted therapeutics. Nat Rev Neurol. 2020;16:601-17
11. LA Querol et al. The Role of the Complement System in Chronic Inflammatory Demyelinating Polyneuropathy: Implications for Com-

plement-Targeted Therapies. Neurotherapeutics. 2022;19:864-73
12. MC Dalakas et al. Intravenous immunoglobulin in chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy (CIDP): mechanisms of action and clinical and genetic considerations. Expert Rev Neurother. 2022;22:953-62
13. MC Dalakas et al. Immunoglobulin and complement deposits in nerves of patients with chronic relapsing polyneuropathy. Arch Neurol. 1980;37:637-40
14. F Stascheit et al. Aberrant Complement Activation Is a Prominent Feature of Chronic Inflammatory Demyelinating Polyneuropathy. Neurol Neuroimmunol Neuroinflamm. 2026;13:e200542
15. MC Dalakas. Update on Intravenous Immunoglobulin in Neurology: Modulating Neuro-autoimmunity, Evolving Factors on Efficacy and Dosing and Challenges on Stopping Chronic IVIg Therapy. Neurotherapeutics. 2021;18:2397-418
16. L Appeltshauser et al. Anti-pan-neurofascin antibodies induce subclass-related complement activation and nodo-paranodal damage. Brain. 2023;146:1932-49
17. M Caballero-Ávila et al. A pathophysiological and mechanistic review of chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy therapy. Front Immunol. 2025;16:1575464
18. L Querol et al. Phase 2 Efficacy and Safety of Riliprubart, a C1s-Complement Inhibitor, in Chronic Inflammatory Demyelinating Polyneuropathy (S16.009). Neurology. 2025;104:2478
19. A Phase 3, Double-blind, Placebo-controlled Study Evaluating Efficacy and Safety of Riliprubart in Participants With Refractory Chronic Inflammatory Demyelinating Polyneuropathy. 2024
20. A Phase 3 Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study To Evaluate The Efficacy And Safety Of DNTH103 In Adults With Chronic Inflammatory Demyelinating Polyneuropathy (CAPTIVATE). 2025
21. ClinicalTrials.gov. A Phase 3, Randomized, Double-Blinded, Double-Dummy Study Evaluating the Efficacy and Safety of Empasiprubart Versus Intravenous Immunoglobulin in Adults With Multifocal Motor Neuropathy. 2024
22. EE West et al. Complement in human disease: approved and up-and-coming therapeutics. Lancet. 2024;403:392-405
23. ED Schilke et al. Eculizumab as a Disease-Modifying Therapy in Chronic Inflammatory Demyelinating Polyneuropathy (CIDP): A Case Report. J Peripher Nerv Syst. 2025;30:e70010
24. S Kuwabara et al. Efficacy and safety of eculizumab in Guillain-Barré syndrome: A phase 3, multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled clinical trial. J Peripher Nerv Syst. 2024;29:339-49
25. S Misawa et al. Safety and efficacy of eculizumab in Guillain-Barré syndrome: a multicentre, double-blind, randomised phase 2 trial. Lancet Neurol. 2018;17:519-29
26. AI Davidson et al. Inhibition of complement in Guillain-Barré syndrome: the ICA-GBS study. J Peripher Nerv Syst. 2017;22:4-12
27. MM Mehndiratta et al. Plasma exchange for chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2015
28. D Ricklin et al. Complement: a key system for immune surveillance and homeostasis. Nat Immunol. 2010;11:785-97
29. X Xu et al. Inhibition of the C1s Protease and the Classical Complement Pathway by 6-(4-Phenylpiperazin-1-yl)Pyridine-3-Carboximidamide and Chemical Analogs. J Immunol. 2024;212:689-701
30. MC Dalakas et al. Role of complement in neurologic autoimmunities: Why need to target complement activation for effective immunotherapy. Handb Clin Neurol. 2026;214:65-83
31. N Huntemann et al. C5 complement inhibition versus FcRn modulation in generalised myasthenia gravis. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2025;96:310-21
32. TH Vu et al. Long-Term Efficacy and Safety of Ravulizumab in Adults With Anti-Acetylcholine Receptor Antibody-Positive Generalized Myasthenia Gravis: Final Results From the Phase 3 CHAMPION MG Open-Label Extension. Eur J Neurol. 2025;32:e70158

Affiliationen

[1] Charité – Universitätsmedizin Berlin, korporatives Mitglied der Freien Universität Berlin und der Humboldt-Universität zu Berlin, Klinik für Neurologie mit Experimenteller Neurologie, Berlin, Deutschland
[2] Neuroscience Clinical Research Center, korporatives Mitglied der Freien Universität Berlin und der Humboldt-Universität zu Berlin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland
[3] Klinik für Neurologie, Medizinische Hochschule Hannover, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover
[4] Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Tübingen, Hoppe-Seyler-Straße 3, 72076 Tübingen
[5] Klinik für Neurologie, St. Josef-Hospital, Ruhr-Universität Bochum, Gudrunstraße 56, 44791 Bochum
[6] Klinik und Poliklinik für Neurologie, Medizinische Fakultät, Universität zu Köln mit Universitätsklinikum Köln, Kerpener Straße 62, 50937 Köln
[7] Klinik für Neurologie, Universitätsmedizin Göttingen, Robert-Koch-Straße 40, 37075 Göttingen
[8] Klinik für Neurologie, Alfried Krupp Krankenhaus, Alfried-Krupp-Straße 21, 45131 Essen
[9] Neurologische Klinik, BG Universitätsklinikum Bergmannsheil gGmbH, Ruhr-Universität Bochum, Bürkle-de-la-Camp-Platz 1, 44789 Bochum
[10] Klinik für Neurologie, Immanuel Klinik Rüdersdorf, Seebad 82/83, 15562 Rüdersdorf bei Berlin
[11] Neurologische Klinik, Abteilung für Neuroradiologie, Universitätsklinikum Heidelberg, Im Neuenheimer Feld 400, 69120 Heidelberg
[12] Klinik für Neurologie und Neurogeriatrie, Johannes Wesling Klinikum Minden, Hans-Nolte-Straße 1, 32429 Minden
[13] Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Augsburg, Stenglinstraße 2, 86156 Augsburg
[14] Philipps-Universität Marburg & Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Marburg, Baldingerstraße, 35043 Marburg
[15] Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Mannheim, Theodor-Kutzer-Ufer 1–3, 68167 Mannheim
[16] Klinik für Diagnostische und Interventionelle Neuroradiologie und Kinderneuroradiologie, Universitätsklinikum Bonn, Venusberg-Campus 1, 53127 Bonn
[17] Klinik für Neurologie, Klinikum Dortmund, Beurhausstraße 40, 44137 Dortmund
[18] Universitätsklinik für Neurologie, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Leipziger Straße 44, 39120 Magdeburg
[19] Klinik für Neurologie, Technische Universität München, Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 81675 München
[20] Klinik für Neurologie, Klinikum Leverkusen, Am Gesundheitspark 11, 51375 Leverkusen
[21] Poliklinik und Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Regensburg am Bezirksklinikum Regensburg, Universitätsstraße 84, 93053 Regensburg
[22] Klinik für Neurologie, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf
[23] Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Münster, Albert-Schweitzer-Campus 1, 48149 Münster
[24] Klinik für Neurologie, Evangelisches Krankenhaus Hattingen (EvK), Bredenscheider Straße 54, 45525 Hattingen

