

aktiv!



Zeitschrift der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft Bundesverband e.V.





Foto: shutterstock

Forschung fördern – MS-Erkrankten helfen

Die DMS-Stiftung wurde ins Leben gerufen, um die Erforschung der Multiplen Sklerose und mit ihr neue Behandlungsansätze zu ermöglichen und gleichzeitig MS-Erkrankten in Not unmittelbar zu helfen. Mit dem MS-Register stellt sie der Forschung ein einzigartiges Werkzeug mit großen Datenmengen (Big Data) bereit. Der Schwerpunkt liegt auf Fragestellungen zur Verbesserung der Versorgung von an Multipler Sklerose erkrankten Menschen.

Haben Sie Interesse an der Broschüre zum Thema „Vererben“?

Gerne können Sie diese anfordern.

Mit Ihrer Spende, Zustiftung oder einem Stifterdarlehen für die DMS-Stiftung fördern Sie nachhaltig die Lebensqualität von MS-Erkrankten – Seien Sie dabei!



Spendenkonto Sparkasse Hannover
IBAN: DE38 2505 0180 0042 0042 00
www.dms-stiftung.de, info@dms-stiftung.de

Liebe Leserin, lieber Leser,

das erste, politisch sehr bewegte Quartal des Jahres 2025 liegt hinter uns. Noch vor Weihnachten 2024 haben wir unseren Forderungskatalog herausgebracht, in dem wir zehn Kernforderungen und 28 detaillierte Positionen zur Verbesserung unseres Gesundheits- und Sozialsystems benannt haben, die wir an die politischen Parteien verschickt haben. Wir haben auch einzelne Bundestagsabgeordnete sprechen können, um ihnen unsere Kernforderungen vorzustellen. Ein großer Dank geht an die Mitglieder des Ärztlichen Beirates und des Bundesbeirates MS-Erkrankter. Sie haben uns mit ihren Anregungen bei der Aufstellung der Forderungen sehr unterstützt. Mitglieder des Bundesbeirates haben sich auch persönlich für einzelne Forderungen eingesetzt. Mehr dazu in unserem Bericht auf S. 10.

Zwei Kampagnen sind bereits angelaufen: Zu THE MAY50K und zum Welt-MS-Tag. Seit Mitte März ist die Registrierung auf der Website von THE MAY50K wieder für alle möglich, die für sich und andere etwas Gutes tun möchten. Sei es durch eigene Bewegung, sei es durch Spenden für die MS-Forschung. Sagen Sie es weiter und erzählen Sie Ihren Freunden und Bekannten von der Aktion und bitten um Unterstützung für die MS-Forschung. Wir sagen schon jetzt dafür Danke!

In unserem Beitrag berichten wir auch über die Aktivitäten, die rund um den Welt-MS-Tag am 30. Mai geplant sind. Präsenz- und Online-Veranstaltungen, eine Telefonhotline und vieles mehr finden am und um den 30. Mai herum statt. Details finden Sie auf S. 5.

Unsere Austauschplattform MS Connect erlebt als *MS Connect 2.0* einen Neustart. Aus technischen Gründen erfolgte zwischen Weihnachten und Anfang des

neuen Jahres ein Plattformwechsel. Alle bisherigen Nutzerinnen und Nutzer wurden eingeladen, sich wieder anzumelden. Mehr als 1.000 sind dem bislang gefolgt und können die neue Umgebung zum Austausch in themenbezogenen Gruppen oder der Willkommensgruppe nutzen. Eine Chatfunktion und eine App runden das neue Angebot ab. Sie sind herzlich willkommen. Lesen Sie unseren Bericht dazu auf S. 8.

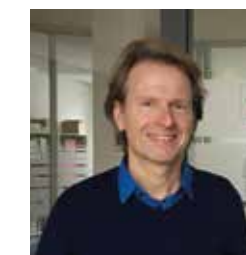
Der Ärztliche Beirat der DMSG hat eine Empfehlung herausgegeben zum Therapieswitch bei Therapien gleicher Wirkstoffkategorie (sogenannter horizontaler Therapiewechsel). Sie finden diese auf Seite 16.

In der Rubrik Therapie und Forschung informieren wir über Neurofilament-Leichtketten als Biomarker bei MS, den durchschnittlich zu niedrigen Impfschutz bei Menschen mit MS, die kürzlich erschienene überarbeitete Fassung der MS-Leitlinie und neue Erkenntnisse zum Epstein-Barr-Virus bei Multipler Sklerose.

Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre

Ihre

Ihr



Judith Haas
Prof. Dr. med. Judith Haas,
Vorsitzende des DMSG-
Bundesverbandes

Herbert Temmes
Herbert Temmes,
Bundesgeschäftsführer



05 „Tausend Gesichter und Deins: Leben mit MS“ – das Motto des 17. Welt-MS-Tages



32 Multiple Sklerose und Epstein-Barr-Virus: Neue Erkenntnisse

Bild: AdobeStock/Rasi



40 Neues zur Gesetzgebung und Rechtsprechung

Bild: AdobeStock/Sebastian Duda

DMSG AKTUELL

Der 17. Welt-MS-Tag startet unter dem Motto Tausend Gesichter und Deins: Leben mit MS.....	5
Aller guten Dinge sind drei: THE MAY 50K 2025 gestartet!	7
MS Connect 2.0 – Die Austauschplattform im neuen Gewand	8
DMSG-Forderungen für verlässliche und hochwertige Versorgung...10	
Aktuelle Neuerungen der MS-Leitlinie – Bewertung aus Sicht von Patientenvertreterinnen	14
Stellungnahme des Ärztlichen Beirates, DMSG-Bundesverband und des Krankheitsbezogenen Kompetenznetzes MS	16
Mit weniger Scham zu mehr Lebensqualität.....	18
Nachruf von Barbara Vißer.....	19

AKADEMIE, BEWEGUNG & LEBENSSTIL

Die MS-spezifische Patientenschulung feiert einjähriges Bestehen...20	
Neuigkeiten zu den DMSG-Coaches	21
DMSG-Funktionstraining.....	22
DMSG-Funktionstraining meets #THEMAY50K.....	23
MS connect: Meet-the-Expert	23

THERAPIE & FORSCHUNG

Niedriger Impfschutz bei MS-Erkrankten.....	26
Biomarker Neurofilament-Leichtketten	28
Risikoabschätzung unter Natalizumab-Biosimilar	30
Multiple Sklerose und Epstein-Barr-Virus	32
Austausch zwischen neurologischen Zentren.....	34
MS Brain Health Report.....	36

FORSCHUNGSFÖRDERUNG

Auf den Spuren der Forschungsförderung der DMSG.....	38
--	----

RECHT & SOZIALES

Neuerungen 2025 und Neues aus der Rechtsprechung.....	40
„Multiple Sklerose kennt keine Grenzen“	41

INTERNATIONALES

EMSP-Konferenz – „Gemeinsam für eine bessere Zukunft bei MS“ ..	42
Neuer Präsident und neue CEO der MSIF.....	43

DIVERSES

Termine	42
DMSG-ausgezeichnete MS-Zentren	2
Anzeigen	46
Adressen	48
Schirmherrinnen und Schirmherren, Impressum.....	50

Der 17. Welt-MS-Tag startet unter dem Motto „Tausend Gesichter und Deins: Leben mit Multipler Sklerose“

Im Rahmen der Kampagne zum Welt-MS-Tag 2025 am 30. Mai berichten Menschen mit MS, wie das Leben nach der Diagnose weitergehen kann und wo Hilfe zu finden ist im Umgang mit der Erkrankung, MS-Experten aus dem Ärztlichen Beirat beantworten Fragen rund um die Diagnose in einer bundesweiten Telefonaktion. Zahlreiche Veranstaltungen von Bundesverband und Landesverbänden laden zum zur Teilnahme ein.

Jeden Tag erhalten in Deutschland 41 Menschen die Diagnose Multiple Sklerose. Für die meisten ist sie ein Schock, der das Leben von einer Sekunde auf die andere verändert. Im Jahr traf es Anika Schreiber, die damals mitten in ihrer Ausbildung zur Notfallsanitäterin steckte. Doch sie ließ sich nicht entmutigen, setzte ihren Weg fort und informiert heute über die „Krankheit mit den 1000 Gesichtern“. Sie ist als Hauptdarstellerin im TV-Spot der DMSG zu sehen, der auch auf YouTube gezeigt wird. Er greift das Thema MS-Diagnose in bewegender Art und Weise auf und stellt den Schock nach der Diagnose nach. Seine Botschaft: Du bist nicht allein mit der Krankheit. Dass man mit der Diagnose und seinen Ängsten nicht allein bleiben muss, darauf macht der Welt-MS-Tag am 30. Mai unter dem diesjährigen Motto „1000 Gesichter und Deins - Leben mit MS“ aufmerksam. Protagonisten aus dem TV-Spot stellen sich vor. In der deutschlandweiten Awareness-Kampagne kommen auf Postern Foldern, Postkarten, in Videos und Radio-Spots auf Websites und auf Social-Media MS-Erkrankte zu Wort.

Allein mit MS? Nein!

Unter www.dmsg.de finden sich zahlreiche Möglichkeiten, sich zu vernetzen und einzubringen – etwa im Wettbewerb zur Umsetzung des Mottos oder in dem interaktiven Kampagnen-Motiv „Tausend Gesichter und Deins“. Schicke uns dein Bild und deine Geschichte an weltmstag@dmsg.de.

Unter dem Titel „Meine MS-Diagnose“ stehen auch international zum Welt-MS-Tag Diagnose und Diagnosestellung sowie der

Umgang mit dieser Nachricht zu Beginn der Erkrankung im Fokus. Auf Grundlage dieses von der *Multiple Sclerosis International Federation* (MSIF) festgelegten Rahmenthemas hat der DMSG-Bundesverband das Motto für Deutschland in einem Wettbewerb ermittelt. Mit ihrem Vorschlag gewonnen hat Melanie-Simone Schlender, die seit 2021 mit MS lebt. Nach der Diagnose habe sie sich nur schwer vorstellen können, wie ihr Leben weitergehen soll, berichtet die Berlinerin: „Heute weiß ich, was ich brauche und was mir nicht guttut.“ Sie bekam von einem ihrer Ärzte den Tipp, Mitglied der DMSG zu werden: „Ich habe seitdem viele Informationsangebote, Aktivitäten und direkte Unterstützung in Anspruch nehmen können“, erzählt sie. Im Video berichtet Melanie, was sie zu dem Motto inspiriert hat, aufbauend auf das internationale Rahmenthema „Meine MS-Diagnose“, zu der sich auch DMSG-Reporterin Laura (24) als eine der internationalen Botschafter der Kampagne mit einem Video eingebracht hat. Auch sie kennt den Schock nach der Diagnose, hatte, damals 19 Jahre alt, das Gefühl, dass das Leben, das sie sich wünschte, plötzlich unerreichbar war. Hilfe fand sie in der DMSG-Kontaktgruppe. „Es war ein sehr gutes Gefühl, verstanden zu werden“, betont sie. Lesen Sie die Geschichte von Laura auf www.dmsg.de und finden Sie heraus, was die Studentin empfiehlt nach der Diagnose MS.

Hoch hinaus auf den Island Peak in Nepal klettert zum Start der Kampagne Julia, die lange mit dem Verdacht auf MS und jetzt mit der Diagnose NMOSD lebt und so ihren Traum lebt. Ihr Abenteuer wird gefilmt. Mehr berichtet sie in der DMSG Community auf YouTube.

Wer selbst aktiv werden und sich mit anderen MS-Erkrankten und Experten vernetzen möchte, findet dafür zahlreiche Möglichkeiten auf den Social-Media-Kanälen der DMSG. DMSG-Reporterin Annika erklärt im Video-Aufruf wie jeder seine Erfahrungen teilen kann.

Schon gewusst? Weltweit erhält alle fünf Sekunden ein Mensch die Diagnose MS



Und Deins?
Das Motiv zum Welt-MS-Tag lädt zum Mitmachen ein.



WeltMSTag

Die Zahl der MS-Erkrankten steigt laut dem Atlas der MS und mit ihr der Bedarf nach Information. Die internationale Kampagne „Meine MS-Diagnose“ wurde deshalb bis 2026 verlängert. Die Verlängerung ist eine Gelegenheit, wertvolle neue Daten und Erkenntnisse in die Kampagne einzubeziehen, darunter neue Diagnosedaten aus dem Atlas der MS und die überarbeiteten McDonald-Kriterien. Die Abstimmung des Welt-MS-Tages mit wichtigen globalen Arbeiten zur MS-Diagnose soll das Eintreten für eine frühzeitige und genaue Diagnose verstärken.

Diagnose MS – wie geht es jetzt weiter?

Multiple Sklerose hat viele Gesichter – das zeigt auch die Vielfalt der Symptome. Ist die Diagnose gesichert, beginnt das Leben mit MS – und das ist in der ersten Zeit oft von Unsicherheit geprägt. Denn zu MS gehört auch, dass sich der Krankheitsverlauf nicht vorhersagen lässt. Für die Neuerkrankten und ihre Angehörigen stellt diese Unsicherheit häufig eine besondere Belastung dar. Sie wollen wissen, wie es weiter geht: Wie lässt sich das Fortschreiten der Erkrankung aufhalten? Wie sieht die Therapie bei einem akuten Schub aus? Wie lassen sich Symptome lindern und Komplikationen vorbeugen? Was hilft, um mit der psychischen Belastung umzugehen? Welche nicht-medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten kann ich nutzen? Und was kann ich selbst tun, um mit MS ein langes, selbstbestimmtes Leben zu führen?

Was (Neu-)Erkrankte und ihre Angehörigen über Krankheitsverlauf, Behandlungsmöglichkeiten und das Leben mit MS wissen sollten, verraten renommierte MS-Experten aus dem Ärztlichen Beirat der DMSG in einer bundesweiten Telefonaktion.

**Herzlich Willkommen zur Sprechzeit:
Fragen Sie die Experten
am Mittwoch, den 28. Mai 2025
zwischen 16 Uhr und 19 Uhr.**

Der Anruf unter 0800 – 0 60 40 00 ist aus allen deutschen Netzen gebührenfrei.

Die Experten informieren umfassend und neutral stellen jedoch keine telefonischen Diagnosen und sprechen keine Therapieempfehlungen aus. Persönliche Daten der Anrufer werden nicht gespeichert bzw. aufgenommen. Zu den Experten gehört auch der Vorsitzen-

de des Ärztlichen Beirats, Prof. Dr. Ralf Gold, Neurologie St. Josef Hospital/Kliniken der Ruhr Universität Bochum. Er ermutigt auch Fragen zu ungewöhnlichen Symptomen zu stellen: „Das diesjährige Motto des Welt-MS-Tags greift die Vielgestalt der Erkrankung auf. Es ist uns als MS-Therapeuten und Forschern bewusst, dass manche Manifestationen wie die Sehnerv-Entzündung oder Gefühlsstörungen der Extremitäten sehr häufig bei Erstdiagnosen vorkommen, genauso gut aber andere sehr seltene Störungen wie die der Urogenitalfunktion schon frühzeitig auftreten können.“

Wissen macht stark: Ein besonderes mediales Event bietet das Online-Seminar mit Dr. Dieter Pöhlau, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der DMSG, in Kooperation mit der Rheinzeitung. Mehr erfahren Sie in Kürze auf www.dmsg.de.

Leben mit Multipler Sklerose:

Ihre Ideen sind gefragt. Im Wettbewerb zur Umsetzung des Mottos des Welt-MS-Tages 2025 können Sie mit Ihren Beiträgen als Text, Video oder Aktion teilnehmen. Die Sieger werden beim Festakt der DMSG von DMSG-Schirmherrn Christian Wulff, Bundespräsident a.D. ausgezeichnet.

Bitte schicken Sie Ihre Vorschläge bis zum 30. Juni 2025 per Mail an: weltmstag@dmsg.de.

Ein Dankeschön geht an unsere Partner, die die Kampagne finanziell unterstützen. Die DAK-Gesundheit fördert die Produktion der Info-Materialien, Radio- und TV-Spots im Rahmen der Projektförderung der Krankenkassen. Die Kooperation mit der Bundesvereinigung Deutscher Apothekenverbände (ABDA) ermöglicht es auch in diesem Jahr, die Plakate, Flyer und Postkarten bundesweit in Apotheken auszulegen.

Weitere Informationen zu Aktionen und Veranstaltungen der Landesverbände und Kontaktgruppen sind ab Mai auf der Website zum Welt-MS-Tag zu finden.

Aller guten Dinge sind drei: THE MAY50K 2025 gestartet!

DMSG beteiligt sich wieder an erfolgreicher Benefizaktion zugunsten der MS-Forschung

Keine zwei Monate nach ihrem Abitur erhielt Penelope die MS-Diagnose. Noch keine zwei Jahre liegt dies jetzt zurück. Der erste Schub war so heftig, dass Penelope wieder lernen musste, ohne Hilfsmittel zu gehen. Aber schon im Jahr darauf nahm sie an der Spendenaktion THE MAY50K teil und sammelte 1.051 Euro für die Multiple Sklerose-Forschung.