AUTORIN



PD Dr. med. Frauke Stascheit

Klinik für Neurologie und experimentelle Neurologie
Neuroscience Clinical Research Center
Charité- Universitätsmedizin Berlin
Charitéplatz 1,
10117 Berlin

frauke.stascheit@charite.de

FDA genehmigt vorrangige Prüfung von Satralizumab bei MOGAD

Die US-amerikanische Food and Drug Administration (FDA) hat eine vorrangige Prüfung für die Zulassung von Satralizumab (Enspryng®) zur Behandlung der Myelin-Oligodendrozyten-Glykoprotein-Antikörper-assoziierten Erkrankung (MOGAD) gewährt. Zu dieser Entscheidung der FDA kam es aufgrund der Ergebnisse der Phase-III-Studie METEOROID, die zeigte, dass Satralizumab das Risiko eines Rückfalls im Vergleich zu Placebo signifikant um 68 % reduzierte, wobei 87 % der mit Satralizumab Behandelten nach 48 Wochen rückfallfrei blieben, verglichen mit 67 % in der Placebogruppe. Auch die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) hat einen Zulassungsantrag zur Behandlung von MOGAD mit Satralizumab validiert. Die Entscheidung der Europäischen Kommission wird für das dritte Quartal 2027 erwartet. Im Falle einer Zulassung wäre Satralizumab die erste krankheitsmodifizierende Therapie für MOGAD. **red**

Nach Informationen von Roche

Vutrisiran zur Erstlinientherapie in der hATTR mit Polyneuropathie

Die hereditäre Transthyretin-Amyloidose (hATTR) ist eine fortschreitende multisystemische Erkrankung. Die damit verbundene Polyneuropathie (hATTR-PN) betrifft vor allem sensorische, motorische und autonome Nerven. Zur Therapie stehen krankheitsmodifizierende Therapien zur Verfügung, die an verschiedenen Stufen der Amyloidkaskade ansetzen. Die deutsche Gesellschaft für Amyloiderkrankungen (DGAK) und die deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) empfehlen für die meisten symptomatischen hATTR-PN-Erkrankten als Erstlinientherapie den Einsatz von einem Gene-Silencer der zweiten Generation, wie Vutrisiran (Amvuttra®). Gleichzeitig betonen sie, dass ein früher Therapiestart helfen kann, eine weitere Krankheitsprogression zu minimieren. Daher sei es sinnvoll, dass die Behandlung so früh wie möglich eingeleitet werde. Zeigen sich unter einem TTR-Stabilizer auch nur geringe Anzeichen einer Krankheitsprogression, wird ein Wechsel auf einen Gen-Silencer der zweiten Generation, wie Vutrisiran, empfohlen. **red**

Nach Informationen von Alnylam

Was dem Herz nützt, ist auch gut für den Kopf

Mit einem gesunden Lebensstil können alle dazu beitragen, ihre Hirngesundheit zu erhalten und ihr Risiko für eine spätere Demenz zu reduzieren. Dieses Wissen und praktische Tipps dazu vermittelt die neue Aufklärungskampagne „Bevor du es vergisst".

Gelegentlich etwas zu vergessen oder zu verlegen, aber sich später wieder daran zu erinnern beziehungsweise es wiederzufinden, das passiert im Alter und ist kein Grund, sich Sorgen zu machen. Auf eine beginnende Demenz weist dagegen hin, wenn man kürzlich erhaltene Informationen völlig vergisst oder Fragen wiederholt stellt. Auch wenn eine Person Gegenstände verlegt, diese aber nicht wiederfindet, sondern andere des Diebstahls bezichtigt, sollte dies hellhörig machen, erklärte Prof. Emrah Düzel, Direktor des Instituts für Kognitive Neurologie und Demenzforschung am Universitätsklinikum Magdeburg.

„Die Alzheimerkrankheit beginnt biologisch aber bereits bis zu 20 Jahre bevor solche Symptome auftreten", sagte Prof. Dr. Agnes Flöel, Direktorin der Klinik und Poliklinik für Neurologie an der Universitätsmedizin Greifswald [Jack CR et al. Alzheimers Dement. 2028; 14(4):535–62.]. Es ist also eigentlich eine Menge Zeit, Prävention zu betreiben. „Tatsächlich lassen sich bis zu 45 % der Demenzfälle potenziell vermeiden oder zumindest verzögern", sagte die Expertin [Livingston G et al. Lancet. 2024;404(10452):-572–628].

Dazu müssen Risikofaktoren für eine Demenz möglichst frühzeitig angegangen werden. Das heißt, Diabetes, Cholesterin und Blutdruck müssen gut eingestellt, Übergewicht reduziert oder vermieden werden, und eine eventuell vorhandene oder auftretende Depression muss behandelt werden. Wichtig ist auch, nicht zu rauchen, wenig Alkohol zu trinken, und körperlich aktiv zu sein. Man sollte aber nicht ohne Helm Fahrrad fahren, um Kopfverletzungen vorzubeugen. Auch guter Schlaf ist wichtig für die Hirngesundheit. Schließlich sollten kognitiv stimulierende Aktivitäten auch im Alter fortgesetzt, soziale Kontakte gepflegt sowie Hör- und Sehverlust ausgeglichen werden.