Heute bezeichnet Penelope diese schwierige Zeit nach dem Abitur als „doppelte Challenge“. Inzwischen hat sie ein Lehramtsstudium begonnen und diesen für sie so einschneidenden ersten Schub wie auch ihre Diagnose gut verarbeitet. Die aktive Teilnahme bei THE MAY50K hat deshalb eine ganz besondere Bedeutung für sie: „Eine Zeit lang habe ich geglaubt, dass ich aufgrund meiner chronischen Erkrankung gar nichts mehr kann und jetzt laufe ich hier mit und verbinde das Schöne mit dem Nützlichen!“

„Hey, ich bin chronisch krank, aber ich laufe und studiere.“

Penelope liebt Spaziergänge in der Natur und wird schon deshalb in diesem Mai wieder dabei sein. Besonders freut sie sich darüber, gleichzeitig etwas für die MS Forschung tun zu können. Wieder wird sie ihre absolvierten Strecken auf Social Media und mit ihren Bekannten teilen. Sie erzählt, dass die Freude an der Aktion viele Menschen dazu angeregt hat, ihr Anerkennung zu zollen und sich mit MS und ihrer Symptomatik zu beschäftigen. Zu jenen, die Penelopes Aktivitäten zu Spenden veranlasst haben, gehörten auch Menschen, Freunde und Bekannte ihrer Eltern, die sie teilweise gar nicht näher kannte. Sie alle drückten ihre Freude daran aus, dass Penelope die ersten schweren Hürden überwunden hat. Penelope trägt mit Freude dazu bei, MS bekannter zu machen und ein Bewusstsein für die Bedeutung der Forschung rund um Multiple Sklerose zu schaffen. Sie selbst sagt dazu: „Mir ist es sehr wichtig, das Vorurteil zu durchbrechen, dass MS automatisch 'Rollstuhl' bedeutet. Durch THE MAY50K habe ich eine wunderbare Möglichkeit, allen zu zeigen: 'Hey, ich bin zwar chronisch krank, aber ich laufe und ich studiere!'“



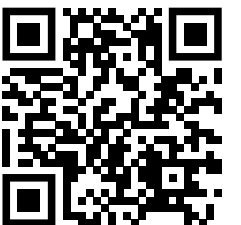
Mitte März ist die Kampagne gestartet worden. Jeder, der sich bewegen möchte, kann daran teilnehmen und sich ab sofort auf der Homepage registrieren. Die DMSG freut sich über alle, die auch für die MS-Forschung Spenden einwerben. 50 Kilometer können gegangen, gerollt, gewalkt, gelaufen, geschwommen oder auf (fast) jede andere erdenkliche Art und Weise bewältigt werden. Anregungen gibt es auf der Homepage oder über die Social Media Beiträge der Teilnehmer. Am 1. Mai werden alle bis dahin schon eingetragenen Kilometer auf Null gesetzt und die Aktion startet neu.

Jeder Euro wird für die Forschung eingesetzt: Im letzten Jahr waren dies stattliche 238 000 Euro. Die aktuelle Ausschreibung der DMSG-Forschungsförderung erfolgte zum Thema Älter werden mit Multipler Sklerose. Die Projekte werden derzeit von internationalen Gutachtern bewertet. Die Entscheidung über die geförderten Projekte wird in Kürze veröffentlicht. Die nächste Ausschreibung wird im Sommer 2025 bekanntgegeben.

Wenn Sie dabei sein wollen, finden Sie hier alle nötigen Informationen: www.themay50K.de

Tun Sie sich und anderen etwas Gutes durch Ihre Teilnahme!

Penelope Faselt
aktiv für
THE MAY50K
Bild: privat



MS Connect 2.0

ms connect 2.0 | dmsg

Die Austauschplattform für Menschen mit MS und Angehörige zeigt sich im neuen Gewand

Das soziale Netzwerk MS Connect 2.0 ist im Januar 2025 an den Start gegangen und das Onboarding der Nutzerinnen und Nutzer aus MS Connect hat begonnen. MS Connect 2.0 hat eine neue Plattform, neue Möglichkeiten, eine App und insgesamt ein neues Gesicht. Wir sind überwältigt, wie viele Nutzerinnen und Nutzer uns bereits auf MS Connect 2.0 gefolgt sind und wie lebendig die neue Plattform ist.

Zum Jahresende wurde die alte Plattform von MS Connect eingestellt und alle Nutzer über den Wechsel informiert. Am 8. Januar 2025 war es dann so weit: Es fand der Umzug der Austauschplattform MS Connect auf die neue Version MS Connect 2.0 statt. Zu Beginn wurden alle registrierten Nutzer aus MS Connect über den Umzug informiert und per Mail zu MS Connect 2.0 eingeladen. Mit großer Freude konnten wir beobachten, wie ein beachtlicher Teil der Nutzer den Umzug mitgemacht hat und mit Tag 1 eine rege Aktivität in den verschiedenen Gruppen begann.

Was ist MS Connect 2.0?

MS Connect 2.0 ist die DMSG-interne soziale Kennenlern- und Austauschplattform mit neuer Oberfläche und einer integrierten App-Funktion. Wir legen den Fokus auf den (Erfahrungs-) Austausch von Menschen mit MS und Angehörigen untereinander. Fachinformationen oder Informationen der DMSG sind weniger präsent auf der Plattform. Wir möchten einen geschützten Raum bieten, damit sich Betroffene untereinander kennenlernen und zu unterschiedlichen Themen austauschen können. Für alle Interessierten gibt es als Zusatz zum Austausch untereinander das Angebot der 2024 eingeführten Expertenchatstunde Meet-the-Expert auch auf MS Connect 2.0. Die Expertenchats ermöglichen es neben dem Community-Austausch Fachinformationen von Expertinnen und Experten als Antworten auf schriftlich gestellte Fragen zu erhalten (ein Beispiel zum Expertenchat Meet-The-Expert finden Sie in der Rubrik AKADEMIE, BEWEGUNG, LEBENSSTIL auf S. 14). Außerdem gibt es Informationen zu Forschungsaktivitäten rund um den DMSG Bundesverband e.V. in einer gesonderten Gruppe, für Personen aus der Community,

dich sich potentiell für Forschungs- und Studienteilnahmen dieser Art interessieren.

Wie kann ich mitmachen?

Registrieren Sie sich kostenlos auf MS Connect 2.0 unter <https://www.dmsg.de/msconnect> oder scannen Sie einfach den QR Code.



Danach gibt es eine Identitätsbestätigung und Sie werden auf MS Connect 2.0 weitergeleitet. Dort können Sie Ihren Registrierungsvorgang als Gastuser abschließen. ACHTUNG! Statt Vor- und Nachnamen ist es erlaubt einen Alias eingeben. Der muss allerdings beide Felder umfassen, z.B. „Vorname: Biene, Nachname: Maja“.

Bitte beachten Sie, dass alle ausgefüllten Felder in Ihrem Profil für die Community sichtbar sind. Nur Felder mit * müssen ausgefüllt werden. Das sind alle Pflichtfelder:

- **Vorname***: z.B. Biene
- **Nachname***: z.B. Maja
- **Position***: frei auszufüllen mit z.B. Beruf, Lebensmotto, Interessen
- **Unternehmen/Organisation***: Wähle deinen DMSG-Landesverband aus oder die Option Nicht-Mitglied.

Status*: Wähle MS Connect 2.0.

Anfang Februar 2025 hat das Onboarding für Neu-Interessente bei MS Connect 2.0 begonnen. Auch all diejenigen, die bisher noch nicht bei MS Connect waren, können nun ein Konto auf MS Connect 2.0 erhalten. Die Registrierung ist für alle offen. Mit den visuellen und funktionalen Änderungen erhoffen wir uns eine fortwährend aktive Plattform zur Verfügung zu stellen, die Menschen mit MS, unabhängig davon ob neu-diagnostiziert oder schon länger erkrankt und ihren Angehörigen einen sicheren Raum zum Kennenlernen und für Austausch bietet.

Jeder neu-registrierte Nutzer und jede neu-registrierte Nutzerin werden nach erfolgreicher Freischaltung automatisch in die gemeinsame Gruppe „Herzlich Willkommen bei MS Connect 2.0“ aufgenommen. Die Community zeigt mit ihrem Austausch in der „Herzlich Willkommen-Gruppe“ – mit über 1 000 Mitgliedern und 110 Beiträgen – wie relevant

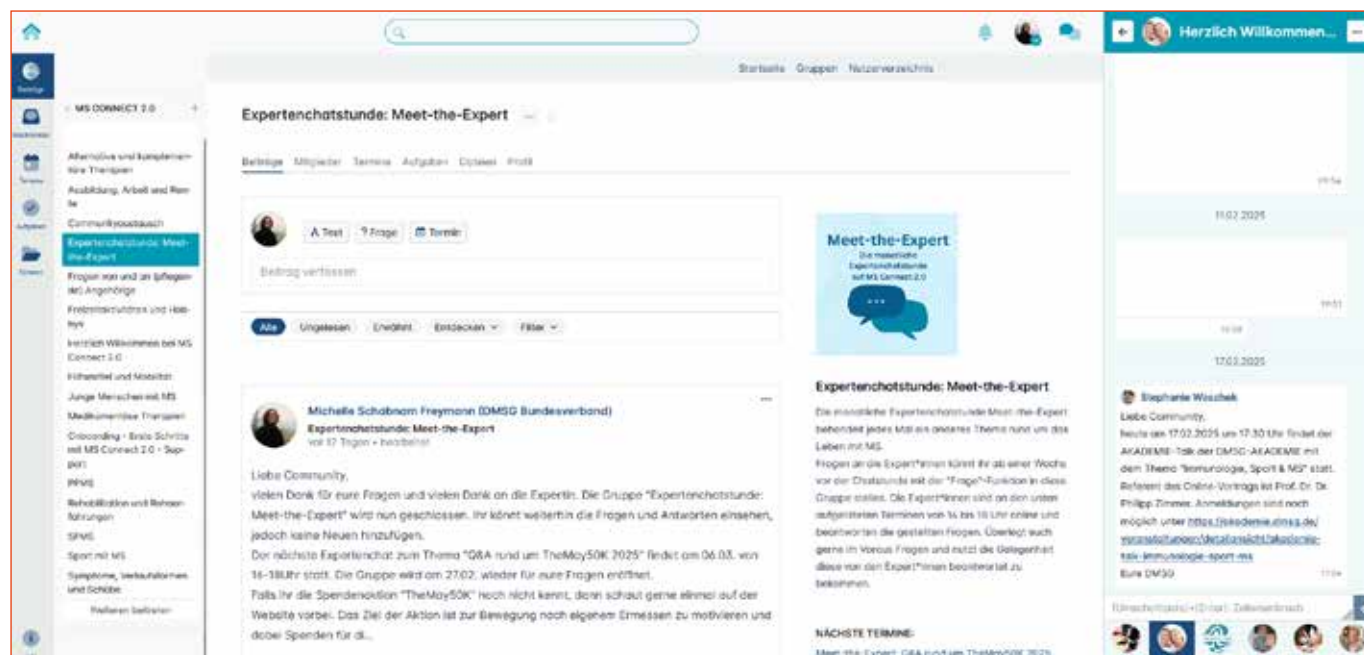
und bedeutsam eine eigene und geschützte Austauschplattform für viele Menschen mit MS und ihre Angehörige ist. Trotz des Wechsels des Plattformmediums und der damit bedingten neuen Nutzungsoberfläche kommt die Community gut mit den Neuerungen zurecht und geben positives Feedback zur Nutzerfreundlichkeit von MS Connect 2.0. Neu ist auch die zugehörige App namens „tixxt“, sowie eine Chat-Funktion, die neue Möglichkeiten eröffnen, sich problemlos übers Handy auszutauschen. Beiträge in Gruppen können mit Fotos, Links und Dateien kombiniert werden und bieten eine breitere Palette zum Kennenlernen und Kommunizieren. Und nicht nur Chats untereinander sind möglich, sondern auch Gruppenchaträume, in denen sich die Mitglieder einer Gruppe gemeinsam unterhalten können.

Wir ziehen positive Bilanz

In den ersten Wochen nach dem Umzug auf MS Connect 2.0 hat das Team drei Onboarding-Chatstunden per Beiträge und Gruppenchatfunktion angeboten, in denen die Nutzerinnen und Nutzer Fragen und Probleme äußern konnten, die ihnen beim Ausprobieren der neuen Umgebung begegnet sind. Dazu gehörte auch die Nutzungsänderung, dass im Gegenteil zu MS Connect die Nutzer bei MS Connect 2.0 nicht mehr selbst Gruppen erstellen können. Wenn es den Wunsch nach thematischen Gruppen gibt, die bisher noch nicht existieren, können diese jedoch immer geäußert werden und das MS Connect-Team erstellt die fehlenden themenspezifischen Gruppen. So sind auf Wunsch unserer Nutzer z.B. bereits die Gruppen „PPMS“ und „SPMS“ sowie eine Gruppe „Rehabilitation und Rehabilitationserfahrungen“ und eine Gruppe für „Angehörige“ entstanden.

Wir wünschen allen weiterhin viel Freude bei MS Connect 2.0!

P.S.: Sie haben Fragen oder ein Problem mit MS Connect 2.0? Kontaktieren Sie uns über MS Connect 2.0 in der speziellen „Onboarding & Support“-Gruppe oder per E-Mail an msconnect@dmsg.de.



DMSG-Forderungen für eine verlässliche und qualitativ hochwertige Versorgung

Selbsthilfe ist wesentliches Element der Solidargemeinschaft

dmsg
Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft Bundesverband e.V.

Stimmen zu den Forderungen der DMSG zur Bundestagswahl 2025

I. Die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Multipler Sklerose stärken durch flächendeckende, qualitativ hochwertige und Leitlinien gestützte Versorgung für Menschen mit MS und den Aktionsplan Barrierefreies Gesundheitssystem zügig fortführen

Vor allem in ländlichen Regionen ist die neurologische Versorgung nach wie vor äußerst lückenhaft.



Simone Sengstock,
DMSG Mecklenburg-Vorpommern,
Vorstand Bundesbeirat MS-Erkrankter

Die Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG) hat ein Forderungspapier erarbeitet und die politischen Akteure dazu aufgerufen, die Belange von Menschen mit Multipler Sklerose (MS) in den Mittelpunkt ihrer gesundheits- und sozialpolitischen Arbeit zu stellen. Mit über 280.000 Menschen mit MS in Deutschland und jährlich etwa 15.000 Menschen, die neu diagnostiziert werden, ist MS eine der häufigsten chronisch entzündlichen Erkrankungen des Zentralnervensystems. Das umfassende Forderungspapier der DMSG zielt darauf ab, Versorgungslücken zu schließen, Barrieren einer umfassenden Teilhabe abzubauen und die Lebensqualität von chronisch kranken Menschen nachhaltig zu verbessern. „Viele vom Gesetzgeber geschaffene Möglichkeiten werden aus unserer Sicht wegen nur schwer zu be-

wältigenden bürokratischen Antragsverfahren von Menschen mit MS nicht wahrgenommen“, erklärt Claudia Schilewski, Vorsitzende des Bundesbeirates MS-Erkrankter, anlässlich der Veröffentlichung des Forderungspapiers.

Die zehn Kernforderungen sind im Einzelnen:

- I. Die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Multipler Sklerose stärken durch flächendeckende, qualitativ hochwertige und Leitlinien gestützte Versorgung für Menschen mit MS und den Aktionsplan Barrierefreies Gesundheitssystem zügig fortführen
- II. Genehmigungshemmnisse für ASV-MS in Bundesländern abbauen und verbindliche Dokumentation im ASV-MS zur Qualitätsmessung und -generierung schaffen
- III. Die multimodale Komplexbehandlung der Multiplen Sklerose erhalten
- IV. Die Rolle der „MS-Schwester“ in der Versorgung anerkennen und stärken
- V. Prävention auch für Menschen mit MS ermöglichen
- VI. Die geschlechtergerechte Medizin ausbauen und geschlechterspezifische Forschungsansätze fördern
- VII. Das Prinzip Reha vor Rente umsetzen und inklusiven Arbeitsmarkt unterstützen – die Gesetzliche Rentenversicherung anpassen
- VIII. Zuzahlungen und die Belastungsgrenze in der GKV abschaffen und die Beantragung und Gewährung von Heil- und Hilfsmitteln erleichtern und entbürokratisieren
- IX. Die pflegerische Versorgung von Menschen mit MS und die Situation pflegen der Angehöriger verbessern
- X. Patientenrechte stärken und Selbsthilfeförderung ausbauen

„Menschen mit MS benötigen eine hochwertige, flächendeckende und leitliniengestützte medizinische Versorgung. Daher ist es unverantwortlich, dass der Zugang zu dringend benötigter Therapie wegen fehlender Plätze oder mangels Termine nicht oder nur sehr verzögert möglich ist“, betont Professor Dr. Judith Haas, Vorsitzende der DMSG. Die DMSG setze sich daher für einen sofortigen Zugang zu wichtigen Immun- oder symptomatischen Therapien sowie der psychotherapeutischen Behandlung nach Diagnosestellung oder in Krisensituationen ein und fordert hier schnelle Verbesserungen.

Pflegende Angehörige stärken, Patientenrechte ausbauen

Das Risiko von Menschen mit MS in jüngeren Jahren einen Pflegebedarf zu entwickeln ist höher als im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Die Aufgabe der Pflege übernehmen zumeist nahe Angehörige wie Partner, Eltern oder teilweise auch die eigenen Kinder. Die bisherige Absicherung von pflegenden Angehörigen ist nicht ausreichend, um deren wichtige Care-Arbeit langfristig zu erhalten.

Im Bereich der Patientenrechte setzt sich die DMSG dafür ein, dass sogenannte „unsichtbare Symptome“ stärker bei der Ermittlung des Grades der Behinderung zu berücksichtigen sind. Außerdem fordert die DMSG die Übernahme der Fahrkosten ohne Vorliegen von Merkzeichen oder Pflegegrad bei hochfrequenten Therapien.

Gerade auch für Menschen mit MS mit Einschränkungen ist die bereits über viele Jahre etablierte multimodale MS-Komplexbehandlung auch im Rahmen der Klinikformen zwingend zu erhalten.

Arbeitsmarkt und soziale Absicherung: Chancen schaffen und Unterstützung ausbauen

Die Teilhabe am Arbeitsmarkt ist für viele Menschen mit MS eine große Herausforderung. Häufiger als im Durchschnitt der Allgemeinbevölkerung zwingt die Krankheit MS-Erkrankte dazu, in Teilzeit zu arbeiten oder früher aus dem Erwerbsleben auszuscheiden, was mit erheblichen finanziellen Einbußen und einem höheren Armutsrisiko insbesondere im Alter einhergeht.

dmsg
Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft Bundesverband e.V.

Stimmen zu den Forderungen der DMSG zur Bundestagswahl 2025

I. Die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Multipler Sklerose stärken durch flächendeckende, qualitativ hochwertige und Leitlinien gestützte Versorgung für Menschen mit MS und den Aktionsplan Barrierefreies Gesundheitssystem zügig fortführen



Es ist zwingende Voraussetzung, dass jeder Erkrankte einen barrierefreien Zugang zu allen medizinischen Versorgungen hat.

Ute Quante,
DMSG Niedersachsen,
Bundesbeirat MS-Erkrankter

dmsg
Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft Bundesverband e.V.

Stimmen zu den Forderungen der DMSG zur Bundestagswahl 2025

IV. Die Rolle der „MS-Schwester“ in der Versorgung anerkennen und stärken

Die Wartezeiten für einen Termin beim Neurologen sind häufig sehr lang. MS-Schwester entlasten die Neurologen und bieten uns eine umfassende Versorgung auf kurzen Wegen.

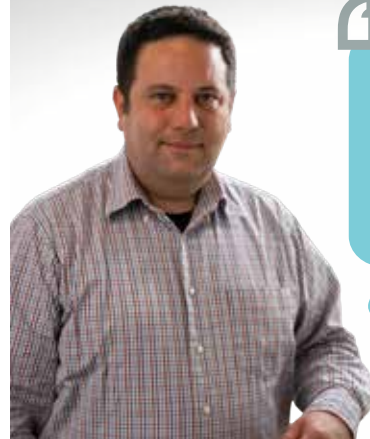


Uschi Lang,
DMSG Saarland,
Bundesbeirat MS-Erkrankter



Stimmen zu den Forderungen der DMSG zur Bundestagswahl 2025

V. Prävention auch für Menschen mit MS ermöglichen



Angebote wie Sport und Ernährungsberatung müssen auch für Menschen mit körperlichen Einschränkungen ermöglicht werden.

Ulf Blohm,
DMSG Hansestadt Bremen,
Vorstand Bundesbeirat MS-Erkrankter

Die DMSG fordert daher:

- **„das Prinzip Reha vor Rente“ konsequent umzusetzen** – Rehabilitationsmaßnahmen sollten flächendeckend zugänglich sein, um die Arbeitsfähigkeit so lange wie möglich zu erhalten,
- **den Inklusiven Arbeitsmarkt zu stärken** – Förderprogramme für die Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen müssen ausgebaut und die vorhandenen Instrumente passgenau nachgeschärft werden,
- **das Rentensystem zu reformieren** – die Erwerbsminderungsrente muss armutsfest gestaltet werden, um MS-Erkrankte besser abzusichern.

Darüber hinaus betont die DMSG die Notwendigkeit einer nachhaltigen Stärkung der gesundheitlichen Selbsthilfe. „Die Selbsthilfe bietet Menschen mit MS Orientierung und Unterstützung und ist eine unverzichtbare Ergänzung zum staatlichen Versorgungssystem“, erläutert Claudia Schilewski. Die vielfältigen Aufgaben der gesundheitlichen Selbsthilfe bedürfen daher einer stärkeren Finanzierung.

Geschlechtersensible Forschung stärken – Prävention für alle

Die DMSG fordert mehr geschlechterspezifische Forschung, um den unterschiedlichen Krankheitsverlauf bei Frauen und Männern besser zu verstehen.

Präventive Maßnahmen wie Rehasport, Funktionstraining oder Programme, die den Lebensstil positiv beeinflussen, müssen niederschwellig und unbürokratisch auf Dauer zugänglich sein.

Rechte der Patienten stärken

Patientenrechte müssen gewährleisten, dass Patienten etwaige Ansprüche prüfen und durchsetzen können. Mindestvoraussetzung ist, dass jedem Patienten immer und ohne jede Begründungspflicht ein Recht auf umfassende Akteneinsicht in die Originaldokumentation zusteht. Mit dieser Einsichtnahme dürfen auch keine Kosten verbunden sein, damit alle Patienten einen Zugang zur Dokumentation ihrer Behandlung erhalten können.

Berücksichtigung der MS im Rahmen der Feststellung des GdB nebst Folgen

Die MS-Erkrankung und damit einhergehende unterschiedliche Funktionsbeeinträchtigungen werden weder bei der Feststellung des Grades der Behinderung nebst Merkzeichen noch den daraus folgenden Auswirkungen, z. B. auf Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung nach SGB V sowie weitere Nachteilsausgleiche (u. a. Steuervergünstigungen) hinreichend berücksichtigt. Wir fordern eine unbürokratische und zeitnahe Berücksichtigung der unterschiedlichen Symptome der MS-Erkrankung, insbesondere der sogenannten unsichtbaren Symptome, im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung des Grades der Behinderung und der entsprechenden Berücksichtigung in der Anlage zur Versorgungsmedizin-Verordnung. Zudem fordern wir die Übernahme der Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen ohne das Erfordernis eines Merkzeichens oder eines Pflegegrades sowie bei hochfrequenten Immuntherapien.

Fazit:

Die DMSG ruft die politisch Verantwortlichen dazu auf, sich für ein nachhaltiges Gesundheitssystem einzusetzen, das chronisch kranken Menschen bestmögliche Behandlung sichert.

„Nur gemeinsam können wir die Lebensqualität von Menschen mit MS nachhaltig verbessern und Barrieren abbauen“, resümiert die DMSG-Vorsitzende Judith Haas.



<https://www.dmsg.de/news/detailansicht/fuer-ein-nachhaltiges-und-effizientes-gesundheits-und-sozialsystem-die-dmsg-stellt-ihre-forderungen-zur-bundestagswahl-2025-vor>



Stimmen zu den Forderungen der DMSG zur Bundestagswahl 2025

VIII. Zuzahlungen und die Belastungsgrenze in der GKV abschaffen und die Beantragung und Gewährung von Heil- und Hilfsmitteln erleichtern und entbürokratisieren

Ein kostenfreier Zugang zu Heil- und Hilfsmitteln reduziert die Aufwendungen für Menschen mit chronischen Erkrankungen erheblich. Menschen mit einer chronischen Krankheit sind ja bereits sehr durch das Krankheitsgeschehen belastet.



Dietmar Schneider,
DMSG Thüringen,
Bundesbeirat MS-Erkrankter



Stimmen zu den Forderungen der DMSG zur Bundestagswahl 2025

VII. Das Prinzip Reha vor Rente umsetzen und inklusiven Arbeitsmarkt unterstützen – die Gesetzliche Rentenversicherung anpassen

Die oftmals viel zu frühe Berentung stellt Menschen mit MS finanziell und sozial oftmals an den Rand der Gesellschaft. Frühzeitige und regelmäßig Reha-Maßnahmen können dieses verhindern.

Markus van de Loo,
DMSG Hamburg
Vorstand Bundesbeirat MS-Erkrankter



Stimmen zu den Forderungen der DMSG zur Bundestagswahl 2025

IX. Die pflegerische Versorgung von Menschen mit MS und die Situation pflegender Angehöriger verbessern

Die Leistungen für Kurzzeitpflege reichen im Moment für sieben Tage, da die Tagessätze in den Heimen im Moment über 200 Euro betragen. Die notwendige Entlastung pflegender Angehöriger ist damit nicht wie gedacht möglich.



Claudia Schilewski,
DMSG Bayern,
Vorsitzende Bundesbeirat MS-Erkrankter

Aktuelle Neuerungen der MS-Leitlinie

Bewertung aus Sicht der Patientenvertreterinnen Dr. Edeltraud Faßhauer und Dr. Jutta Scheiderbauer



Dr. med.
Edeltraud Faßhauer,
Deutsche Multiple
Sklerose Gesellschaft
(DMSG) Bundesverband
e. V., Bild: DMSG-
Bundesverband

Die derzeit gültige Leitlinie „Diagnose und Therapie der Multiplen Sklerose, Neuromyelitis-optica-Spektrum-Erkrankungen und MOG-IgG-assoziierten Erkrankungen“¹, kurz MS-Leitlinie, ist im Jahr 2021 nach umfangreichen Umstrukturierungen veröffentlicht worden, und wird seitdem jährlich aktualisiert. Als Patientenvertreterinnen gehören wir seit 2017 zur Leitlinienkommission und sind den anderen Leitlinienautoren gleichgestellt. Wir beteiligen uns rege sowohl an Diskussionen zu Leitlinienstruktur und -inhalten als auch an Textformulierungen sowie selbstverständlich an allen Abstimmungen zu Leitlinienempfehlungen.

Mit der jetzt veröffentlichten, dritten Aktualisierung wurde die Leitlinie neu gegliedert. Die Kapitel A bis H befassen sich mit Diagnose und Differenzialdiagnose (A), Schubtherapie (B), Lebensstil-Management (C), Immuntherapie der Multiplen Sklerose (D), Therapie der Symptome (E), NMOSD (F), MOGAD (G) und der Patientenzentrierten Kommunikation (H). Die Beschreibungen der einzelnen Immuntherapeutika zusammen mit dem Anhang Begriffsdefinitionen zu klinischen Studien wurden in den Appendix verschoben. Im Kapitel A zur Diagnose der MS wurde die geplante Weiterentwicklung der McDonald-Diagnosekriterien beschrieben, die auch Einfluss auf die Diagnose des Radiologisch Isolierten Syndroms (RIS, =Zufallsbefund in der MRT ohne MS-Symptome) haben könnte. Kapitel E zur Therapie der Symptome wurde grundlegend überarbeitet

und erweitert. Dieses Kapitel ist für Neurologen wichtig als Argumentation für eine Kostenübernahme von symptomatisch wirksamen Therapien durch die Krankenkassen, kann aber auch für MS-Erkrankte eine gute Möglichkeit sein, sich über Therapieprinzipien und -optionen zu informieren. Zellbasierte Therapien wie die Stammzelltherapie und die CAR-T-Zelltherapie wurden in Kapitel D Immuntherapie aufgenommen, deren Wirkmechanismen und die Datenlage erklärt. Während es zur Stammzelltherapie schon Studiendaten für den Einsatz bei MS gibt, liegen diese für die CAR-T-Zelltherapie nicht vor, so dass die Leitlinie keine Empfehlung für die CAR-T-Zelltherapie bei MS gibt.

Aus Betroffenen Sicht sind zwei neue Leitlinienkapitel besonders hervorzuheben, Kapitel C zum Lebensstilmanagement bei MS und Kapitel H zur Patientenzentrierten Kommunikation. Das Kapitel zum Lebensstil-Management soll der zunehmenden Bedeutung von Lebensstilfaktoren, die MS-Erkrankte selbst kontrollieren können, Rechnung tragen. Es gliedert sich in sechs Abschnitte über Körperliche Aktivität, Ernährung und Gewicht, Vitamin D, Osteoporose, Mentale Gesundheit und Stress sowie Genussgifte: Rauchen und Alkohol. Eine der für Menschen mit MS wichtigsten Fragen schon kurz nach der Diagnose, neben dem Informationsbedarf über Krankheitscharakteristika und Standardtherapie der MS, ist „Was kann ich selbst für mich tun?“. Leider mussten Menschen mit MS sich bisher die Antworten darauf selbst zusammensuchen und stießen da-

bei teils auf dubiose Quellen. Wir halten es für einen großen Mehrwert für Menschen mit MS und ihre behandelnden Ärzte, wenn die MS-Leitlinie wissenschaftlich begründbare Empfehlungen zum Lebensstil zur Verfügung stellt.

Das Kapitel H zur Patientenzentrierten Kommunikation ist das einzige Kapitel, das wir als Vertreter der Betroffenen selbst initiiert haben. Es bezieht sich auf einen ebenfalls großen Bedarf, nämlich den nach einer guten Kommunikation und Aufklärung. Die Bedeutung der Patientenzentrierten Kommunikation für die Krankheitsverarbeitung von Menschen mit MS ist ein Forschungstiefkind. Es gibt jedoch Daten, wie gute Kommunikation aussehen sollte, welche Art der Aufklärung von Menschen mit MS bevorzugt wird, und dass schlechte Kommunikation MS-Erkrankten schaden kann. Auch der Bundesbeirat MS-Erkrankter widmete sich schon dem Thema Kommunikation mit Schwerpunkt Diagnoseübermittlung. Wir wollen durch das Leitlinienkapitel einen Beitrag für eine verbesserte Arzt-Patienten-Kommunikation leisten. Wir haben in der Autorengruppe sechs Empfehlungen konsentiert, wie eine gute patientenzentrierte Kommunikation bei MS erreicht werden könnte:

Empfehlung H1:

Aufklärende Ärzte sollten Fortbildungsangebote, z.B. der Landesärztekammern, zur patientenzentrierten Kommunikation nutzen.

Empfehlung H2:

Bei der Diagnoseübermittlung sollen angemessene Rahmenbedingungen (...) eingehalten werden.

Empfehlung H3:

Im ärztlichen Gespräch sollen die individuellen Präferenzen, Bedürfnisse, Sorgen und Ängste der Betroffenen erhoben und berücksichtigt werden. (...)

Empfehlung H4:

Im Regelfall sollen medizinische Entscheidungen (...) gemeinsam mit Personen mit Multipler Sklerose nach den Prinzipien der partizipativen Entscheidungsfindung (...) getroffen werden. Die informierte und selbstbestimmte Entscheidung von Personen mit MS für oder gegen empfohlene medizinische Maßnahmen soll respektiert werden.

Empfehlung H5:

Personen mit Multiple Sklerose sollen über alle für sie relevanten Therapieoptionen, deren Erfolgsaussichten und deren mögliche Auswirkungen informiert werden. Sie sollen über Risiken der Immuntherapie und über die Folgen eines Therapieverzichts aufgeklärt werden. (...)

Empfehlung H6:

Qualifizierte, sachdienliche und neutrale Informationsmaterialien sollen Menschen mit MS zur Verfügung gestellt werden.

Auch wenn vieles erreicht werden konnte, sehen wir noch weiteren Optimierungsbedarf. Z.B. bedauern wir außerordentlich, dass es aus Kapazitätsgründen noch nicht zu einer Neuauflage des Kapitels MS im Kindes-/Jugendalter gekommen ist. Wir würden uns auch einen Abschnitt über den Zusammenhang zwischen „aktiver“ und „aggressiver“ MS wünschen, da die MS-Diagnosen zunehmend aufgrund von MRT-Läsionen gestellt und Therapieentscheidungen oft mit alleiniger MRT-Aktivität begründet werden, und nicht mit einem aggressiven klinischen Verlauf. Uns brennt auch die Frage nach potenziellen Spätfolgen der oft jahrzehntelangen Immuntherapien mit unterschiedlichen, aufeinander folgenden Medikamenten unter den Nägeln. Es gibt also noch viel zu tun.



Prof. Dr. Achim Berthele,
Oberarzt der Klinik und
Stellvertreter des Klinik-
direktors der Neuro-
logischen Klinik der
Technischen Universität
München.
Bild: Privat

Kommentar von Prof. Dr. Achim Berthele, Mitautor und Leitliniensekretär:

„Die Erstellung von krankheitsspezifischen Leitlinien ist immer ein gemeinschaftliches Werk unter Beteiligung aller, die diese Erkrankung betrifft – mittelbar und unmittelbar. Wir brauchen die Sicht der Therapeuten, aber eben auch unbedingt die Expertise von Erkrankten. Konkret heißt es im Regelwerk der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) dazu: „Die Berücksichtigung der Ansichten und Präferenzen der Betroffenen sollte, wann immer möglich, durch direkte Beteiligung erfolgen“[1].

Wir sind daher mehr als froh, dass in der „MS-Leitlinie“ Betroffene so sichtbar und kompetent vertreten sind und bedanken uns bei Frau Faßhauer und Frau Scheiderbauer für Ihre unermüdliche und starke Stimme. Diese hat auch die diesjährige Aktualisierung der Leitlinie entscheidend mitgeprägt. Und gut, dass auch noch weitere Wünsche an die Inhalte der Leitlinie offen sind, zeigt dies doch, dass unsere Living-Leitlinie wirklich lebendig ist und auf die Entwicklungen in der Diagnose und Behandlung der Multiplen Sklerose rasch reagieren kann.“

[1] Quelle: <https://www.awmf.org/regelwerk/zusammensetzung-der-leitliniengruppe-beteiligung-von-interessengruppen>

¹ <https://dgn.org/leitlinie/diagnose-und-therapie-der-multiplen-sklerose-neuromyelitis-optica-spektrum-erkrankungen-und-mog-igg-assoziierten-erkrankungen>

Stellungnahme des Ärztlichen Beirates der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft, Bundesverband e.V. (DMSG-BV) und des Krankheitsbezogenen Kompetenznetzes Multiple Sklerose (KKNMS)

AG Sicherheitsaspekte neuer Therapien

Informationen für MS-Erkrankte zum Thema: „Wechsel der anti-CD-20 Antikörper-Therapien untereinander – horizontaler Therapiewechsel“

Mittlerweile stehen für die Therapie der Multiplen Sklerose (MS) eine Reihe gegen CD-20 gerichtete B-Zell depletierende Antikörper zur Verfügung. Einige der Substanzen werden intravenös verabreicht (Ocrelizumab i.v. [Ocrevus®], Rituximab [off label, z.B. MabThera®, Rixathon®, Truxima®], Ublituximab [Briumvi®]), andere werden subkutan verabreicht (Ocrelizumab s.c. [Ocrevus®], Ofatumumab [Kesimpta®]).

Gelegentlich stellt sich eine Indikation für einen sogenannten horizontalen Therapiewechsel, das heißt die Umstellung von einem B-Zell depletierenden Medikament auf ein anderes, insbesondere aus Applikationsgründen. In diesem Kontext wird gelegentlich statt einer erneuten Eindosierung des neuen B-Zell depletierenden Medikamentes (mit in der Regel anfangs häufigerer Applikation) sofort die Erhaltungsdosis verabreicht. Aus der Perspektive der MS-Therapie und B-Zell-Depletion ist dieses Vorgehen medizinisch nachvollziehbar und sinnvoll, insbesondere bei bereits länger bestehender Therapie. Aus Sicht der Patienten ist dies vielfach ebenfalls gewünscht, um eine häufigere Applikation in der Eindosierungsphase umgehen zu können.

Nichtsdestotrotz soll an dieser Stelle noch einmal darauf hingewiesen werden, dass sich die jeweiligen Antikörper in ihrer Struktur sowie auch dem Glykosylierungsmuster geringfügig voneinander unterscheiden und das insofern bei Applikation eines anderen B-Zell depletierenden Medikamentes prinzipiell die Möglichkeit einer allergischen oder auch Infusionsreaktion gegeben ist, auch wenn das vorherige Präparat gut vertragen wurde. Für eine sichere Begleitung der Erstgabe des neuen Medikaments in der Erhaltungsdosis wird eine mindestens 1-stündige Überwachung des MS-Erkrankten und ggfs. der Einsatz begleitender Medikamente (Antihistaminikum, Prednisolon und evtl. Paracetamol) empfohlen.

Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass ein Auslassen der Eindosierungsphase einer off Label-Nutzung entspricht, ist es wichtig, dass die Erkrankten umfassend über diesen Sachverhalt aufzuklären sind und deren Einverständnis für dieses Vorgehen einzuholen

ist. Zusätzlich ist zu erwähnen, dass keine direkt vergleichenden Studien oder indirekte Vergleiche zur Wirksamkeit und Sicherheit der CD-20 gerichteten B-Zell depletierenden Antikörper in der Indikation MS vorliegen.

Autoren der AG Sicherheitsaspekte neuer Therapien des Ärztlichen Beirats der DMSG, Bundesverband e.V.

- Prof. Dr. med. Luisa Klotz (Federführung)
Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Münster
- Prof. Dr. med. Antonios Bayas
Klinik für Neurologie und klin. Neurophysiologie, Universitätsklinikum Augsburg
- Prof. Dr. med. Fedor Heidenreich
Neurologische Ambulanz, International Neuroscience Institute Hannover GmbH
- Prof. Dr. med. Kerstin Hellwig
Neurologische Klinik der Ruhr-Universität Bochum am St. Josefs-Hospital /
Neurologische Gemeinschaftspraxis Giehl Hellwig, Castrop-Rauxel
- Prof. Dr. med. Ingo Kleiter,
Behandlungszentrum Kempfenhausen für MS-Kranke, Berg
- Prof. Dr. med. Tania Kümpfel
Institut für Klinische Neuroimmunologie, LMU Klinikum München
- Prof. Dr. med. Clemens Warnke
Zentrums für Angewandte Neuroimmunologie Marburg (ANIMA),
Universitätsklinikum Gießen und Marburg

Hannover, den 25. Januar 2025

Deutsche Multiple Sklerose
Gesellschaft
Bundesverband e.V.
Krausenstr. 50
30171 Hannover
Tel.: 0511 / 9 68 34 0
Fax: 0511 / 9 68 34 50

E-Mail-Adresse: dmsg@dmsg.de
Internet: www.dmsg.de

Krankheitsbezogenes
Kompetenznetz Multiple Sklerose
Geschäftsstelle: KKNMS e. V.
ICB, Mendelstr.7
48149 Münster

E-Mail-Adresse: info@kkn-ms.de
Internet: www.kompetenznetz-multiplesklerose.de

Mit weniger Scham zu mehr Lebensqualität

Erste Erkenntnisse des Patienten- und Angehörigenbeirats des Innovationsfondsprojektes MS-Vita – weitere Angehörige für die Fokusgruppen dringend gesucht

Ziel der Versorgungsforschungsstudie MS-Vita ist es, die Hilfsmittelversorgung von Menschen mit Multipler Sklerose mit Blasen- oder Darminkontinenz wesentlich zu verbessern. Aus den Erfahrungen von Betroffenen und ihren Angehörigen werden dann Empfehlungen für alle an der Hilfsmittelversorgung Beteiligten gewonnen. Hierbei wird immer wieder überprüft, ob tatsächlich alle Gesichtspunkte berücksichtigt wurden, um eine von der Symptomatik möglichst unbelastete Lebensgestaltung und Teilhabe zu ermöglichen. Wesentliche Elemente dieser im Projekt genutzten partizipativen Forschungsmethode sind der Angehörigen- und Patientenbeirat sowie die Fokusgruppen, bestehend aus Menschen mit MS und deren Angehörigen. Der Angehörigen- und Patientenbeirat hat eine Steuerungsfunktion. In den zu bildenden Fokusgruppen geht es darum, ein möglichst umfassendes Bild der gegenwärtigen Versorgungssituation und aller Bedarfe zu erhalten. Für diese einmalig tagende Fokusgruppe werden vor allem noch Angehörige dringend gesucht.

Das erste Treffen des Patienten- und Angehörigenbeirates ließ bereits einen tiefen Einblick in die grundsätzliche Bedeutung des Forschungsprojektes einerseits und andererseits für die Frage des Hilfsmittelzugangs zu. Bei diesem Treffen brachten alle Mitglieder einhellig zum Ausdruck, wie froh sie über den hier angewendeten und aus der Sozialwissenschaft stammenden partizipativen Ansatz sind. Simone Sengstock, Mitglied des Angehörigen- und Patientenbeirates von MS-Vita sagt dazu: „Vor allem in diesem Bereich wissen wir Patienten mehr als alle anderen und ich bin sehr froh, dass dem bei diesem sensiblen Thema Rechnung getragen wird und daraus auch Schlussfolgerungen gezogen werden“. In diesem Zusammenhang berichtet sie auch davon, wie oft bereits die räumlichen und personellen Rahmenbedingungen eines Gespräches über die Symptomatik dazu beitragen, die entsprechende Antwort nicht oder nicht vollständig zu erhalten. Die zentrale Frage: „Haben Sie auch Blasen- oder Harninkontinenzprobleme“ werde dann in solch ungeschützten Situationen schamhaft und unrichtigerweise schnell vermeint, „nur um das Thema schnell vom Tisch

zu haben“. „Mit gravierenden Folgen für Symptomatik und Teilhabe“, wie die 38-Jährige noch hinzufügt. Es entspricht auch ihrer ganz persönlichen Erfahrung, dass die Frage nach Darm- und Blasenfunktionsstörungen noch immer ganz erheblich zu spät gestellt wird. Diese Erfahrung wird von den Mitgliedern ihres Betroffenenstammtisches geteilt, und so schlussfolgert sie: „Die Scham verhindert, dass das Symptom rechtzeitig behandelt und über Hilfsmittel nachgedacht werden kann – was nicht bekannt ist, wird nicht behandelt und nicht genutzt.“ Ein anderes Mitglied des Beirates bestätigt diesen Eindruck und ergänzt: „Ein großes Problem ist auch, dass besonders junge Betroffene gar nicht nach dem Symptom gefragt werden. Wenn jüngere Männer dann auf die Symptome und die damit verbundenen sexuellen Probleme zu sprechen kommen, und hierfür nach einem entsprechendem Medikament fragen, hören sie dann meist: „Das hat jetzt aber nichts mit der MS zu tun.“ Vor allem für junge Männer schaffe dies eine sehr schwierige und leidvolle Situation.

Zwei Mitglieder des Patienten- und Angehörigenbeirates zeigen sich auch vor allem erfreut darüber an einem Forschungsprozess beteiligt zu sein, bei dem das eigene, ganz individuelle Erleben von Erkrankten und Angehörigen im Zentrum steht und regen an, dies auch mit Blick auf andere Symptome der MS so zu tun. Besonders hier aber gelte: Das Ende der Scham trägt dazu bei, dass Therapien nicht mehr verzögert werden, und öffnet Türen zu mehr Lebensqualität. Gefragt, was sie motiviert, sich hier zu engagieren, sagt Simone Sengstock spontan: „Wenn es am Ende der Studie nur drei MS-Erkrankte mehr gibt, die sagen: Ich habe meine Inkontinenzprobleme einfach von mir aus angesprochen, dann hat sich die Mitarbeit schon gelohnt.“

Ihre Sicht als Angehöriger wird noch dringend benötigt. Die Fokusgruppen tagen überwiegend digital, ein Treffen dauert 120 Minuten.

Bei Interesse melden Sie sich gerne bei Gabriele Bonnacker-Prinz. E-Mail: Bonnacker-prinz@dmsg.de, 0511 / 96834 23

Die Teilnahmeunterlagen mit allen Angaben für interessierte Angehörige finden Sie auch direkt hier:



MS-Vita ist ein Konsortialprojekt unter der Fördernummer 01VSF23024.



Nachruf

Mit großer Betroffenheit und viel zu früh müssen wir Abschied nehmen von

Barbara Vißer

geboren am 15.11.1964, gestorben am 30.12.2024



Als Vereinsmitglied der AMSEL, Landesverband der DMSG in Baden-Württemberg war sie fast 25 Jahre lang ehrenamtlich aktiv und hat im Vorstand und als Leiterin der Jungen Initiative nachhaltig positive Spuren hinterlassen. Im Bundesbeirat MS-Erkrankter (BBMSE) der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft setzte sie sich über Ländergrenzen hinweg für die Anliegen von Menschen mit MS ein. Mit ihrer positiven Art, ihrem unermüdlichen Optimismus gewann sie die Sympathien und schenkte vielen MS-Erkrankten neuen Lebensmut. Ihre beeindruckende Arbeit hat Türen geöffnet und Wege aufgezeigt, die das Leben mit MS erleichtern.

Mit Barbara Vißer verliert die DMSG eine Persönlichkeit, die besonders im Bundesbeirat MS-Erkrankter unvergessen bleiben wird, würdigt Beiratsmitglied Uschi Lang im Namen des BBMSE, dem die Vorsitzenden der entsprechenden Gremien der Landesverbände angehören:

„Barbara Vißer hat sich über Jahre als Vertreterin der AMSEL im BBMSE mit viel Herzblut und sozialpolitischem Wissen engagiert. So hatten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer bei Präsenzsitzungen die Gelegenheit sie persönlich kennen- und schätzen zu lernen.

Trotz vieler Steine, die das Schicksal ihr auch familiär in den Weg gelegt hat, haben wir sie immer freundlich, zugewandt und mit ganzem Herzen bei der Sache erlebt. Obwohl sie mit vielen Einschränkungen durch die Multiple Sklerose zu kämpfen hatte, war Barbara zuversichtlich und hat mit ihrer hartnäckigen Hoffnung auf Besserung auch anderen MS-Erkrankten ein gutes Beispiel gegeben mit den oft schweren Beeinträchtigungen durch die MS umzugehen.

Wenn man an Barbara denkt, sieht man in Erinnerung immer eine aparte, gepflegte Frau mit großer sozialer Kompetenz, die immer auf menschliche Zuwendung für andere bedacht war. Wir werden uns sicher noch oft an sie mit guten Gedanken erinnern.“

Auch Vorstand, Geschäftsführung und Mitarbeitende des DMSG-Bundesverbandes werden Barbara Vißer in bester Erinnerung halten. Unsere Anteilnahme gilt ihrem Lebensgefährten und ihren Angehörigen.

Mit dem Jahreswechsel haben sich große Veränderungen im Referat Bildung & Services angekündigt. Das soziale Netzwerk MS Connect 2.0 ist am 8. Januar 2025 an den Start gegangen und das Onboarding der Nutzerinnen und Nutzer aus dem bisherigen MS Connect hatte begonnen. Viele sind uns auf MS Connect 2.0 gefolgt und mittlerweile können auch Neu-Interessierte Mitglied bei MS Connect 2.0 werden. Auch bei den DMSG-Coaches steht ein Plattformwechsel bevor, damit einhergehend der Neustart des optimierten Bewegungs-Coaches und der Start des brandneuen Ernährungs-Coaches. Sie fragen sich, wer die Personen hinter der DMSG-AKADEMIE, MS Connect, den DMSG-Coaches oder dem DMSG-Funktionstraining sind? In den folgenden Ausgaben der aktiv! stellen wir Ihnen das Team aus dem Referat Bildung & Services näher vor und beginnen mit unserer MS-PAT-Koordinatorin Caroline Mehr. Viel Freude beim Lesen!

Ihr Team der DMSG-AKADEMIE

akademie | dmsg



MS-PAT: Die MS-spezifische Patientenschulung MS-PAT feiert ihr einjähriges Bestehen

Im Januar 2024 startete die DMSG-AKADEMIE dank der Projektförderung der Gemeinnützigen Hertie-Stiftung mit ihrer umfangreichen Patientenschulung „MS-PAT“ im Blended-Learning-Konzept. In acht aufeinanderfolgenden Modulen, die sowohl Live-Online als auch im Online-Selbststudium stattfinden, lernen die Teilnehmenden sowohl ihre Erkrankung als auch die vielfältigen Behandlungsmöglichkeiten kennen. Besonderen Wert wird daraufgelegt, was Menschen mit MS selbst tun können, um den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen.

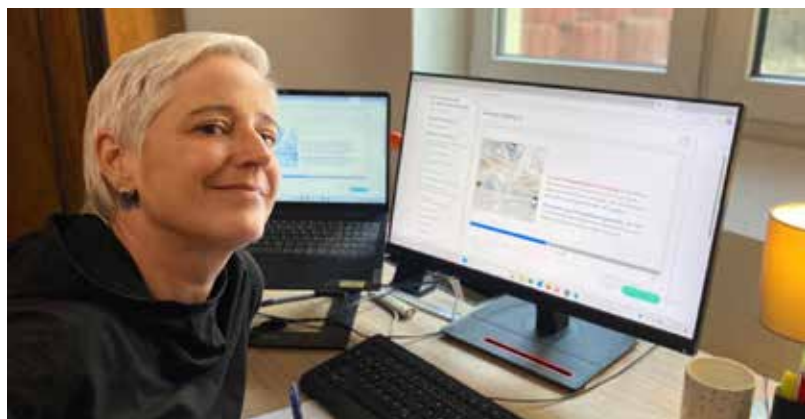
Die Fortbildungsreihe findet derzeit bereits zum vierten Mal statt und alle weiteren Schulungen in 2025 sind aufgrund des hohen In-

teresses ausgebucht. Eine Aufnahme in die Warteliste ist jederzeit möglich. Melden Sie sich beim AKADEMIE-Team per E-Mail an akademie@dmsg.de

Für diesen Erfolg von MS-PAT ist insbesondere unsere MS-PAT-Koordinatorin und DMSG-AKADEMIE-Mitarbeiterin Caroline Mehr verantwortlich. Im Folgenden möchten wir Caroline Mehr aus dem Team der DMSG-AKADEMIE Ihnen näher vorstellen:

Die studierte Physiotherapeutin ergänzt das Team der DMSG-AKADEMIE seit November 2023. Sie kennt die Erkrankung aufgrund ihres Berufs, aber auch aus persönlicher Erfahrung. Seit über 25 Jahren ist Caroline Mehr selbst an MS erkrankt und seit vielen Jahren ehrenamtlich in der DMSG engagiert. Sie weiß nicht nur aus persönlicher Erfahrung, sondern auch aufgrund der vielen Gespräche, die sie als Peer-Beraterin in der DMSG geführt hat, wo der Schuh besonders häufig drückt. Mit ihrer beruflichen und persönlichen Erfahrung, gepaart mit fundiertem Wissen und evidenzbasierten Informationen, hat sie zusammen mit Dr. Stephanie Woschek eine umfangreiche, zielgruppenadäquate Patientenschulung konzipiert, die in den Live-Online-Veranstaltungen von namhaften Expertinnen und Experten unterstützt wird. Es ist ihr ein besonderes Anliegen anderen Menschen mit MS durch Wissen und Motivation zu ermöglichen, ihr Leben mit einer chronischen Erkrankung aktiv in die Hand zu nehmen.

Bild: Caroline Mehr



Neuigkeiten zu den DMSG-Coaches

Unsere E-Learning-Plattform der DMSG-Coaches bietet mittlerweile ein stetig wachsendes Angebot im E-Learning-Bereich. Alle Kurse, die die DMSG-AKADEMIE anbietet und die im Blended-Learning-Konzept durchgeführt werden, sind mit digitalen Lernanteilen auf der Coaches-Plattform vertreten. Darüber hinaus arbeiten wir im Hintergrund bereits an neuen digitalen Kursprogrammen, die in Kürze online gehen: dem optimierten Bewegungs-Coach und dem brandneuen Ernährungs-Coach (beide freundlicherweise von der kkh – der Kaufmännischen Krankenkasse – gefördert).

Relaunch des Bewegungs-Coach

Im vergangen Jahr haben wir zur Eva-Coach-Studie aufgerufen. In dieser Umsetzungsstudie wurde der Einfluss des digitalen Bewegungs-Coaches auf den motorischen Bewegungstatus, die Bewegungsmotivation, die Fatigue und die Lebensqualität bei Menschen mit MS untersucht. Es wurden quantitative und qualitative Erhebungen zur Einschätzung und Weiterentwicklung bzw. Adaptierung des digitalen Bewegungs-Coaches verwendet.

Der Bewegungs-Coach ist einer der ersten und bis heute beliebtesten Kurse bei den DMSG-Coaches. Hier wechseln sich theoretische Grundlagen, vermittelt in gesprochenen Beiträgen über Wirkungszusammenhänge und Kompetenzen zur praktischen Umsetzung, ab mit praktischen Übungsvideos, angeleitet durch unsere zertifizierten DMSG-Trainerinnen und DMSG-Trainer. Die Kritik der qualitativen Analysen aus unserer Umsetzungsstudie Eva-Coach hat zur Weiterentwicklung des Bewegungs-Coaches geführt und wir möchten allen Teilnehmenden von Eva-Coach für ihr konstruktives und hilfreiches Feedback danken.

Was ist neu?

Im Gegensatz zu den Videos bestanden die theoretischen Vorträge im Bewegungs-Coach aus reinen Tonspuren und erforderten in Ermangelung von „Augenfutter“ ein hohes Maß

an Aufmerksamkeit bei den Zuhörenden. Das haben wir nun geändert und die theoretischen Inhalte mit Text und Bild angereichert. Abgesehen von der gesteigerten Attraktivität, kann man nun das Gehörte gleichzeitig sehen, dadurch besser verstehen und sich besser merken. Wir hoffen, der aufgefrischte Bewegungs-Coach findet Gefallen und freuen uns auf zahlreiches Feedback!

Impulsvortrag zum Thema

Warum eigentlich Sport betreiben?

von Dr. phil. Stephanie Woschek

Mit dem Angebot des Bewegungs-Coaches möchten wir das Augenmerk mehr auf die Prävention lenken. Gerade Menschen, die von einer chronischen Erkrankung betroffen sind, die zeitweise zu Immobilisierungen führt, müssen frühzeitig mit der Vorbeugung vor Begleiterkrankungen wie Diabetes Mellitus II, Osteoporose oder Arteriosklerose beginnen. Ein barrierearmer Zugang zu Bewegungskursen mit einer digitalen Umsetzung im Bereich der Prävention stellt für uns eine bedeutsame Möglichkeit für die Gesundheitsförderung sowohl für Menschen mit als auch für Menschen ohne chronische Erkrankung dar.