Solche gesunden Verhaltensweisen sind in der Bevölkerung leider nicht sehr weit verbreitet. Nicht allen ist auch klar, dass sie damit nicht nur ihrem Herz-Kreislauf-System etwas Gutes tun würden, sondern auch ihrem Gehirn. Und selbst, wenn dieses Wissen vorhanden wäre, hapert es oft an der Umsetzung. Die Firma Lilly hat daher die Aufklärungskampagne „Bevor du es vergisst" ins Leben gerufen. Sie soll mit Live-Auftritten in Berlin und in Köln zeigen, wie ein bewusster Lebensstil das Gehirn aktiv schützen kann.

Dr. Angelika Bischoff

Digitaler Presse-Talk zum Start der Aufklärungskampagne „Bevor du es vergisst", 27. August 2026; Veranstalter: Lilly Deutschland GmbH

Erste Therapieoption für schubfreie SPMS

Moderne MS-Therapien zielen meist auf die Schubaktivität ab. Die schubunabhängige Behinderungsprogression bleibt jedoch eine therapeutische Herausforderung. Mit dem Bruton-Tyrosinkinase-Inhibitor (BTKi) Tolebrutinib (Cenrifki®) steht nun seit dem 1. Oktober 2026 eine krankheitsmodifizierende Therapie für Erwachsene mit sekundär progredienter Multipler Sklerose (SPMS) ohne Schübe in den vergangenen zwei Jahren zur Verfügung. Die EU-Zulassung ermöglicht damit erstmals eine krankheitsmodifizierende Therapieoption für diese Patientengruppe.

„MS-Therapien können die Schubaktivität wirksam kontrollieren", sagte PD Dr. Klarissa H. Stürner, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel. Dennoch nehme die Behinderung vieler Betroffener auch ohne Schübe zu. Ursache hierfür sei die „schwelende Neuroinflammation" im zentralen Nervensystem (ZNS). Treiber dieser schubunabhängigen Behinderungsprogression (PIRA) seien vor allem B-Zellen, Mikroglia und Makrophagen. Als ZNS-gängiger BTKi soll Tolebrutinib die Aktivität der Zellen reduzieren und so die schwelende Neuroinflammation adressieren.

In der multizentrischen, randomisierten und doppelblinden Phase-III-Studie HERCULES erhielten 1.131 SPMS-Betroffene, die seit zwei Jahren schubfrei waren, für 24 bis 48 Monate Tolebrutinib (60 mg täglich; n = 754) oder Placebo (n = 377) [Fox RJ et al. N Engl J Med. 2025;392(19):1883–92]. Unter Tolebrutinib sank das Risiko einer über mindestens sechs Monate bestätigten Behinderungsprogression (6-Monats-CDP) gegenüber Placebo um 31 % (Ereignisraten 22,6 % vs. 30,7 %; Hazard Ratio 0,69; 95 %-Konfidenzintervall [95 %-KI] 0,55–0,88; p = 0,003; **Abb. 1**). Zudem war die Rate neuer oder sich vergrößernder T2-Läsionen gegenüber Placebo signifikant reduziert (adjustiertes Ratenverhältnis 0,62; 95 %-KI 0,43–0,90; p = 0,01). Allerdings wurden unter dem BTKi relevante Leberwerterhöhungen häufiger beobachtet als unter Placebo. Dr. Boris-Alexander Kallmann, Neurologe aus Bamberg, betonte, dass diese vor allem zu Beginn der Therapie auftraten und rasch weiter ansteigen könnten. Deshalb sei es erforderlich, die Leberwerte in den ersten zwölf Wochen regelmäßig zu kontrollieren. Die Entscheidung für eine Therapie müsse anhand einer individuellen Abwägung von möglichem Nutzen und Risiko für die Leber erfolgen.

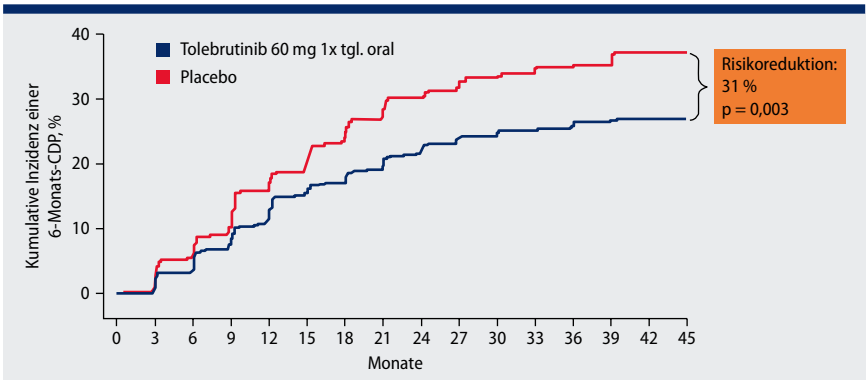


Abb. 1: Wirksamkeit von Tolebrutinib bei sekundär progredienter Multipler Sklerose ohne Schübe im Vergleich zu Placebo. Primärer Endpunkt: Zeit bis zum Einsetzen einer nach sechs Monaten bestätigten Behinderungsprogression (6-Monats-CDP). Eine bestätigte Behinderungsprogression war definiert als Anstieg des EDSS-Scores von mindestens 1,0 Punkten (bei einem Baseline-Score ≤ 5,0) oder Anstieg von mindestens 0,5 Punkten (bei einem Baseline-Score > 5,0).

Im Phase-III-Programm wurde Tolebrutinib auch bei schubförmiger und primär progredienter MS untersucht. Da die primären Endpunkte jedoch nur in HERCULES erreicht wurden, ist der Inhibitor ausschließlich für die SPMS ohne Schübe zugelassen.

Berit Brinkmann

Virtuelle Pressekonferenz „Schubfrei, aber progredient? Tolebrutinib als erster BTK-Inhibitor bei SPMS zugelassen"; 28.9.2026; Veranstalter: Sanofi

Charta fordert bessere Transition und Versorgung bei seltenen und komplexen Epilepsien