Bild: Das Trainerteam des Bewegungscoachs v.l.n.r. Marvin Becker, Stephanie Woschek und Christina Lutz



Neue E-Learning-Plattform für die DMSG-Coaches

Um das E-Learning und die zugehörige Plattform besser nutzen zu können, haben wir uns entschieden, einen neuen Anbieter für unsere digitalen Lerninhalte zu beauftragen. Alle, die ein Benutzerkonto bei DMSG-Coaches haben, werden in Kürze eine E-Mail mit weiteren Informationen dazu erhalten. Mit dem Wechsel der E-Learning-Plattform gehen keine Inhalte verloren. Alle erhalten ein Konto auf der neuen Plattform und den Zugang zu den Kursangeboten, wie gehabt. Nicht nur der neue Bewegungs-Coach, auch der Ernährungs-Coach wird derzeit auf der neuen Plattform programmiert und wir freuen uns schon darauf, wenn es losgehen kann. Bei Fragen rund um die DMSG-Coaches besuchen Sie entweder unsere Coaches-Website <https://dmsg-coach.de> oder schreiben eine E-Mail an dmsg-coach@dmsg.de.

nachtliche Stimmung eingesetzt, denn das Warm-Up wurde von einer Wintergeschichte begleitet. Die Übungen führten durch den Weg zum Tannenbaum hacken und wieder zurück bevor unter Anleitung von Stephanie Woschek Tabata-Übungen gefolgt von Mobilisation und Atmung durchgeführt wurden.

Viele der Teilnehmenden hatten sich festlich vorbereitet: mit Heißgetränk und adventlicher Knabberei und außerdem weihnachtlich kostümiert bzw. in Rot gekleidet. Zusammen mit den 40 Teilnehmenden wurden Lieder geraten, die auf dem Klavier und der Flöte vorgespielt wurden und zusammen zum Abschluss ein besinnliches „Oh du Fröhliche“ angestimmt. Eine Besonderheit dieser Weihnachtsfeier war die Verlosung von THE MAY50K-T-Shirts unter den Teilnehmenden – die Gewinner freuten sich über das Präsent und das Team Funktionstraining konnte sich mit Eifer und Vorfreude auf THE MAY50K 2025 einstimmen. In gemütlicher Runde konnten wir ein erfolgreiches Funktionstrainings-Jahr 2024 interaktiv ausklingen lassen. Vielen Dank an alle Teilnehmenden und unseren kleinen großen Pianisten 🎹.

Für 2025 möchten wir die Weihnachtsfeier öffnen und alle AKADEMIE-Teilnehmenden sowie die Funktionstrainingsteilnehmenden einladen, um gemeinsam das Jahr der DMSG-AKADEMIE Revue passieren und in vorweihnachtlicher Stimmung ausklingen zu lassen. Die Einladung folgt in der *aktiv!* 3/2025.



Bild links:
Stephanie Woschek
mit dem kleinen großen
Pianisten Lukas

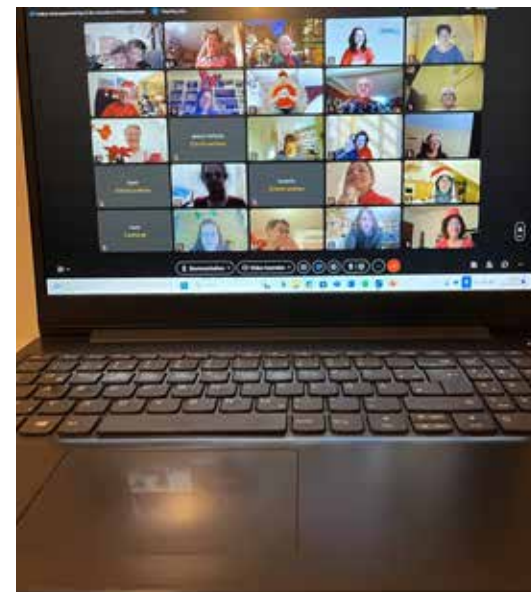


Bild rechts: Die
Funktionstrainings-
Community bei
ihrer interaktiven
Weihnachtsfeier 2024

funktionstraining | dmsg

DMSG-Funktionstraining meets #THEMAY50K

Die große Fundraising- und Bewegungs-Kampagne geht in ihre dritte Runde und die Community im DMSG-Funktionstraining ist wieder dabei! Nach zwei erfolgreichen Jahren möchten wir auch 2025 unseren internen Wettbewerb durchführen und rufen ab sofort alle Trainer, alle Funktionstrainingsanbieter sowie alle Teilnehmenden der Funktionstrainingsgruppen in Präsenz und Online dazu auf, sich auf der THE MAY50K-Homepage als Team anzumelden. Ab dem 1. Mai 2025 startet unser Wettbewerb *DMSG-Funktionstraining meets #THEMAY50K* und es dürfen wieder Unmengen an Kilometer gerollt, geradelt, gelaufen, geschwommen etc. und Tausende von Euros gesammelt werden. Das große Highlight, das gemeinsame Online-Training am 30. Mai 2025 darf natürlich auch in diesem Jahr nicht fehlen. Alles Wichtige zu *DMSG-Funktionstraining meets #THEMAY50K* finden Sie hier auf einen Blick:

- Anmeldungen unter www.themay50k.de sind ab sofort möglich. Meldet euch alle als Teilnehmende an und bildet eure Teams!
- Startschuss: Am 1. Mai 2025 werden alle bis dahin zurückgelegten Kilometer auf Null gesetzt und der Wettbewerb beginnt.
- Am 30. Mai 2025 wird es um 17:30 Uhr anlässlich des Welt-MS-Tages ein gemeinsames Online-Training für alle Neu-Interessierten und die gesamte Funktionstrainings-Community geben. Anmeldungen laufen über die AKADEMIE-Homepage <https://akademie.dmsg.de> unter der Rubrik Veranstaltungen.
- Mittwoch, 11. Juni, um 18 Uhr: Online-Preisverleihung, Prämierung in den Kategorien: 1) Einzelperson/Team: die meisten zurückgelegten Kilometer 2) Einzelperson/Team: die höchste gesammelte Spendensumme 3) Team: Die meisten Mitglieder in einem Team, die gemeinsam gesportelt und Spenden gesammelt haben.

DMSG-Funktionstraining: Update der GKVen zum Online-Funktionstraining

Alle gesetzlichen Krankenversicherungen (GKVen) haben kurz vor Jahresende 2024 auf Bundesebene beschlossen, dass die Sonderregelung für die acht telemedizinisch durchge-



fürten Funktionstrainingsgruppen der DMSG letztmalig bis zum 31.12.2025 verlängert wird. Die Allgemeinen Ortskrankenkassen schließen sich dieser Regelung weiterhin nicht an.

ms connect 2.0 | dmsg

Meet-the-Expert

Die Expertenchatstunde Meet-the-Expert hat ihr erstes Jahr mit Erfolg abgeschlossen. Nachdem 2024 einmal im Monat auf MS Connect die Expertenchatstunde angeboten wurde, hat sich das Interesse der Teilnehmenden von Mal zu Mal gesteigert. Das Thema „Impfung bei MS“ betreuten die Experten Prof. Uwe Zettl und Prof. Dr. Micha Löbermann im September 2024 gemeinsam und beantworteten die vielfältigen Fragen, die von den Teilnehmenden gestellt wurden. Wir bedanken uns herzlich bei unseren Experten für ihre Zeit und das geduldige Beantworten aller Fragen.

Zu „Ernährung, Mikrobiom und MS“ stellten die Teilnehmenden noch vor Beginn der Chatstunde mehr als fünfzehn Fragen in der Meet-the-Expert-Gruppe auf MS Connect, welche die Expertin Privatdozentin Dr. med. Lisa Ann Gerdes begleitete. Auch Lisa Ann Gerdes kommt großer Dank von unserer Seite für ihre Bereitschaft als Expertin zu fungieren zu, als die sie die bis jetzt fragenreichste Expertenchatstunde gemeistert hat. Wie solche Frage-Antwort-Chats bei Meet-the-Expert aussehen, können Sie anhand folgender Chat-Beispiele nachvollziehen:

Titer nach Impfung

Wie aussagekräftig ist eine Titerbestimmung und ist diese bei jeder Impfung angebracht?

Titerbestimmungen werden von der STIKO in der Regel nicht empfohlen, da sie keine Aussage über den klinischen Impferfolg ermöglichen, da andere Komponenten des Immunsystems (T-Zellen, NK-Zellen, Komplement etc.) durch Titerbestimmungen (Antikörper) nicht abgebildet werden. Ein Spezialfall kann bei der Hepatitis B Impfung vorliegen, dies muss dann am konkreten Fall entschieden werden.

Auffrischungs-Impfungen

Welche Impfungen müssen nach vielen Jahren evtl. aufgefrischt werden?
Gibt es Impfungen, die bedenklich bei MS sind?

Für Erwachsene sollte ein Schutz gegen Tetanus/Diphtherie/Pertussis alle 10 Jahre aufgefrischt werden. Bei älteren Menschen und bei Menschen mit chronischen Erkrankungen können weitere Impfungen sinnvoll sein, darunter Schutz vor Influenza, SARS-CoV2, Pneumokokken oder Gürtelrose. Am besten ist es notwendige Impfungen und eventuelle Auffrischungen mit der Hausärztin oder dem Hausarzt zu besprechen.

„Richtige“ Ernährung vs. Genuss/Umsetzbarkeit

(...) Wenn man alle Ratschläge zur antientzündlichen Ernährung akkurat befolgen will, bedeutet das aus meiner Sicht, sich vegan (ggf. + Fisch), zuckerfrei und glutenfrei zu ernähren. Ich versuche das so gut es geht umzusetzen, aber insbesondere unterwegs fällt es mir schwer und auch der Genuss bleibt manchmal auf der Strecke. Ich frage mich, welchen Effekt die Ernährung insgesamt für den Verlauf der MS hat und inwiefern Abweichungen von den Empfehlungen sich negativ auswirken bzw. wie streng man mit sich sein sollte. (...)

(...) Generell sollte man den Effekt der Ernährung auf den Verlauf der MS nicht überschätzen und sich daher nicht selbst kasteien. Viele vermeintliche Gebote und Verbote haben ihre Basis ja in theoretischen Überlegungen oder sogar aus Tiermodellen, die so nicht bei MS-Patienten gezeigt werden konnten. (...) Meines Erachtens ist Ernährung deutlich mehr als nur Nahrungsaufnahme und den Kalorienbedarf decken, sondern Genuss und gutes Essen am besten noch in guter Gesellschaft ist ein Kulturgut und sicher für die Darm-Hirn-Achse mindestens genauso wichtig. Insbesondere ist eine glutenfreie Ernährung häufig schwierig umzusetzen und wenn man nicht eine wirkliche Gluten-Unverträglichkeit (Zöliakie) hat, gibt es auch keine sicheren Daten (auch nicht die kürzlichen neueren Studien aus Mainz), dass eine glutenfreie Ernährung einen sicheren Benefit für MS-Betroffene bringen kann. Insofern denke ich 80:20 ist mal mindestens möglich :-). Bon Appetit.

akademie | dmsg

Alle weiteren Veranstaltungen, weiterführende Informationen und Projekte der DMSG-AKADEMIE finden Sie unter <https://akademie.dmsg.de>

**Weitere Veranstaltungen der DMSG-AKADEMIE:**

- MS-PAT startet am 8. Mai (bereits ausgebucht), weitere Schulungsreihe startet am 25. September
- DMSG-Funktionstraining *meets* #THE-MAY50K: Das nächste Online-Schnuppertraining Funktionstraining zum Welt-MS-Tag für alle im Stehen und am 8. Mai von 16 Uhr bis 18 Uhr Uhr
- AKADEMIE-Talk am 31. Mai mit dem Thema „Blase, Darm und Beckenboden“ von 10:30 Uhr bis 12 Uhr mit Prof. Dr. med. Thomas Henze

**Ausblick auf die nächsten Themen bei Meet-The-Expert:**

- Meet-the-Expert am 10. April von 16 Uhr bis 18 Uhr mit dem Thema: „Fragen zur Anpassung der Arbeitszeit“ mit Rechtsanwältin Marianne Moldenhauer
- Meet-the-Expert am 8. Mai von 16 Uhr bis 18 Uhr mit dem Thema: „Ernährung bei MS“ mit PD Dr. Lisa Ann Gerdes
- Meet-the-Expert am 5. Juni von 16 Uhr bis 18 Uhr mit dem Thema: „Umgang mit Hitze und Uthoff“ mit Physiotherapeutin und DMSG-Mitarbeiterin Caroline Mehr



AKADEMIE-Talk vom 13. November 2024 zum Thema Ernährung, Mikrobiom & Stress mit Dr. med. Heinz Bry.

Niedriger Impfschutz bei MS-Erkrankten

Vor allem Hausärzte äußern Bedenken in Befragung



Bild: AdobeStock/Production Perig



Prof. Dr. med.
Kerstin Hellwig vom
Universitätsklinikum
Bochum gGmbH,
Standort St. Josef
Hospital ist Mitglied
im Ärztlichen
Beirat des DMSG-
Bundesverbandes und
leitet auch das MS und
Kinderwunsch-Register
DMSKW
Bild: Ruhr-Universität
Bochum

Obwohl eine besondere Gefahr für Infektionen besteht, sind Erkrankte mit Multipler Sklerose (MS) häufig nicht entsprechend den Fachempfehlungen geimpft. Eine jetzt veröffentlichte Beobachtungsstudie des Jenaer Uniklinikums (UKJ) identifiziert die Zurückhaltung der behandelnden Hausarztpraxen als einen Grund dafür und empfiehlt die Einrichtung von MS-Impfzentren.

Impfungen gehören zu den effektivsten Maßnahmen zum Schutz vor schweren Infektionen. Besonders wichtig ist diese Vorbeugung bei Menschen mit chronischen Erkrankungen. Wenn die Grunderkrankung immunvermittelt ist und deren Behandlung das Immunsystem schwächt, gewinnt der Impfschutz noch einmal an Bedeutung. Die Behandlungsrichtlinien für chronisch-entzündliche Erkrankungen berücksichtigen dies und empfehlen, zeitlich abgestimmt mit den Behandlungszyklen und den jeweiligen Therapien, die vollständige Immunisierung auch gegen seltenere Infektionskrankheiten.

Erweiterter Impfschutz empfohlen

Eine Beobachtungsstudie des UKJ untersuchte, wie diese Empfehlungen bei Personen mit diagnostizierter MS umgesetzt werden. In sechs spezialisierten MS-Behandlungszentren in unterschiedlichen Regionen in Deutschland wurde der Impfstatus von knapp 400 MS-Erkrankten, ihr Informationsstand und ihre Einstellung gegenüber dem Impfen erfasst. Befragt wurden auch die behandelnden Hausärzte, die die Impfungen durchführen. Im Ergebnis hatten Erkrankte nur gut die Hälfte der empfohlenen Standardimpfungen. In einer altersangepassten gesunden Vergleichsgruppe lag die Impfquote sogar leicht höher. Weniger als jeder fünfte MS-Erkrankte war ausreichend gegen Gürtelrose, Grippe oder Atemwegserkrankungen geimpft. Das galt ebenfalls für MS-Erkrankte mit hochwirksamen immunsupprimierenden Medikamenten. Bezüglich ihrer Einstellung zum Impfen unterschieden sich die Gruppen nicht, nur wenige waren dem Impfen gegenüber skeptisch eingestellt.

Hausärzte haben Bedenken

Anders sah es bei den 109 an der Studie teilnehmenden Hausarztpraxen aus: 82 Prozent gaben an, dass sie wegen möglicher Nebenwirkungen oder Wechselwirkungen mit Medikamenten Bedenken haben, ihre MS-Erkrankten zu impfen. Diese Unsicherheit ist nachvollziehbar, da jede Hausarztpraxis im Schnitt nur weniger als zehn MS-Erkrankte betreut. „Wir hören sowohl von Hausärzten als auch von Patienten immer wieder Befürchtungen, dass Impfungen Schübe auslösen oder den Verlauf der MS verschlechtern könnten“, so der Studienleiter Privatdozent Dr. Florian Rakers. „Dafür gibt es keinerlei Belege. Dass Infektionen die MS allerdings negativ beeinflussen können, ist dagegen gesichert.“ Der Neurologe schlägt deshalb vor, einige MS-Behandlungszentren als spezialisierte Impfzentren zu etablieren. Das könne dazu beitragen, dass Erkrankte die leitliniengerechte Versorgung erhalten.

Quelle: <https://www.uni-jena.de/296318/impfschutz-bei-multipler-sklerose-besorgniserregend-niedrig>.

Kommentar von Prof. Dr. Kerstin Hellwig, langjähriges Mitglied des Ärztlichen Beirates:

„Wir haben in Bochum ja auch an der Jena-Studie teilgenommen, insgesamt sind hier natürlich vor allem Patienten befragt worden, die in MS-Schwerpunktzentren angebunden sind. Möglicherweise sehen die Daten auf einer populationsbasierten Datenbasis (Krankenkassendaten) noch schlechter aus. Im Projekt VAC-MAC (<https://vac-mac.de/>, VAC-MAC-Podcast) finden wir auch besorgniserregend niedrige Impfquoten bei der MS-Bevölkerung. Patienten mit Multiple Sklerose sind außerdem schlechter geimpft als Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen oder Rheuma. In quantitativen Interviews mit dem Institut für Allgemeinmedizin der Ruhr-Universität haben wir unterschiedliche Gründe gesehen, unter anderem aber auch, dass zum Teil die Erfahrung fehlt. Hausärzte haben wenige MS-Patienten und Fachärzte impfen nicht, es besteht Sorge, Schübe auslösen zu können, was jedoch unbegründet ist (hierzu gibt es einige gute Studien). In der Auswertung von Sekundärdaten der Barmer Ersatzkasse fanden wir, dass vor allem die Impfstoff-Affinität des Hausarztes bestimmt, wie viele Patienten geimpft werden. Wir befinden uns aktuell in der finalen Auswertung, die letztendlichen Analysen werden auf unserer Website veröffentlicht. Auch ein Informationsfilm ist in Planung.“

THE MAY 50K

ROLL.
LAUF.
GEH.
50KM!

dmsg
■ Deutsche
■ Multiple Sklerose
■ Gesellschaft
■ Bundesverband e.V.