Im September ist die „Charta der Rechte für eine lückenlose Versorgung bei seltenen und komplexen Epilepsien" vorgestellt worden. Sie soll auf Versorgungslücken aufmerksam machen, die beim Übergang von der pädiatrischen in die Erwachsenenversorgung entstehen können. Die Charta wurde von der Epilepsy Plus Alliance, dem International Bureau for Epilepsy, Jazz Pharmaceuticals und UCB entwickelt. Nach Angaben der Initiatoren stellt der Wechsel in die Erwachsenenversorgung für viele Betroffene eine kritische Phase dar, in der bisher koordinierte Unterstützungsstrukturen verloren gehen können. Dies könne die Orientierung im Gesundheits- und Sozialsystem erschweren. Ungefähr fünf von 10.000 Menschen in Europa leben mit seltenen und komplexen Epilepsien (https://epi-care.eu/about-epilepsies). Die Erkrankungen gehen häufig mit zusätzlichen kognitiven, verhaltensbezogenen oder psychiatrischen Beeinträchtigungen einher und erfordern langfristige medizinische und soziale Unterstützung. Die Charta appelliert deshalb, den Übergang in die Erwachsenenmedizin als gesundheitspolitische Priorität anzuerkennen. Zu den zentralen Forderungen gehören ein sicherer und koordinierter Übergang in die Erwachsenenversorgung, strukturierte Übergaben zwischen kinder- und erwachsenenmedizinischen Teams, benannte Versorgungspfadkoordinatoren sowie der Zugang zu Fachkräften mit Expertise für seltene und komplexe Epilepsien. Darüber hinaus werden regelmäßige Anpassungen individueller Versorgungspläne, interdisziplinäre Betreuungsangebote und eine lebenslange Nachsorge gefordert. Die Charta definiert insgesamt zehn Rechte für Menschen mit seltenen und komplexen Epilepsien. Diese finden Sie unter: https://epilepsyplus.org/patient-charter. **red**

Nach Informationen von Jazz Pharmaceuticals Germany GmbH

Nutzung von DiGA verbessert Lebensqualität bei MS

Die LAMONT-Studie untersuchte gezielt MS-Betroffene und kam zu dem Ergebnis, dass die digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) levidex ihre krankheitsspezifische Lebensqualität signifikant verbesserte. Die DiGA soll auf Basis kognitiv-verhaltenstherapeutischer und achtsamkeitsbasierter Methoden Krankheitsbewältigung, emotionales Wohlbefinden, Ernährung, Bewegung und Schlaf unterstützen. Die 470 Teilnehmenden wurden randomisiert entweder levidex zusätzlich zur üblichen Behandlung (TAU) oder TAU allein zugeteilt. In der levidex-Gruppe erreichten deutlich mehr Betroffene eine klinisch relevante Verbesserung als unter TAU allein (39,5 % vs. 27,8 %). Positive Effekte zeigten sich zudem für depressive Symptome, sozial- und berufsbezogene Funktionsfähigkeit sowie die MS-Lebensqualitätsskala (MusiQoL). **red**

Nach Informationen von Gaia

Journal



© Dusan Stankovic / Getty Images / iStock

Für Hans Prinzhorn drückte sich in den Werken der Anstaltsinsassinnen und -insassen der menschliche Gestaltungsdrang aus.

Prinzhorn und die Kunst der Anstalt

Mehr als ein Symptom und mehr als Kunst

Vor hundert Jahren öffnete der Psychiater Hans Prinzhorn den Blick auf die Werke von Anstaltsinsassinnen und -insassen. Nicht nur als Symptom, sondern als gestaltendes Element. Sie begeisterten die Avantgarde, wurden von den Nationalsozialisten missbraucht und stehen heute im Museum Sammlung Prinzhorn.

Als Hans Prinzhorn (1886–1933) im Februar 1919 mit 32 Jahren seine erste Stelle an der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg antrat, hatte er einen für einen Assistenzarzt ungewöhnlichen Weg hinter sich: Er hatte Kunstgeschichte und Philosophie studiert, eine Gesangsausbildung absolviert und sich erst danach der Medizin zugewandt [1]. Klinikdirektor Karl Wilmanns (1873–1945) suchte eine Person, die einen besonderen Bestand der Klinik betreuen und ausbauen konnte. Die Heidelberger Klinik besaß nämlich bereits eine kleine Lehrsammlung mit Zeichnungen und Bildwerken von Insassinnen und Insassen, die Emil Kraepelin (1856–1926) zwischen den Jahren 1891 und 1903 angelegt hatte [2]. Sie diente der Veranschaulichung von Krankheitsbildern; die Arbeiten galten als Symptome, als Zeugnisse eines gestörten Geistes, und wurden entsprechend betrachtet. Dass aus dieser Demonstrationssammlung ein viel größeres Projekt entstehen würde, das heute den Namen eines nur kurz an der Klinik tätigen Assistenzarztes trägt, war nicht abzusehen.

Wilmanns und Prinzhorn verfassten ab dem Jahr 1919 Aufrufe an psychiatrische Kliniken, Anstalten und Sanatorien im deutschsprachigen Raum und baten um künstlerische Arbeiten von Insassinnen und Insassen. Als Prinzhorn im Juni 1921 Heidelberg verließ, umfasste die Sammlung mehr als 5.000 Objekte wie Zeichnungen, Aquarelle, Gemälde, Skulpturen, Textilien und Texte von rund 450 Menschen aus mehreren europäischen Ländern [1, 2]. Die Spannweite reichte von bestickten Teppichen wie Emma Mohrs (1833–?) „Staats-Album“ aus den 1870er-Jahren bis zu lebensgroßen Stoffpuppen, wie sie Katharina Detzel (1872–1960) in der „Kreisirrenanstalt“ Klingenmünster fertigte. Prinzhorns Plan, aus den zahlreichen Werken ein Museum für psychopathologische Kunst zu errichten, scheiterte allerdings; stattdessen machte erst sein Buch die Sammlung international bekannt [3, 4].



© Sammlung Prinzhorn, Universitätsklinikum Heidelberg

Emma Mohrs bestickter Teppich „Staats-Album“, 1872–1876



© Sammlung Prinzhorn, Universitätsklinikum Heidelberg

Katharina Detzel mit ihrer selbstgefertigten Stoffpuppe in der Anstalt Klingenmünster, 1914

Menschlicher Gestaltungsdrang

Im Jahr 1922 erschien bei Julius Springer in Berlin Prinzhorns Hauptwerk „Bildnerei der Geisteskranken. Ein Beitrag zur Psychologie und Psychopathologie der Gestaltung“ [5], auf knapp 400 Textseiten und mit zahlreichen Abbildungen [2]. Schon der Titel war Programm. Prinzhorn sprach bewusst von „Bildnerei“ an Stelle von „Kunst“. Er wollte sich nicht darauf festlegen lassen, ob diese Arbeiten Kunst im Sinne der Kunstgeschichte seien, sondern interessierte sich für den Vorgang des Gestaltens selbst. Seine These lautete, dass sich in den Werken ein allgemein menschlicher Gestaltungsdrang Bahn breche, der den Abkapselungstendenzen der Erkrankung entgegenwirke [5]. Die Bilder waren für ihn also keine Entgleisungen, sondern Ausdruck von etwas, das Gesunde und Kranke verbindet.

Avantgarde blickt hin

Die Wirkung des Buches reichte weit über die Psychiatrie hinaus. Es gilt als „Bilderbibel“ der Surrealisten [4]. Der Künstler Jean Dubuffet verfasste im Jahr 1950 einen eigenen Kommentar zur Sammlung [6]. Diese Faszination hatte zwei Seiten. Sie öffnete den Blick für die gestalterische Leistung von Menschen, denen sie bis dahin abgesprochen wurde. Zugleich lief sie Gefahr, diese Menschen zu Lieferanten „reiner“ Ausdruckskraft zu machen und ihre Lebensumstände auszublenden. Die Frage, wem die Werke gehören und wer über ihre Deutung entscheiden darf, begleitet die Sammlung bis heute.

Im Dienst der Diffamierung

Ende der 1930er-Jahre wurde die Sammlung zum Material politischer Propaganda. Im Jahr 1938 übergab Klinikdirektor Carl Schneider (1891–1946) Werke der Sammlung an die Wanderausstellung „Entartete Kunst“ [4]. Diese war seit dem Jahr 1937 in Deutschland unterwegs [1] und später auch in Österreich gezeigt [2]. Dort wurden Werke der Anstaltsinsassinnen und -insassen neben Arbeiten der Moderne präsentiert, als angeblichen Beleg dafür, dass moderne Kunst Ausdruck von Krankheit sei. Diese Anschauung kehrte Prinzhorns Anliegen ins Gegenteil: Aus der Vergleichbarkeit von gesunder und kranker Gestaltung wurde eine Gleichsetzung von Moderne und „Entartung“. Die in den Wanderausstellungen gezeigten Werke gelten heute als verloren [2]. Das Museum Sammlung Prinzhorn hat die Schicksale von Urheberinnen und Urhebern der Sammlung erforscht, die den Krankenmorden zum Opfer fielen [7].

Prinzhorn selbst erlebte das alles nicht mehr. Er starb im Juni 1933, kurz nach seinem 47. Geburtstag – nach Darstellung des Georg Kolbe Museums frustriert über ausbleibenden beruflichen Erfolg und von starken Depressionen geplagt an Typhus [8]. In den letzten drei Jahren vor seinem Tod sympathisierte er mit den Nationalsozialisten. Unter anderem schrieb er in der Zeitschrift „Der Ring“ eine Artikelserie, in der er sich positiv zu Adolf Hitler und der nationalsozialistischen Bewegung äußerte [9].

Vergessen, wiederentdeckt, musealisiert

Nach dem Krieg geriet die Sammlung in Vergessenheit. Im Jahr 1963 entdeckte der Kurator Harald Szeemann (1933–2005) sie neu und zeigte eine Auswahl in der Kunsthalle Bern; es folgten nationale und internationale Ausstellungen [4]. Im Jahr 2001 erhielt die Sammlung außerdem in einem umgebauten alten Hörsaal der Neurologie auf dem Gelände des alten Universitätsklinikums ein eigenes Museumsgebäude [4], nicht zuletzt als Reaktion auf Bestrebungen, die Sammlung nach Berlin zu verlegen [3]. Der historische Bestand umfasst rund 8.000 Zeichnungen, Aquarelle, Gemälde, Skulpturen, Textilien und Texte aus psychiatrischen Anstalten der Jahre 1840 bis 1945 [4]. Seit dem Jahr 1980 wächst die Sammlung durch Kunst von Psychiatrie-Erfahrenen [4]; der Gesamtbestand umfasst nach Angaben des Museums heute rund 40.000 bildkünstlerische Werke, Texte und Musikstücke aus der Zeit von 1825 bis in die Gegenwart, überwiegend aus deutschsprachigen Ländern, und wächst ständig (**Tab. 1**) [10].

Das Museum Sammlung Prinzhorn versteht sich heute als Ort für Kunst von Menschen mit psychischen Ausnahmeerfahrungen und reflektiert zugleich die Geschichte der Psychiatrie kritisch

Tab. 1: Meilensteine der Sammlung Prinzhorn (mod. nach [1, 2, 3, 4, 5])

Zeitraum	Ereignis
1891–1903	Emil Kraepelin legt an der Heidelberger Klinik eine Lehrsammlung von Patientenwerken an [2]
1919–1921	Hans Prinzhorn baut die Sammlung auf über 5.000 Werke von rund 450 Insassinnen und Insassen aus [1, 2]
1922	„Bildnerei der Geisteskranken“ erscheint bei Springer [5]
1938	Werke der Sammlung werden der Wanderausstellung „Entartete Kunst“ übergeben [2, 4]
1963	Harald Szeemann zeigt eine Auswahl in der Kunsthalle Bern [4]
2001	eigene Ausstellung im umgebauten Hörsaal des alten Universitätsklinikums [3, 4]
2026	Jubiläumsausstellung „Alles Kunst? 25 Jahre Museum Sammlung Prinzhorn“ [3]



© Sammlung Prinzhorn, Universitätsklinikum Heidelberg

Else Blankenhorns selbstgemalte Geldscheine „THAER I MILLION MARK", 1908–1919

[10]. Im Jahr 2026 feiert das Museum Sammlung Prinzhorn sein 25-jähriges Jubiläum mit der Ausstellung „Alles Kunst?", die seit dem 28. Juni 2026 noch bis zum 31. Januar 2027 läuft. Sie fragt, wie sich Werke aus psychiatrischem Kontext angemessen ausstellen lassen, von denen viele ursprünglich nie für die Öffentlichkeit bestimmt waren oder nicht als Kunst entstanden sind. So werden etwa die handgefertigten Geldscheine von Else Blankenhorn (1873–1920) nachgedruckt und können von Besuchern gegen Euroschreine eingetauscht werden. Die Puppe von Katharina Detzel, von der bislang nur ein Foto überliefert war, wurde dafür rekonstruiert [3].

Aktualität

Für Neurologinnen, Neurologen, Psychiaterinnen und Psychiater ist die Geschichte der Sammlung Prinzhorn mehr als ein kulturhistorisches Kuriosum. Sie erinnert daran, dass Patientenwerke Quellen sind: Sie dokumentieren Krankheitserleben, Anstaltsalltag und Spielräume, die Menschen auch unter Zwang für sich fanden. Wer sie nur als Symptom liest, verkürzt ebenso wie jemand, der sie nur als „reine Kunst" betrachtet.