FRAGEN

ANTWORTEN

Worum geht es?

DIE HERAUSFORDERUNG: 50 KILOMETER IM MONAT MAI ZURÜCKLEGEN UND SPENDEN FÜR DIE MS-FORSCHUNG SAMMELN

Wie und wo kann ich mitmachen?

JEDER ENTSCHIEDET SELBST AUF WELCHE ART UND AN WELCHEM ORT IM MAI DIE 50 KM ZURÜCKGELEGT WERDEN.

Wie sammle ich Spenden?

FREUNDE, FAMILIE UND DAS EIGENE NETZWERK ÜBER DIE CHALLENGE INFORMIEREN UND SO SPONSOREN FINDEN!

Biomarker Neurofilament-Leichtketten

NFL bald auch im Praxisalltag anwendbar



Prof. Jens Kuhle, Leiter
des MS-Zentrums am
Universitätsklinikum Basel

Quelle: AMSEL e.V. /
Frank Eppler

Die Wahrscheinlichkeit, im Laufe einer Multiple Sklerose (MS)-Erkrankung eine schwere Behinderung bis hin zum Verlust der Gehfähigkeit zu erleiden, hat sich in den letzten drei Dekaden enorm verringert. Vorangig sind hier frühzeitig eingesetzte und krankheitsmodifizierende Medikamente zu nennen, aber auch ein gewachsenes Verständnis des individuellen Krankheitsverlaufs, seiner prognostischen Marker und der sich daraus abzuleitenden individualisierten Therapie. Zielführend ist hierbei die frühen Marker hinsichtlich ihrer Aussagekraft zu bewerten und entsprechend zu gewichten.

Als wichtigen Marker für die langfristige Prognose hat sich schon seit einiger Zeit eine hohe initiale Läsionslast in der Magnetresonanztomographie (MRT) herausgestellt. Je höher die Anzahl der Läsionen ist, desto wahrscheinlicher entwickeln Personen, die mit einem klinisch isolierten Syndrom (CIS) diagnostiziert werden, eine klinisch manifeste MS (CDMS).

NfL als Biomarker

Die Krankheitsaktivität spiegelt sich auch in einer erhöhten Menge neuronaler Abbauprodukte im Liquor und schließlich auch im Blut wider, die aufgrund der entzündlichen und degenerativen Vorgänge im Rahmen des Autoimmungeschehens entstehen. Dieser Zusammenhang wurde erstmals 1998 beobachtet und im Speziellen als massiver Anstieg der Neurofilament-Leichtketten (NfL) im Liquor nach einem akuten MS-Schub dokumentiert. Darüber hinaus ließ sich ein Zusammenhang zwischen akuten Entzündungen, aber auch bei Betroffenen, die keine klinische oder radiologische Krankheitsaktivität zeigen, und NfL-Konzentrationen im Blut bestätigen. Vor diesem Hintergrund stellt ein stark erhöhter NfL-Wert den bisher einzigen validierten Biomarker dar, der eine hohe Aussagekraft insbesondere hinsichtlich Therapieansprechen besitzt.

Bei den Neurofilamenten handelt es sich um fadenförmige Proteine aus dem Inneren der Nervenzellen. Neben den leichten Ketten existieren auch mittel- und schwere Ketten, wobei

sich NfL als der vielversprechendste Kandidat herausgestellt hat. Eine sehr hohe Stabilität und Sensitivität der Nachweisverfahren erlaubt dadurch Aussagen auch auf individueller Ebene der Erkrankten. Neben dem Nachweis von NfL-Werten im Liquor machen modernste Labor-Techniken auch Messungen im Blut möglich. Dabei korrelieren NfL-Werte im peripheren Blut stark mit den Konzentrationen im Liquor, wodurch die Bestimmung von NfL im Serum (sNfL) als Biomarker für das Ausmaß der Krankheitsaktivität nicht nur für klinische Studien, sondern perspektivistisch auch immer mehr für den Praxisalltag infrage kommt.

Hochsensitiv und spezifisch für neuronale Schädigung

Der langgehegte Wunsch nach einem Biomarker im peripheren Blut, der für die Beurteilung des Krankheitsverlaufes der MS und darüber hinaus für die Einschätzung des Therapieansprechens geeignet ist, scheint somit zunehmend in Erfüllung gegangen zu sein. In der Stärke dieses Markers besteht aber auch eine vermeintliche Schwäche: Als hochsensitives, aussagekräftiges Maß für den Verlust von Nervenzellen ist er zugleich unspezifisch für die Ätiologie der Schädigung. Er unterscheidet also nicht zwischen den verschiedenen Ursachen der Neurodegeneration. So sind erhöhte NfL-Werte bei einer Vielzahl an neuroimmunologischen- und degenerativen Erkrankungen festzustellen. Zu ihnen gehören zum einen akute Ereignisse wie u.a. Hirntraumata als auch chronische Erkrankungen des zentralen und des peripheren Nervensystems sowie verschiedene dementielle Erkrankungen, Parkinson, Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) und das Guillain-Barré-Syndrom (GBS).

NfL-Referenzwerte steigen mit dem Lebensalter

Auch einzelne NfL-Messwerte im Serum haben eine Aussagekraft insbesondere im Zusammenhang mit zuverlässigen Normwerten (<https://shiny.dkfbasel.ch/baselNfLreference/>). Wichtig sind diese aufgrund des deutlichen altersabhängigen Anstiegs, so verdoppeln sich die NfL-Werte im Blut Gesunder im Laufe einer Altersspanne von 20-50 Jahren, eine weitere Verdopplung erfolgt nochmals bis

zum Alter von 75 Jahren. Die Ursache für diesen Verlauf sind nicht restlos geklärt; neben dem altersphysiologischen Untergang von Nervenzellen könnten auch andere Faktoren eine Rolle spielen.

Der ideale Biomarker in der Neuroimmunologie

Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, gerade in Bezug auf neuroimmunologische Erkrankungen wie MS, die Anforderungen an einen idealen Biomarker zu formulieren. Die entsprechenden Labortests sollten Ergebnisse mit hoher Sensitivität und Spezifität liefern sowie zuverlässig mit drei wesentlichen klinischen Gesichtspunkten korrelieren: Krankheitsaktivität, Therapieansprechen und Krankheitsprogression. Ein idealer Biomarker könnte dann in der Praxis die klinische Entscheidung unterstützen, wenn er anzuzeigen imstande ist, bei welchen Erkrankten aktuell eine erhöhte Krankheitsaktivität vorliegt. Außerdem sollte er wegweisend dazu beitragen können, aus der Fülle der mittlerweile zur Verfügung stehenden Behandlungsoptionen die geeignete Therapie auszuwählen. In der Forschung und Entwicklung neuer Therapieansätze könnte ein geeigneter Biomarker zudem erheblich zur Beschleunigung klinischer Studien beitragen, indem er die für eine Studie benötigte Fallzahl reduziert oder sensitiv und spezifisch einen Endpunkt anzeigen könnte.

Zahlreiche nachträgliche Auswertungen von aufeinanderfolgenden Blutproben von Teilnehmern großer MS-Outcome-Studien konnten inzwischen aufschlussreiche Erkenntnisse in dieser Hinsicht liefern. Erkrankte ohne feststellbare Krankheitsaktivität bleiben hierbei typischerweise über einen beobachteten Zeitraum von Jahren auf konsistent niedrigen NfL-Konzentrationen, während sich Krankheitsaktivität als Anstieg der Messwerte im Serum niederschlägt. Eine stärkere Abnahme des Hirnvolumens ging ebenfalls mit höheren NfL-Konzentrationen einher. Auch langfristig konnten signifikante Zusammenhänge bei Personen mit einem klinisch isolierten Syndrom mit Konversationsraten hin zu einer CDMS festgestellt werden. Eine ähnliche Assoziation bestand für die initiale Höhe der NfL-Werte und die Hirnatrophie nach fünf Jahren.

Mit Hilfe einer aktuelleren Studie konnte aufgezeigt werden, dass eine NfL-Erhöhung

mit 91-prozentiger Wahrscheinlichkeit einer Schubassoziierten Behinderungsprogression innerhalb eines Jahres vorausgeht. Damit lassen sich durch die Ermittlung von NfL-Konzentrationen in gewissen Grenzen auch prognostische Einschätzungen der Behinderungsverschlechterung tätigen.

NfL-Bestimmung bald auch schon in der Regelversorgung

Somit zeichnen sich zwei Anwendungsmöglichkeiten in der alltäglichen Routine der neurologischen Praxis ab. Zum einen lässt ein erhöhter Blut-NfL-Wert aufmerken und eine weitere diagnostische Abklärung der wahrscheinlich gesteigerten Krankheitsaktivität in die Wege leiten. Zum anderen bietet eine routinemäßige Erhebung des NfL-Status eine wertvolle Orientierungsgröße im Vergleich zu Werten in der Normalbevölkerung. Diese ist im weiteren Krankheitsverlauf nutzbar – vor allem, wenn beispielsweise das Therapieansprechen beurteilt werden soll. So wird inzwischen damit gerechnet, dass NfL-Bestimmungen noch im Laufe dieses Jahres in den Praxisalltag integriert und bei den gesetzlichen Krankenkassen als Regelversorgung abgerechnet werden können.

Quellen:

1. Tintore M et al. *Mult Scler* 2020 Nov;26(13): 1658–1669.
2. Lycke JN et al. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1998;64:402–404.
3. Benkert P et al. *Lancet Neurol* 2022 Mar;21(3): 246–257.
4. Khalil M et al. *Nat Rev Neurol* 2024 May;20(5): 269–287.
5. Springer Medizin. *NfL auf dem ECTRIMS 2018. InFo Neurologie* 2018;20:7. doi: 10.1007/s15005-018-2817-1
6. Kuhle J et al. *Neurology* 2019 Mar 5;92(10): e1007–e1015.
7. Abdelhak A et al. *JAMA Neurol* 2023 Jun 1; 80(6):542–543.
8. Abdelhak A et al. *Lancet Neurol* 2023 Sep;22(9): 826–833.

1. Welche Vor- und Nachteile sehen Sie für den MS-Patienten durch die Einführung des Serum NfL-Werts in der neurologischen Praxisroutine?

„Vorteile für MS-Patienten wären zum einen eine höhere Präzision in der Therapie und zum anderen eine höhere Lebensqualität durch die Therapie selbst aber auch durch die Gewissheit, gut therapiert zu sein. Ein Nachteil besteht darin, dass die langsam schleichende Progression teils nur unvollständig mit dem Test erfasst wird und gerade das natürlich heutzutage einen großen ungedeckten Bedarf darstellt. Deshalb gibt es dahingehend große Bemühungen, noch bessere Marker für die Progression zu entdecken und zu entwickeln. Beispielhaft für diese Bemühungen ist die Erforschung von sauren Gliafaserproteinen (GFAP), die durchaus erfolgsversprechend als zusätzlicher Biomarker im Blut sind.“

2. Gibt es Situationen, in denen der Serum NfL-Wert keine oder fälschliche Schlussfolgerungen zulässt?

„Die Krankheitsprogression wird mit NfL aktuell noch nicht zuverlässig für eine ‚lückenlose‘ individuelle Anwendung abgegriffen. Andere Erkrankungen wie eine Niereninsuffizienz bringen einen starken Anstieg von NfL-Werten, was eine schwierige Beurteilung nach sich zieht. Zusätzlich können starke Erschütterungen des Kopfes (bspw. durch sportliche Aktivitäten wie Boxen) die Aussagekraft des NfL-Werts beeinflussen.“

Risikoabschätzung unter Natalizumab-Biosimilar

Unsicherheit bei der Bewertung der Verlässlichkeit eines anti-JVC-Antikörper-Tests



Prof. Dr. med. Ralf Gold,
Vorsitzender des
Ärztlichen Beirates der
DMSG, Bundesverband
e.V.; Neurologische Klinik
der Ruhr-Universität
Bochum am
St. Josefs-Hospital
Bild: Johannes Kirchherr

Seit Februar 2024 steht das Biosimilar (biologische Nachahmerprodukt) des Wirkstoffes Natalizumab (Originalprodukt Tysabri®, Biosimilar Tyruko®) für MS-Erkrankte in Deutschland zur Verfügung. Im Januar 2024 veröffentlichte der DMSG-Bundesverband eine Stellungnahme seines Ärztlichen Beirates zur Risikoabschätzung für das Auftreten einer PML (progressive multifokale Leukenzephalopathie) unter dem Biosimilar (vgl. Seite 26, aktiv! Nr. 282 1/2024). Hintergrund war, dass bis zum Zeitpunkt der Stellungnahme keine zufriedenstellenden Daten für die Validierung und Informationen über den Ablauf einer entsprechenden anti-JCV-Antikörper Testung vorlagen. Erfahrungen aus der Praxis lassen derzeit keine abschließende Bewertung einer vergleichbaren Verlässlichkeit der Testung für das Biosimilar zu.

Eine PML kann als Nebenwirkung bei der Therapie mit dem Wirkstoff Natalizumab auftreten. Stand Januar 2024 wurde bisher von mehr als 900 Betroffenen mit PML

oder auch der verwandten JCV-assoziierten Körnerzell-Neuronopathie im Kleinhirn berichtet. Die Erkrankung entsteht durch eine Infektion der markscheidenbildenden Oligodendrozyten mit dem John Cunningham Virus (JCV – neue Bezeichnung: humanes Polyomavirus 2). Das Auftreten einer PML unter Natalizumab führt in sehr vielen Fällen zu schwerer Behinderung und in bis zu 24 Prozent der Fälle sogar zum Tod. Für die Bestimmung des Risikos für das Auftreten einer PML unter Behandlung mit dem Wirkstoff Natalizumab ist jeweils der Hersteller zuständig. Er stellt den Test auf die im Serum vorliegenden anti-JCV-Antikörper und deren Titer (Maß für die Konzentration der anti-JCV-Antikörper, auch „JCV Antikörper Index“ genannt) zur Verfügung. Die Testung sollte unter Behandlung mit Natalizumab wenigstens alle sechs Monate wiederholt werden, um eine eventuelle Änderung des JCV-Status von negativ zu positiv (sog. Konversion) oder auch „Titer“-Verläufe zu erfassen. Bei Langzeiterkrankten werden oft sogar alle drei bis vier Monate Titer kontrolliert. Die Untersuchung auf anti-JCV-Antikörper

im Serum sollte mit einem CE-Prüfsiegel für den klinischen Verwendungszweck gekennzeichneten Labortest durchgeführt werden, der vorab eine entsprechende Validierung benötigt. Der Hersteller des Originalpräparats trägt dabei formal nicht die Kosten der Testung für den Einsatz des Biosimilars und vice versa, so dass für beide Natalizumab-Präparate getrennte Testmöglichkeiten vorzuliegen haben. In Bezug auf das Originalpräparat ist die Testung (StratifyJCV™-Test von *Unilabs*) bereits seit mehreren Jahren etabliert. Deshalb war und ist für die Patientensicherheit das Vorliegen einer entsprechenden transparent verfügbaren und zuverlässigen Testmöglichkeit für das Biosimilar von Anfang an unerlässlich. Die Stellungnahme des Ärztlichen Beirates aus Januar 2024 machte auf dieses Versäumnis des Biosimilar-Herstellers aufmerksam.

Nach Einschätzung von Prof. Dr. Ralf Gold, Vorsitzender des Ärztlichen Beirates und federführender Autor der Stellungnahme aus Januar 2024, liegt nun eine entsprechend, für klinische Verwendungszwecke geprüfte Testmöglichkeit des Biosimilar Herstellers vor (ImmunoWELL™ JCV Test von *Medi-cover*). Auch wenn Gegenanalysen einer Vielzahl von Patientenproben aus der Versorgung passende Ergebnisse beider Tests aufzeigen, gibt es gleichzeitig Berichte über unterschiedliche Testergebnisse (s.u.). Daher kann zum aktuellen Zeitpunkt keine abschließende Bewertung über die Vergleichbarkeit der Testung abgegeben werden.

Prof. Tjalf Ziemssen, Leiter des Zentrums für klinische Neurowissenschaften und Multiple Sklerose Zentrum des Universitätsklinikums Dresden sowie Mitglied im Ärztlichen Beirat, berichtet Ende November 2024 in einem wissenschaftlichen Kurzbericht im internationalen *Multiple Sclerosis Journal* über einzelne unterschiedliche JCV-Testergebnisse nach der Umstellung von MS-Erkrankten auf das Biosimilar⁽¹⁾. Die Unterschiede in der JCV-Diagnostik aufgrund der unterschiedlichen Tests stellten alle Beteiligten vor Herausforderungen, insbesondere bei der Interpretation der abweichenden Ergebnisse der verschiedenen Tests. In den konkret dargestellten Fällen des Kurzberichtes zeigte sich der JCV-Test nach Umstellung auf das Biosimilar und somit den

ImmunoWELL™-Test positiv. Daher kehrten die Betroffenen zum Originalpräparat zurück, um eine einheitliche Testung durch einen einzigen (ursprünglichen) Anbieter zu gewährleisten, der sich wieder negativ zeigte. Unterschiede bei JCV-Indexwerten können das wahrgenommene PML-Risiko für einzelne MS-Erkrankte verändern und so das Vertrauen in die Zuverlässigkeit von Diagnoseinstrumenten sowie das Risikomanagement beeinflussen. Die Abhängigkeit von Herstellerbasierten-Tests kann den Zugang zu wichtigen Diagnoseinstrumenten einschränken und letztlich die Sicherheit der MS-Erkrankten und die Behandlungsergebnisse beeinträchtigen.