Zweitens mahnt sie zur Verantwortung im Umgang mit Zeugnissen von Menschen, die sich nicht frei äußern oder entscheiden konnten. Fragen nach Einwilligung, Namensnennung, Urheberschaft und dem Kontext einer Ausstellung gehören zur Praxis jeder Museums-, Forschungs- und Therapiearbeit mit Patientenwerken. Drittens zeigt der Missbrauch der Sammlung in der NS-Zeit, wie schnell ein Fach seine Deutungsmacht in den Dienst von Ideologie stellen kann.

Viertens lohnt der Blick auf die Gegenwart: Kunsttherapie, Ausstellungen von Psychiatrieerfahrenen und die Auseinandersetzung mit Stigma knüpfen an diese Tradition an, ohne ihre Ambivalenzen zu wiederholen. Wie sich die Grenze zwischen „normal" und „verrückt" im Lauf der Zeit verschoben hat, ist ein aktuelles Forschungsthema der Sammlung [11]. Auch die Neurologie hat Berührungspunkte, etwa bei der Frage, wie sich künstlerischer Ausdruck bei neurologischen Erkrankungen verändert oder erhalten bleibt.

Das Museum Sammlung Prinzhorn in der Voßstraße 2 in Heidelberg zeigt die Jubiläumsausstellung „Alles Kunst?" noch bis zum 31. Januar 2027. Hundert Jahre nach Erscheinen von „Bildnerei der Geisteskranken" bleibt Prinzhorns zentrale Frage aktuell: Was bedeutet Gestaltung für Menschen in seelischen Ausnahmezuständen, und wie gehen Fachärztinnen und Fachärzte mit dem um, was sie uns hinterlassen? Die Antwort beginnt damit, Patientinnen und Patienten als Urheber ernst zu nehmen.

Literatur

1. Röske T. Die Sammlung Prinzhorn und andere Orte für Außenseiterkunst in Heidelberg. Heidelberg: Universitätsbibliothek Heidelberg (artdok); 2012
2. The Metropolitan Museum of Art. Hans Prinzhorn. Leonard A. Lauder Research Center, Modern Art Index Project. www.metmuseum.org/research-centers/leonard-a-lauder-research-center/research-resources/modern-art-index-project/prinzhorn; Stand: 13.10.2026
3. Sammlung Prinzhorn. Alles Kunst? 25 Jahre Museum Sammlung Prinzhorn. Veranstaltungsflyer. Heidelberg: Universitätsklinikum Heidelberg; 2026
4. Sammlung Prinzhorn. Geschichte der Sammlung. https://www.sammlung-prinzhorn.de/geschichte/; Stand: 13.10.2026
5. Prinzhorn H. Bildnerei der Geisteskranken. Ein Beitrag zur Psychologie und Psychopathologie der Gestaltung. Berlin, Springer; 1922
6. von Beyme I, Röske T (Editors). Dubuffets Liste. Ein Kommentar zur Sammlung Prinzhorn von 1950. Heidelberg, Wunderhorn; 2015
7. Röske T, Rotzoll M (Editors). „Menschen die noch hätten leben können". Opfer des Nationalsozialismus in der Sammlung Prinzhorn. Heidelberg, Wunderhorn; 2023
8. Georg Kolbe Museum Berlin. Porträt Hans Prinzhorn. www.sammlung.georg-kolbe-museum.de/de/objekte/portraet-hans-prinzhorn/63087; Stand: 13.10.2026
9. Klee E. Das Kulturlexikon zum Dritten Reich. Wer war was vor und nach 1945. Frankfurt am Main, S. Fischer; 2007
10. Sammlung Prinzhorn. Leitbild. www.sammlung-prinzhorn.de/leitbild/; Stand: 13.10.2026
11. Röske T, Rotzoll M (Editors). Normal#Verrückt. Zeitgeschichte einer erodierenden Differenz. Heidelberg; 2025

AUTORIN

Dr. med. Sonja Faust

Fachärztin für Anästhesiologie
Assistenz der Schriftleitung
Wulffstraße 8, 12165 Berlin

s.faust@berufsverband-neurologen.de

Biennale d'Arte 2026 in Venedig – Teil 2

Die Welt in Moll – (wie) geht es weiter?

Mit Fruchtbarkeit als Motto endete der erste Teil dieses Biennale-Diptychons im letzten NeuroTransmitter. Nun geht es aus den schönen Außenbereichen der Giardini in Venedig in drei Länderpavillons – und mitten hinein in Körper, Kreisläufe und die ewige Wiederkehr des Gleichen im stetigen Fluss der Veränderung.

Babies zum Mitnehmen

Im Japan-Pavillon von Ei Arakawa-Nash beginnt der Ausstellungsbesuch der Biennale d'Arte 2026 in Venedig mit einer ziemlich handfesten Form der Fürsorge: Mehr als 200 Babypuppen warten darauf, auf den Arm genommen und betütelt zu werden. „Grass Babies, Moon Babies" tragen poppige Kleidung und Sonnenbrillen, wiegen so viel wie echte Babies und sind glücklicherweise vollkommen geräuschlos. Einige der jüngeren Besucherinnen und Besucher verlieren bald die Lust an der kollektiven Elternschaft, wenn sie erfahren, dass die Babies im ersten Stock auch noch gewickelt werden sollen. Ein achtjähriger Junge (Anmerkung der Redaktion: Sohn der Autorin) wiederum hält glücklich durch. In der Windel seines Babys findet sich am Ende ein QR-Code, der zu einem „Diaper Poem" führt. Dieses zunächst spielerische Szenario regt doch zum Nachdenken an, über das Bild von Familie in der heutigen Gesellschaft. Auf den Bildschirmen laufen historische und zeitgenössische Filme über Migration und Diaspora und darüber, wer eigentlich als „japanisch" gilt. Ei Arakawa-Nash überträgt diese Frage von nationaler auf familiäre Zugehörigkeit. Dafür greift er auf das Prinzip des „DISKONT" (Discontinuous Unity), den Kern der Architektur- und Lebensphilosophie des japanischen Architekten Yoshizaka Takamasa (1917–1980) zurück, das dieser für den im Jahr 1956 eröffneten Pavillon entwickelte: Einheit entsteht nicht durch Gleichförmigkeit, sondern dadurch, dass unterschiedliche, eigenständige Elemente miteinander ein Ganzes bilden. Im Pavillon sind das Baukörper, Stützen, Garten und Gelände, bei Arakawa-Nash Menschen und Beziehungen.