Prof. Tjalf Ziemssen: „Unser Kurzbericht unterstreicht den dringenden Bedarf an standardisierten, validierten hersteller-unabhängigen JCV-Testverfahren, um eine zuverlässige Risikostratifizierung zu gewährleisten, die Patientensicherheit zu erhöhen und effektive MS-Behandlungsprotokolle. Problematisch sehe ich den Wechsel von Originalprodukt zum Biosimilar für einige MS-Erkrankte, weil dann der JCV Antikörper-Index positiv wird, bei wahrscheinlich höherer Empfindlichkeit des Biosimilar Tests. Da allerdings die risikoabschätzenden Daten nur für den StratifyJCV™-Test von *Unilabs* in Bezug auf das Originalprodukt vorliegen, sollte man dann wieder zu dem langjährig etablierten StratifyJCV™-Test und dem Originalprodukt zurückwechseln. Meiner Einschätzung nach ist daher der Wechsel unter bestimmten Voraussetzungen problematisch einzuschätzen. Wenn man in einem System bleibt, spricht auch bei Neueinstellungen, wird eine JCV-Risikoabschätzung und das entsprechende Management je nach verabreichtem Produkt möglich sein.“

Der DMSG-Bundesverband wird, u.a. unterstützt durch die Mitglieder seines Ärztlichen Beirates die Entwicklung zur Therapie hochaktiver MS mit Natalizumab weiter beobachten und erneut berichten.

(1) Inojosa H, Kather A, Akgün K, Ziemssen T. Challenges and implications of anti-JCV antibody serology variability among different assays in natalizumab treatment: A call for standardization and transparency in clinical practice. *Multiple Sclerosis Journal*. 2024;0(0). doi:10.1177/13524585241300972



Prof. Dr. med.
Tjalf Ziemssen,
Mitglied des Ärztlichen
Beirates des DMSG-
Bundesverbandes
Bild: Privat

Multiple Sklerose und Epstein-Barr-Virus:

Übersicht zu aktuellen Entwicklungen



Prof. Dr. Klemens
Ruprecht,
Klinik für Neurologie,
Charité – Universitäts-
medizin Berlin,
Freie Universität Berlin
und Humboldt-Univer-
sität zu Berlin
Bild: privat

Wie für viele andere Erkrankungen so gilt auch für die Multiple Sklerose (MS): Ein Verständnis der Krankheitsursache ist eine zentrale Voraussetzung für eine wirksame Behandlung.

Hinsichtlich der Ursache der MS wurde bereits Ende des 19. Jahrhunderts, wenige Jahre nach der Erstbeschreibung der MS durch Jean Martin Charcot, von Pierre Marie, einem Schüler Charcot's, eine infektiöse Ursache vermutet. In der Folge wurden zahlreich Erreger, insbesondere Viren, als Verursacher der MS diskutiert. Viele der angeschuldigten Erreger ließen sich jedoch nicht bestätigen. Seit den 1980er Jahren liegen nun aber zahlreiche, übereinstimmende und überzeugende Arbeiten vor, die für eine Schlüsselrolle des Epstein-Barr-Virus (EBV) in der Entstehung der MS sprechen.

EBV gehört zur Gruppe der Herpesviren. Während andere Viren nach der Erstinfektion vom menschlichen Organismus wieder komplett eliminiert werden können, führen Herpesviren typischerweise zu einer anhaltenden (persistierenden) Infektion über das ganze Leben des menschlichen Wirtes hinweg. Hierbei verstecken sich Herpesviren in bestimmten menschlichen Zellen, um dort zu überwintern und sich nur gelegentlich wieder zu vermehren. EBV persistiert in menschlichen Gedächtnis-B-Zellen. Über 90 bis 95 Prozent der Weltbevölkerung sind mit EBV infiziert, was somit ein sehr erfolgreiches Virus ist, das in den allermeisten Fällen in friedlicher Koexistenz mit seinem menschlichen Wirt lebt. Die Erstinfektion mit EBV findet in der Regel ohne klinische Symptome im Kleinkindesalter statt. Verschiebt sich die Erstinfektion in das jüngere Erwachsenenalter geht oft mit einer infektiösen Mononukleose (Pfeiffer'sches Drüsenfieber, „kissing disease“) einher.

Für eine zentrale Rolle von EBV bei der MS sprechen die folgenden Befunde:

- Sehr viele Studien zeigen, dass im Gegensatz zu der 90 bis 95-prozentigen Infektionsrate mit EBV in der Allgemeinbevölkerung praktisch alle Menschen mit MS

(MmMS) mit EBV infiziert sind. So waren in einer eigenen Untersuchung von 901 MmMS aus der MS-Kohorte des Kompetenznetzes Multiple Sklerose alle 901 (100 Prozent) MmMS mit EBV infiziert.¹

- Das Risiko für die spätere Entwicklung einer MS ist nach einer infektiösen Mononukleose ungefähr doppelt so hoch wie nach einer klinisch symptomlosen EBV-Erstinfektion.
- MmMS haben höhere Antikörperspiegel gegen EBV als gesunde Kontrollen und wahrscheinlich auch mehr gegen EBV gerichtete Abwehrzellen (T-Lymphozyten) im Blut. Die erhöhten Antikörperspiegel gegen EBV finden sich schon Jahre vor dem klinischen Beginn der MS-Erkrankung.
- Ein sehr starker Hinweis auf eine wesentliche Rolle von EBV bei der MS stammt aus einer Untersuchung, die zeigen konnte, dass Personen, die noch keine EBV-Infektion gehabt haben, später in ihrem Leben aber eine MS entwickeln, praktisch ausnahmslos vor Beginn der MS eine EBV-Infektion durchmachen. Mit anderen Worten: Eine EBV-Infektion geht dem klinischen Ausbruch einer MS praktisch immer voraus. Das Zeitintervall zwischen einer EBV-Infektion und dem klinischen Beginn einer MS beträgt dabei im Mittel sieben bis acht Jahre.²

MS, Spätkomplikation einer EBV-Infektion

Zusammenfassend sprechen die vorhandenen Daten dafür, dass eine Infektion mit EBV eine notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung für die Entwicklung einer MS ist. Auch wenn es demgemäß ohne EBV-Infektion keine MS gibt, ist es wichtig hervorzuheben, dass insgesamt nur wenige EBV-infizierte Menschen später eine MS bekommen. Die MS kann damit als eine seltene Spätkomplikation einer EBV-Infektion angesehen werden.

Als eine praktische Konsequenz hieraus lässt sich ableiten, dass bei Personen, bei denen

der Verdacht auf eine MS besteht, die aber keine Hinweise für eine stattgehabte EBV-Infektion (d.h. keine Antikörper gegen EBV) haben, eine MS extrem unwahrscheinlich ist. Die Abwesenheit von Antikörpern gegen EBV ist somit ein Marker für die Abwesenheit einer MS, was insbesondere in der Diagnostik von Kindern mit Verdacht auf eine MS relevant ist.³

Forschung sucht nach Mechanismen

So eindeutig die Datenlage zum Zusammenhang von EBV und MS ist, so unklar ist gegenwärtig der Mechanismus, durch den EBV eine MS verursachen könnte. Mögliche Mechanismen von EBV bei der MS sind daher aktuell Gegenstand intensiver Forschung und es gibt zahlreiche derzeit unbewiesene Annahmen (Hypothesen) zum möglichen Mechanismus von EBV bei der MS.

Sehr intensiv diskutiert wird eine fehlgeleitete Reaktion des Immunsystems bei der eine Immunantwort gegen EBV mit Bestandteilen des menschlichen zentralen Nervensystems kreuzreagieren könnte. Auch wenn gezeigt wurde, dass beispielsweise Antikörper gegen EBV tatsächlich mit verschiedenen Eiweißen im menschlichen zentralen Nervensystem kreuzreagieren können, konnten bislang aber keine überzeugenden Beweise dafür erbracht werden, dass eine solche Kreuzreaktion spezifisch bei der MS und nicht auch bei gesunden Personen vorkommt.

Eine andere vieldiskutierte Vermutung ist, dass EBV bei MmMS direkt das zentrale Nervensystem infizieren und dort eine Entzündung verursachen könnte. Auch hierfür liegen jedoch keine harten Beweise vor und insgesamt verbleibt der Mechanismus von EBV bei der MS aktuell weiterhin ungeklärt.

Nachdem mittlerweile aber sehr gut bekannt ist, dass B-Zellen eine Schlüsselfunktion bei der MS spielen, erscheint die Tatsache, dass EBV in Gedächtnis-B-Zellen persistiert, ein wichtiger Clue für den Mechanismus von EBV bei der MS zu sein. Eine Hypothese ist hierbei, dass es bei manchen Menschen im Rahmen einer EBV-Infektion zu einer spezifischen und anhaltenden Veränderung in Gedächtnis-B-Zellen kommt, die für die spätere Entwicklung einer MS verantwortlich ist.⁴

Abschließend stellt sich die Frage nach möglichen therapeutischen Konsequenzen aus dem Zusammenhang von EBV und MS. Könnte man EBV-Infektionen durch eine Impfung komplett verhindern, wäre theoretisch zu erwarten, dass derart geimpfte Personen keine MS bekommen. Praktisch gibt es derzeit jedoch keine Impfstoffe gegen EBV und es ist fraglich, ob sich Impfstoffe finden lassen werden, die eine EBV-Infektion komplett verhindern können. Sollten solche Impfstoffe jemals zur Verfügung stehen, wüsste man frühestens nach 20 bis 30 Jahren, ob sie das Auftreten einer MS tatsächlich unterbinden. Eine „Impfung gegen MS“ zeichnet sich derzeit somit nicht ab.

Bemerkenswert ist allerdings, dass nahezu alle bei der MS wirksamen Therapien Gedächtnis-B-Zellen entweder reduzieren oder in ihrer Aktivität dämpfen. Geht man davon aus, dass hiervon auch möglicherweise durch EBV fehlprogrammierte Gedächtnis-B-Zellen betroffen sind, könnte dies einen Wirkmechanismus der bereits verfügbaren MS-Therapien darstellen.

Fazit

Zusammenfassend sprechen die gegenwärtigen Daten dafür, dass eine EBV-Infektion der entscheidende ursächliche Faktor für die MS ist. Die Aufklärung des Mechanismus von EBV bei der MS ist damit eine zentrale wissenschaftliche Fragestellung deren Beantwortung sehr wahrscheinlich zu einem besseren Verständnis der Krankheitsentstehung der MS und davon ausgehend zu einer gezielten Behandlung und Prävention der MS beitragen dürfte.

Quellen:

1. Abrahamyan S, Eberspächer B, Hoshi MM, et al. Complete Epstein-Barr virus seropositivity in a large cohort of patients with early multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2020;91:681-686.
2. Bjornevik K, Cortese M, Healy BC, et al. Longitudinal analysis reveals high prevalence of Epstein-Barr virus associated with multiple sclerosis. *Science* 2022;375:296-301.
3. Nourbakhsh B, Cordano C, Asteggiano C, et al. Multiple Sclerosis Is Rare in Epstein-Barr Virus-Seronegative Children with Central Nervous System Inflammatory Demyelination. *Ann Neurol* 2021;89:1234-1239.
4. Ruprecht K. The role of Epstein-Barr virus in the etiology of multiple sclerosis: a current review. *Expert Rev Clin Immunol* 2020;1-15.

Austausch von medizinischen Daten zwischen neurologischen Zentren – welches Potential verbirgt sich?

Eine aktuelle Auswertung aus dem MS-Register der DMSG beleuchtet vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussionen zur Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) für alle gesetzlich Krankenversicherten, das Potential der Nutzung einer sektor- und einrichtungsübergreifenden Falldokumentation. Menschen mit MS (MmMS) suchen häufig mehrere neurologische Einrichtungen inklusive Reha-Einrichtungen auf.

In Deutschland wird aktuell die sogenannte ePA in einigen Modelregionen pilotiert. Die grundlegenden Planungen für die ePA gehen bereits rund 20 Jahre zurück, die Einführung hat sich wiederholt verzögert. Anstoß für die Entwicklung und Einführung einer solchen Akte, zunächst nur als elektronische Gesundheitskarte (eGK) geplant, waren Fälle von schweren Nebenwirkungen als Folge von Wechselwirkungen (Lipobay-Skandal), die durch fehlende Transparenz für die behandelnden und verordnenden Ärzte über die Medikamente der Patienten entstanden sind.

Analysen der Nutzung des Gesundheitssystems in Deutschland durch MmMS haben gezeigt, dass neben den erwartbaren regelhaften Konsultationen bei Neurologen auch Hausärzte und Urologen von einer großen Anzahl von MmMS regelhaft konsultiert werden. Aus den Erfahrungen des Lipobay-Skandals wurde der Bedarf an einer strukturierten fachübergreifenden Kommunikation insbesondere der Medikationsdaten von Patienten deutlich. Bei der MS als chronischer Erkrankung unterliegen MmMS einer sogenannten Polypharmazie, d.h. sie werden mit mehreren verschiedenen Wirkstoffen gleichzeitig behandelt¹. Beispielsweise wird ergänzend zur Immuntherapie (z.B. Interferone oder monoklonale Antikörper) eine medikamentöse Therapie zur Behandlung von Schmerzen, Spastik oder anderen Symptomen der MS eingesetzt. Da mit fortschreitendem Alter auch die Anzahl der Komorbiditäten zunimmt, sind weitere MS-unabhängige medikamentöse Therapien – beispielsweise Mittel zur Blutdruckregulierung – gängig.

Die komplexen Wechselwirkungen² der verschiedenen Wirkstoffe sind zum Teil in speziellen Datenbanken hinterlegt³. Ein automatischer Abgleich bzw. eine Überprüfung kann jedoch nur dann stattfinden, wenn die Daten in einem standardisierten elektronisch verarbeitbaren Format für alle an der Behandlung von MmMS beteiligten Ärzten verfügbar sind. Hier setzt die ePA unter anderem an und bietet einen patientenbezogenen Überblick über alle verordneten Medikamente des Patienten. So kann von den behandelnden Ärzten sichergestellt werden, dass keine zueinander „im Konflikt“ stehenden Therapien verordnet werden, oder aber bei der Verabreichung ein ausreichender zeitlicher Abstand gewahrt wird.

Die folgenden Ergebnisse des MS-Registers zeigen die Häufigkeit, mit der MmMS in mehreren teilnehmenden Zentren erfasst sind, in Relation zu denen, die nur in einem Zentrum erfasst sind. Das MS-Register setzt seit seiner technischen und inhaltlichen Revision im Jahr 2014 auf eine zentrale Pseudonymisierung unter Einbindung einer Vertrauensstelle⁴. Dadurch wird sichergestellt, dass ein MmMS, der in verschiedenen neurologischen Einrichtungen in die Teilnahme am Register einwilligt, im Register als derselbe MmMS erkannt wird. Neben der Verhinderung von Doppelzählungen reduziert dies auch den Dokumentationsaufwand in den teilnehmenden Zentren, da bereits erfasste Daten nicht doppelt eingegeben werden müssen. Aus Sicht der Datenqualität wird über den Abgleich zudem sichergestellt, dass Informationen zu den MmMS durch weitere weitgehend unabhängige Quellen bestätigt werden können.

Nach neuesten Zahlen leben in Deutschland rund 300.000 MS-Erkrankte⁵. Das MS-Register enthält Daten von über 50.000 MmMS, die ab 2014 neu eingeschlossen wurden und von denen 4.040 in mehreren am Register teilnehmenden Zentren erfasst sind. 11.930 (23,1 Prozent) MmMS wurden ausschließlich in einer am MS-Register beteiligten Reha-Einrichtung erfasst. 37.551 (72,6 Prozent) MmMS wurden nur in neurologischen Zentren (ambulant oder stationär) erfasst. 2.273 (4,4

Prozent) MmMS wurden mindestens einmal in einer Reha-Einrichtung und in einem neurologischen Zentrum erfasst. 1.550 (3,0 Prozent) MmMS wurden von mindestens zwei neurologischen Einrichtungen (ambulant oder stationär) erfasst [in Abbildung 1 nicht dargestellt].

Unabhängig von den Daten des MS-Registers ist aus der Versorgungspraxis bekannt, dass vielfach, z.B. für Zweitmeinungen, zur stationären Schub-Behandlung oder Therapieinitiation auf die (Mit)versorgung durch eine oder mehrere weitere spezialisierte neurologische Einrichtungen zurückgegriffen wird. Gerade in akuten Situationen wie dem Auftreten eines Schubs, z.B. außerhalb der Öffnungszeiten des ambulanten neurologischen Zentrums oder bei schweren Nebenwirkungen, ist es essenziell, dass den Behandlern alle relevanten Informationen vorliegen. Die Notwendigkeit eines schnellen und unkomplizierten Informationsaustausches zwischen diesen Einrichtungen ist somit geboten und kann zu einer zielgerichteten Behandlung der MmMS beitragen. Damit dies zukünftig besser gelingt, kann die ePA ein Baustein sein. Jedoch muss dafür sichergestellt sein, dass nur die Einrichtungen Zugriff auf die Daten der ePA erhalten, die sich wirklich im Behandlungskontext befinden und die Datensicherheit bestmöglich gewahrt wird. Weiterhin muss die ePA zukünftig strukturierte Daten enthalten, die sich in die entsprechenden Primärsysteme (Software für die Datendokumentation der Einrichtungen) der Behandler einbetten lassen. Alexander Stahmann, Geschäftsführer des MS-Registers: „Eine ePA, die ‚nur‘ PDF-Dateien enthält, die zuweilen nicht einmal nach Stichwörtern durchsucht werden können, wird nicht zur Verbesserung der Versorgung beitragen, da von den Behandlern in der begrenzten Zeit, die im Kontext der Behandlung zur Verfügung steht, nicht alle PDF-Dateien durchgesehen werden können.“

Als Limitation der vorliegenden Auswertung ist zu beachten, dass ausschließlich Daten von MmMS eingeflossen sind, die ab 2014 in das MS-Register aufgenommen wurden. Die Aufnahme erfolgt freiwillig seitens der MmMS und setzt eine Teilnahme des behandelnden Zentrums am MS-Register sowie eine Einwilligung der MmMS in allen an der Behandlung beteiligten Zentren voraus. Zentren können aktuell nur dann am MS-Register teilnehmen, wenn

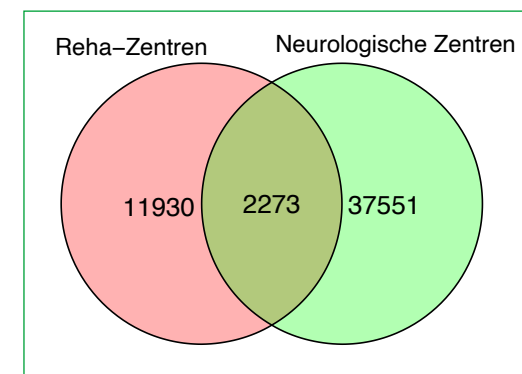


Abbildung 1: Anzahl der MmMS im Register nach Art der Zentren, welche aufgesucht wurden. Die Darstellung umfasst zum einen die MmMS, die in mindestens einer Reha-Einrichtung erfasst wurden (roter Kreis: N = 14.203), und zum anderen MmMS, die mindestens einmal in einem neurologischen Zentrum erfasst wurden (grüner Kreis: N = 39.824). Der Überlappungsbereich dazwischen zeigt MmMS, die in beiden Einrichtungen mindestens einmal erfasst wurden (N = 2.273).

sie die Auszeichnungskriterien der DMSG, Bundesverband e.V. erfüllen und die Auszeichnung aktiv beantragt haben. Die hier gezeigten Zahlen unterschätzen somit vermutlich den Anteil der MmMS, die multizentrisch neurologisch versorgt werden. Ergänzend ist anzumerken, dass die weiteren nicht-neurologischen Einrichtungen von Fach- und Hausärzten im MS-Register nicht erfasst sind (es besteht anders als bei Krebserkrankungen keine allgemeine Meldepflicht) und somit weitere Potentiale einer strukturierten Dokumentation bei der interdisziplinären Versorgung, selbstverständlich auch unter Einbezug von nicht-ärztlichen Beteiligten, hier nicht weiter analysiert werden können.