Ei Arakawa-Nash selbst und sein Ehemann Forrest wurden im Jahr 2024 durch Eizellspende und Leihmutterschaft Väter von Zwillingen; jeder von ihnen ist der biologische Vater eines Kindes. Auch die Babypuppen erzählen von dieser erweiterten Vorstellung von Familie: Fürsorge muss nicht dort aufhören, wo biologische Verwandtschaft endet. Aus privat kann gemeinschaftlich-öffentlich werden.

Pornografie im Labor

Im dänischen Pavillon geht es ebenfalls um Fortpflanzung, jedoch ist hier von Fürsorge weniger zu spüren. Maja Malou



© Foto: privat

Im Japan-Pavillon: Babyglück



© Foto: Marco Zorzanello

Kryogenische Spermienbehälter im dänischen Pavillon



© Foto: Andrea Avezzù; Courtesy: La Biennale di Venezia

Performance im Wassertank, gespeist auch mit filtriertem Besucherurin



© Foto: Andrea Avezzù; Courtesy: La Biennale di Venezia

Glockenläuten vor dem österreichischen Pavillon

Lyses „Things to Come" führt in eine Zukunft, in der Reproduktion zum Laborversuch, zum Spektakel und zum Geschäft geworden ist.

In einer großformatigen Videoarbeit, die Lyse gemeinsam mit dem in New York ansässigen Künstlerkollektiv DIS entwickelt hat, spielt Pornodarstellerin Nicolette Shea eine Wissenschaftlerin in einer Samenbank des Jahres 2045. Daneben steht eine Art Spermienaltar: Kryobehälter sind mit Monitoren bestückt, auf denen „Sperm Races" laufen. Was wie Science-Fiction anmutet, basiert auf einer realen Begebenheit: Im April 2025 veranstaltete das vom damals 17-jährigen Eric Zhu mitgegründete Start-up Sperm Racing in Los Angeles das erste öffentliche Spermienrennen mit Rennstrecke, Kommentator, Publikum, Livestream und Wetten. Lyse nimmt diesen grotesken Einfall ernst genug, um ihn zur Kunst zu erklären – und fragt: Was geschieht, wenn selbst Fortpflanzung dem Wettbewerb und der Logik des Entertainments unterworfen wird?

Stets lockt der weibliche Körper?

Im österreichischen Pavillon geht es schließlich um den großen Kreislauf von Körper, Wasser und Ausscheidung. Florentina Holzingers „SEAWORLD VENICE", kuratiert von Nora-Swantje Almes, verwandelt diesen in eine Mischung aus Freizeitpark, Kläranlage und sakralem Raum.

Vor dem Pavillon schwingt eine nackte Performerin als lebendiger Klöppel einer riesigen Glocke hin und her. Drinnen schwimmt eine Performerin in einem Tank, dessen Wasser unter anderem aus dem von Besucherinnen und Besuchern gesammelten und filtrierten Urin gespeist wird. Andere nackte Performerinnen fahren Jet-Ski oder klettern an einer monumentalen Wetterfahne empor, während Pumpen, Rohre und Wasser unablässig in Bewegung bleiben. Holzinger knüpft damit an den Wiener Aktionismus an, eine radikale österreichische Kunstbewegung der 1960er- und 1970er-Jahre, die den menschlichen Körper selbst zum Material der Kunst machte. Günter Brus etwa nutzte seinen eigenen Körper als Bildfläche; Hermann Nitsch arbeitete an seinen berüchtigten Werken mit Blut, Tierkadavern und Körperflüssigkeiten. Allerdings setzt Holzinger hier mehr auf den selbstbestimmten, trainierten weiblichen Body. Und doch bleibt eine Irritation: Die Kinder wollen wissen, warum die Frauen eigentlich nackt seien, wenn es um Wasser, die menschengemachte Zerstörung der Natur und ökologische Kreisläufe geht. Eine einfache Frage, die erstaunlich schwer zu beantworten ist. Vielleicht liegt genau darin die Ambivalenz von Holzingers Arbeit: Der weibliche Körper soll selbstermächtigtes Subjekt sein – und bleibt doch das zentrale Material und Objekt der Inszenierung.

Mehr Informationen:

www.labiennale.org/en/art/2026/japan
www.labiennale.org/en/art/2026/austria
www.labiennale.org/en/art/2026/denmark
www.labiennale.org/en

Die Biennale ist noch bis zum 22. November 2026 in Venedig zu besuchen.

AUTORIN

Dr. Angelika Otto

Freie Journalistin
München

angelika.s.otto@gmail.com



Veranstaltungen mit Beteiligung des BDN, BVDP und BVDN 2026/2027

Datum | Ort | Zeit	Landesverband | Titel | Themen	Anmeldung
31.10.2026–13.3.2027 online	**MFA-Spezialisierungsqualifikation (80 UE)** Die BÄK hat für den Bereich „Neurologie" und „Psychiatrie und Psychotherapie" Musterfortbildungscurricula für MFA entwickelt. Die Curricula sind in weiten Teilen inhaltlich identisch und vermitteln im fachspezifischen Teil jeweils Spezialwissen. Die identischen Anteile sind wechselseitig anrechnungsfähig. Der Erwerb beider Qualifikationen ist somit für MFA, die in beiden Bereichen tätig sind, mit vertretbarem Aufwand möglich. Weitere Informationen: siehe S. 12 in dieser Ausgabe des NeuroTransmitters.	Martin Wollschläger-Tigges martin.wollschlaeger-tigges@aekwl.de Telefon: 0251 9292242 Kurs-ID: 6696 www.akademie-wl.de/fortbildungskatalog
14.11.2026 online 9:15–12:15 Uhr **9.12.2026 online** 17:15–20:30 Uhr	**BDN 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
26.11.2026 in Berlin 12:00–14:00 Uhr DGPPN-Kongress, CityCube, Raum Weimar 3	**EBM-Schulung für ambulante Psychiatrie: Neues und Kniffliges** Referent: Dr. med. Michael Krebs, Schatzmeister des BVDP	
27.11.2026 in Berlin 12:00–13:15 Uhr DGPPN-Kongress, CityCube, Raum M1	**BVDP-Forum und offene BVDP-Mitgliederversammlung** Bericht zur politischen Lage und aktuelle berufspolitische Themen	
8.12.2026 online 18:00–19:30 Uhr	**BDN-Mitgliederversammlung**	Einwahllink geht an alle Mitglieder
10.12.2026 online 18:00–19:30 Uhr	**NeuroLive: Post-Kongress DGN 2026** Rückblick auf die spannendsten Themen des diesjährigen Hauptstadtkongresses	www.streamed-up.com/live/post-kongress-dgn-2026
18.–20.2.2027 in Köln und online	**ZNS-Tage 2027: Neurologie- und Psychiatriekongress** Fortbildung, Praxis und Berufspolitik: Die ZNS-Tage 2027 bringen die Fachgruppe Neurologie und Psychiatrie in Köln zusammen. Die Teilnehmenden erwartet ein vielseitiges Programm aus aktuellen wissenschaftlichen und praxisnahen Themen und berufspolitischen Diskussionen sowie zahlreiche Hands-on-Workshops unter anderem zu NLG und EMG, Botulinumtoxin-Behandlung, EEG, ADHS sowie Autismus-Spektrum-Störungen. Ergänzt wird das Angebot durch Crashkurse für ÄiW und einen eigenen MFA-Fachtag, der zwei verschiedene Fortbildungsstufen anbietet.	www.zns-tage.de Frühbucherrabatt bis zum 30. November 2026
25.2.2027 in Regensburg und online 8:50–18:00 Uhr	**AGATE Psychopharmakologieseminar I 2027** Themen: Arzneimittelinteraktionen, Absetzen, Psychopharmaka in Schwangerschaft und Stillzeit, Psychotische Störungen, Psychopharmaka in der Geriatrie, Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten bei Demenzen	Zum AGATE-Veranstaltungskalender: www.amuep-agate.de/cms/my-calendar/
23.–24.4.2027 in Travemünde	**DGN-Fortbildung „Neurologie kompakt" – in Kooperation mit dem BDN**	www.dgn.org/event/dgn-fortbildung-neurologie-kompakt

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: Marc Pawlitzki
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
Kooptierte Mitglieder: Solveig Voran, Caroline Schell, Marc Pawlitzki, Martin Marziniak

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-psychiater.de

Vorstand des BVDP
1. Vorsitzende: Sabine Köhler, Jena
2. Vorsitzende: Christa Roth-Sackenheim, Andernach
Schriftführer: Markus Weih, Nürnberg
Schatzmeister: Michael Krebs, Berlin

BVDP-Landessprecher
Baden-Württemberg: Thomas Hug
Bayern: Markus Weih
Berlin: Michael Krebs
Brandenburg: Konstant Miehe
Bremen: Ilka Brockmüller
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: Anna Hauswedell
Thüringen: Dorothee Piehler
Westfalen: Michael Meyer

Geschäftsstelle des BVDN/BDN/BVDP

Wulffstraße 8, 12165 Berlin
Tel.: 030 948783-10 | Fax: 0322 268091-22
info@bvdn.de
info@berufsverband-neurologen.de
info@berufsverband-psychiater.de
www.bvdn.de
www.berufsverband-neurologen.de
www.berufsverband-psychiater.de
www.zns-news.de

Cortex Management GmbH
s. oben Geschäftsstelle
Geschäftsführer: Bernhard Michatz

Ich will **Mitglied** werden!

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

Ja, hiermit erkläre ich meinen Beitritt als

☐ **Ordentliches Mitglied (580 €)** ☐ **Chefarzt in Klinik (580 €)** ☐ **Gemeinschaftspraxis-Mitglied (440 €)**

☐ **Arzt in Weiterbildung *(0 €) – Bitte senden Sie einen gültigen Nachweis an mitglied@bvdn.de** ☐ **Angestellter Facharzt (300 €)**

☐ **Senior/Arzt im Ruhestand mit Aufgabe der kassenärztlichen Tätigkeit (120 €)**

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

☐ **Ich wünsche die EINZELMITGLIEDSCHAFT – Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V. (BVDN)**

☐ **Ich wünsche die EINZELMITGLIEDSCHAFT – Berufsverband Deutscher Neurologen e. V. (BDN)**

☐ **Ich wünsche die EINZELMITGLIEDSCHAFT – Berufsverband Deutscher Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie e. V. (BVDP)**

☐ **Ich wünsche die DOPPELMITGLIEDSCHAFT – BDN und BVDN**

☐ **Ich wünsche die DOPPELMITGLIEDSCHAFT – BVDP und BVDN**

☐ **Ich wünsche die DREIFACHMITGLIEDSCHAFT – BDN, BVDN und BVDP**

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

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

Name, Vorname _____

Tel.-Nr.: _____ **Fax:** _____

E-Mail/Internet: _____

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

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

☐ **Gratis Mailservice erwünscht**

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

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

IBAN: _____

Bei der _____ **BIC** _____

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

Name: _____

Adresse: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Praxisstempel (inkl. KV-Zulassungs-Nr.)

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

Unterschrift: _____

NeuroTransmitter

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

Herausgegeben von
Cortex Management GmbH, Wulffstraße 8, 12165 Berlin,
Tel.: 030 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. Christa Roth-Sackenheim (RoSa, v. i. S. d. P.),
Breite Straße 63, 56626 Andernach,
c@dr-roth-sackenheim.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 Pugge

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), Hannah Block (Assistenz, -1208-6804)

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. 32 vom 1.10.2026.

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 Mitglieder 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

LA-MED geprüft Facharzt-Studie 2026



© wedmoments.stock / stock.adobe.com

Vorschau

Ausgabe 1/2027

Februar

erscheint am 12. Februar 2027

Formen der Polyneuropathie

Die chronisch inflammatorische demyelinisierende Polyneuropathie (CIDP) umfasst neben der typischen Form mehrere Varianten, darunter die distale, multifokale, fokale sowie die motorische und sensible CIDP. Für ihre Diagnose sind neben dem klinischen Muster vor allem die elektrophysiologischen Kriterien der EAN/PNS-Leitlinie entscheidend. Bei rein motorischen Verläufen kommen insbesondere die multifokale motorische Neuropathie (MMN), die amyotrophe Lateralsklerose (ALS) und Paranodopathien als Differenzialdiagnosen infrage.

Rückblick und Ausblick

Neurologie und Psychiatrie ziehen eine Jahresbilanz zu zentralen berufspolitischen Entwicklungen des Jahres 2026: von Honorarfragen über Versorgungsstrukturen bis hin zu interdisziplinären Projekten. Welche Schwerpunkte werden im Jahr 2027 im Fokus stehen?

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.