Literatur:

- 1 Frahm N, Hecker M, Zettl UK. Polypharmacy in Chronic Neurological Diseases: Multiple Sclerosis, Dementia and Parkinson's Disease. *Curr Pharm Des.* 2021; 27(38):4008–4016. doi.org/10.2174/1381612827666210728102832
- 2 Bachmann P, Frahm N, Debus JL, et al. Prevalence and Severity of Potential Drug-Drug Interactions in Patients with Multiple Sclerosis with and without Polypharmacy. *Pharmaceutics.* 2022; 14(3):592. doi.org/10.3390/pharmaceutics14030592
- 3 Hecker M, Frahm N, Bachmann P, et al. Screening for severe drug-drug interactions in patients with multiple sclerosis: A comparison of three drug interaction databases. *Front Pharmacol.* 2022; 5:13: 946351. doi.org/10.3389/fphar.2022.946351
- 4 Weitere Informationen unter: www.msregister.de/patienten/teilnahme-am-ms-register/
- 5 Akmatov MK, Holstiege J, Dammertz L, Kohring C, Müller D. Entwicklung der Prävalenz diagnostizierter Autoimmunerkrankungen im Zeitraum 2012–2022. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 24/05. Berlin 2024. doi.org/10.20364/VA-24.05

MS Brain Health Report



Die Initiative MS Brain Health ist aus der Veröffentlichung des internationalen Konsensberichts „Brain Health: time matters in multiple sklerosis“ aus dem Jahr 2015 hervorgegangen. In der Initiative engagieren sich u.a. Ärzte, Forscher, Vertreter von Patientenorganisationen mit dem Ziel die lebenslange „Gehirngesundheit“ von MS-Erkrankten zu erhöhen. Der Bericht enthält Empfehlungen zur Erreichung dieses Ziels.

Die folgende Zusammenfassung soll einen Überblick zum neuesten veröffentlichten Report aus dem Jahr 2024 geben.

Multiple Sklerose (MS), Neuromyelitis-optica-Spektrum-Erkrankungen (NMOSD), Myelin-Oligodendrozyten-Glykoprotein-Enzephalomyelitis (MOGAD) sind verwandte

chronische Erkrankungen. Werden diese Krankheiten nicht diagnostiziert, fehldiagnostiziert oder nicht frühzeitig erkannt und wirksam behandelt, können sie viele Aspekte des Lebens der Erkrankten stark beeinträchtigen.

Der Report stützt sich auf den 2015 veröffentlichten Strategiebericht „Gesundheit des Gehirns: Zeit spielt eine Rolle bei MS“. In dem Bericht verdeutlichen die Autoren, wie übergeordnet wichtig ein frühes Handeln in der Diagnostik gepaart mit einem personenzentrierten Ansatz in der Versorgung ist, ungeachtet geographischer und ökonomischer Barrieren. Wird die Krankheitsaktivität nicht frühzeitig erkannt, drohen zunehmende Behinderungen, was zu einer schweren Belastung für MS-Erkrankte und ihre Familien führen kann.

Eine rechtzeitige Diagnose ist daher von entscheidender Bedeutung, ebenso wie der frühzeitige Beginn einer wirksamen Therapie. Allerdings kommt es oft zu Verzögerungen in der Diagnostik und dem Behandlungsbeginn. Darüber hinaus können teils unspezifische Symptome zu Fehldiagnosen führen. Damit es zu weniger Verzögerungen in den Abläufen kommt, zeigen die Autoren verschiedene Maßnahmen zur Verbesserung auf. Beispielsweise eine höhere Sensibilisierung der überweisenden Ärzte und ein verbesserter Zugang zu spezialisierten Diagnoseverfahren, aber auch das Einholen von zusätzlichen Meinungen.

Die regelmäßige Überwachung der Krankheitsaktivität und die formale Aufzeichnung dieser gesammelten Informationen bilden das Fundament einer erfolgreichen Behandlungsstrategie. Die Beachtung von Komorbiditäten (einschließlich Depressionen), Lebensstilfaktoren und modifizierbaren Faktoren für die Gehirngesundheit und die Überwachung der Krankheitsprogression sind Teil eines optimalen Ansatzes für die Versorgung.

Die Ergebnisse klinischer Studien werden dabei helfen, personalisierte Behandlungsverfahren für MS-Erkrankte zu verbessern. Eine Standardisierung dieser Studien kann langfristig dazu beitragen, länderübergreifende Ergebnisse zu generieren, die zur Bewertung von Therapieansprechen verwendet werden können.

Am wichtigsten ist es jedoch, Menschen mit MS proaktiv in die Entscheidungsfindung mit einzubeziehen und sie dabei zu unterstützen, einen Lebensstil anzunehmen, der ihre Gehirngesundheit fördert (z.B. nicht Rauchen, so aktiv wie möglich bleiben, mehr Schlaf).

Es folgt ein Auszug der Empfehlungen der MS Brain Health Initiative (vollständiger Report im QR-Code s.u.):

Minimierung der Verzögerungen bei der Diagnostik von MS, NMOSD und MOGAD und des Therapiebeginns

- Sicherstellung, dass Schulungen für medizinisches Fachpersonal die Bedeutung einer raschen Überweisung in den Vordergrund stellen.

- Bewusstseins-schärfung für das Risiko von möglichen Fehldiagnosen.
- Aufklärung von Ärzten in der Ausbildung zu versteckten Symptomen für einen verbesserten Arzt-Patient-Dialog.
- Sicherstellung, dass die nationalen Leitlinien mit den internationalen Leitlinien für Diagnosekriterien und Behandlungszielen übereinstimmen, einschließlich frühzeitiger Behandlung und frühzeitigem Zugang zu wirksamen Behandlungen.

Die Person hinter dem Patienten verstehen und einen optimalen Pflegeansatz gewährleisten

- Ermöglichung eines integrierten Pflegeansatzes.
- Verschreibung eines gemeinsamen Entscheidungsfindungsprozesses.
- Gewährleistung der Gleichheit von Rechten und Chancen, unabhängig von Geschlecht, Ethnie, Alter, Grad der Behinderung oder sozioökonomischem Status.

Wert für die Gesellschaft

- Verbesselter Zugang zu beruflicher Rehabilitation und unterstützter Beschäftigung.
- Forschungsförderung in ressourcenintensive Ansätze, die die langfristigen Kosten für die Behandlung und das Leben mit MS senken.
- Unterstützung von öffentlichen Registern, die Daten zur Pflege erfassen und allen Beteiligten einen transparenten Zugang zu relevanten Erkenntnissen aus diesen Daten ermöglichen.

Quelle: MS-Brain-Health-Executive-Summary.pdf



<https://www.msbrainhealth.org/wp-content/uploads/2024/09/Brain-Health-Time-Matters-2024.pdf>

Auf den Spuren der Forschungsförderung der DMSG

Besteht ein Zusammenhang zwischen Schlafstörungen, Fatigue und Kognitionsbeeinträchtigungen bei MS?

Laut MS-Register ist die Fatigue neben den Mobilitätseinschränkungen das häufigste Symptom der MS. Passend dazu lautete das vom DMSG-Bundesverband im Jahr 2023 ausgeschrieben Thema der Forschungsförderung: Fatigue und Multiple Sklerose. Ausgewählt wurde u.a. das Projekt von Dr. rer. nat. Carolin Balloff: Bizentrische Bewertung von Schlafstörungen als Ursache und Therapieansatz für Müdigkeit und kognitive Beeinträchtigung bei Multipler Sklerose. Ihr Ziel klingt aussichtsreich: „Wir hoffen auf dieser Grundlage ergründen, inwiefern Schlafstörungen die Fatigue beeinflussen, um idealerweise einen Therapieansatz für die Fatigue zu erhalten. Viele dieser Schlafstörungen lassen sich sehr viel besser behandeln als die Fatigue“, erklärt die Forscherin.

In den Kliniken Maria Hilf Mönchengladbach hat das Forscherteam um Dr. Balloff der Redaktion der aktiv! drei Tage lang Einblick in ihren Forschungsalltag gewährt und im Interview Fragen zur Studie beantwortet. DMSG-Reporterin Annika, die selbst an MS-bedingter Fatigue leidet, stellte sich als Studienteilnehmerin zur Verfügung. In einer Video-Serie berichtet sie in Kürze in der DMSG-Community auf YouTube über ihre Erfahrungen. Wie alle Studienteilnehmer verbrachte sie zwei aufeinanderfolgende Nächte im Schlaflabor.

Die Neuropsychologin Dr. Carolin Balloff erforscht in ihrer bizentrischen Studie, ob und wie Schlafstörungen und Fatigue und Kognition zusammenhängen, bzw. ob Schlafstörungen zu Fatigue und Kognitionsbeeinträchtigungen bei MS-Erkrankten beitragen. Beide Studienzentren bieten ideale Voraussetzungen mit einem neurologischem und pneumologischen Schlaflabor in Mönchengladbach und einer MS-Ambulanz in Düsseldorf. Balloff ist in der Abteilung für Neuropsychologie in den Kliniken Maria-Hilf für die klinische Versorgung neurologisch erkrankter Patienten zuständig. Zusätzlich arbeitet sie als Wissenschaftlerin in der Uniklinik Düsseldorf.



Annika wird mit 28 Elektroden verkabelt.

Was fasziniert Sie an der MS und dem Symptom der Fatigue?

„Das ist eine interessante Frage. Ich bin eher zufällig während des Studiums dazu gekommen, mich mit der MS wissenschaftlich im Rahmen eines Forschungspraktikums bei Prof. Dr. Iris-Katharina Penner zu beschäftigen, die einen starken Forschungsschwerpunkt beim Thema Fatigue gesetzt hat.“

Wie sind Sie darauf gekommen, den Einfluss des Schlafs auf die Fatigue zu untersuchen?

„Die Idee entstand in der klinischen Routine im Schlaflabor. Wir sehen hier Patienten, die in unserer neuropsychologischen Untersuchung ähnliche Symptome äußern wie Menschen mit MS und einer Fatigue. Da haben wir uns gefragt: Kann es nicht sein, dass Schlafstörungen auch bei Menschen mit MS und Fatigue auftreten und einen Effekt auf diese Fatigue haben? Vielleicht nicht ursächlich, aber möglicherweise verstärkend. Dann habe ich recherchiert. Gibt es dazu schon Studien? Aber erschreckenderweise bin ich auf wenige Studien gestoßen, die das objektiviert im Schlaflabor untersucht haben. Da war die Idee geboren.“

Wie viele Forscher aus welchen Fachgebieten sind an dieser Studie beteiligt?

„Unser Studienteam ist interdisziplinär aufgestellt. 15 Menschen aus unterschiedlichen Fachgebieten, hauptsächlich klinische Forscher, zum einen Psychologinnen, wie ich, zum anderen Neurologen, die sich in Schlafmedizin weitergebildet haben nach Rücksprache sind wir in diesem Jahr nicht an einer Anzeige interessiert.“

Wie sind Sie auf die Forschungsförderung der DMSG aufmerksam geworden?

„Durch meine beiden Vorgesetzten Prof. Sven Meuth, Direktor der Neurologie an der Uniklinik in Düsseldorf und Prof. Albrecht, Chefarzt in den Kliniken Maria-Hilf, die an der Projektentwicklung beteiligt waren.“

Die DMSG fördert Ihr Projekt mit einem Betrag in Höhe von 187.410,00 Euro über 24 Monate. Welche Bedeutung hat diese Förderung für die Studie?

„Die Förderung durch die DMSG ist eine großartige Chance, umfangreich und strukturiert zu untersuchen, ob und wie Schlafstörungen und Fatigue und Kognition bei Menschen mit MS zusammenhängen. Der Aufwand hier ist enorm. Diese Untersuchungen sind sehr zeit- und ressourcenintensiv. Die Förderung ermöglicht, diese Untersuchungen in einem klinischen Setup durchzuführen.“

Wie läuft die Studie ab?

„Es beginnt mit der Vorstellung der MS-Erkrankten in den MS-Ambulanzen. Dann wird ein Termin vereinbart im Schlaflabor. Die Untersuchung besteht aus drei Blöcken: der neuro-psychologischen Untersuchung, der neurologischen und der schlafmedizinischen. Vor der ersten Nacht erfolgt die 90 Minuten lange neurologisch-psychologische Untersuchung. Es geht um Ein- und Durchschlafstörungen, Tagesmüdigkeit, Schläfrigkeit, validierte Fragebögen zu Schlafverhalten, um ein Bild der Beschwerden der einzelnen Person zu erhalten. Zusätzlich werden die Informationsverarbeitungs-Geschwindigkeit, das verbale und visuelle Lernen und das Gedächtnis geprüft, um einen Eindruck von der kognitiven Leistungsfähigkeit zu gewinnen, die mit Fatigue und Schlaf in Zusammenhang steht. In der Schläfrigkeitsmessung über elf Minuten im Dunklen messen wir die Größe und Unruhe der Pupillen. Das ist ein gutes Maß für die Schläfrigkeit am Tag. Zum Vergleich fragen wir die Teilnehmer wie schläfrig sie sich gerade fühlen und messen das parallel mit dem Pupillenunruhe-Index.“

Hier kommt es mitunter zu überraschenden Ergebnissen, verrät die Forscherin

„Selbsteinschätzung und Wirklichkeit liegen manchmal weit auseinander. Patienten sagen: Ich fühle mich topfit! Und nach drei Minuten sieht man schon eine Einschlafneigung. Das zeigt, dass das Nervensystem entgegen der Aussage nicht erholt ist. Nach den Tests gehen die Studienteilnehmer ins Schlaflabor, wo die Verkabelung erfolgt. Idealerweise werden die Untersuchungen zur Kognition vor der ersten Nacht erhoben, damit die Ergebnisse frei sind von dem, was die erste Nacht für Ergebnisse erbringt. Diese werden am Morgen

des zweiten Tages besprochen. Wenn man dann schon weiß ‚Ich habe ein Schlafapnoe-Syndrom‘ beeinflusst das vielleicht die Beantwortung dieser Fragebögen. Das wollen wir vermeiden.“

Wie können MS-Erkrankte teilnehmen?

„Voraussetzung für die Teilnahme ist eine schubförmig remittierende MS mit zumindest einer leichtgradigen Fatigue. Kontrollgruppe sind Patienten im Schlaflabor ohne MS mit Schlafstörungen, nicht zwangsweise Fatigue.“

Welche Ergebnisse erhoffen Sie sich von der Studie?

„Wir wollen herausfinden, wie häufig Schlafstörungen bei MS-Erkrankten mit Fatigue auftreten. Ist die Schlafstörung ein Punkt, an dem man therapeutisch ansetzen kann, um die Fatigue langfristig zu lindern? Eine weitere Frage ist der Zusammenhang von Schlafqualität und kognitiven Einschränkungen und Fatigue. Wir erhoffen uns Erkenntnisse, wie häufig Schlafstörungen in das Dreieck aus Kognition Fatigue reinspielen, um daraus neue therapeutische Ansätze ableiten zu können. Das weiß man bisher zu schlecht. Auch wie das die Kognition beeinflusst, ist schlecht untersucht. Allerdings können kognitive Störungen auch ohne Fatigue bei MS-Erkrankten auftreten. Deshalb wollen wir über die Kontrollgruppe klären: Wie schneiden Patienten ohne MS mit Schlafstörungen in kognitiven Tests ab im Vergleich zu Menschen mit MS und Fatigue?“

„Wenn wir herausfinden, Schlafstörungen sind die Ursache, wäre das noch besser, denn: Schlafstörungen lassen sich behandeln!“

„Die Studie hat im August 2024 begonnen. Mit Zwischenergebnissen rechnen wir in einem Jahr. In einer Anschluss-Studie könnte man ermitteln, ob und wie sich die Behandlung dieser Schlafstörungen auf die Fatigue auswirkt. Langfristig wäre es ideal, wenn die Studie international ausgeweitet wird. Zumal auch im Ausland wenig Erkenntnisse in diesem Bereich vorliegen.“

Wie die Untersuchungen bei Annika abgelaufen sind und mehr Interviews mit den Forschern sehen Sie in den Videos auf: <https://www.youtube.com/channel/UCLyRmKXOIIRwb-d-jwOwVw>



Visite nach der ersten Nacht im Schlaflabor: Dr. Carolin Balloff informiert Annika über die Ergebnisse. Bilder: DMSG

Wir danken unseren Förderern aus dem Jahr 2023:

Die DMSG-Forschungsförderung für Einzelprojekte 2023 wurde von privaten Spendern und jeweils zu gleichen Teilen (35.000€) unterstützt von Bristol Myers Squibb GmbH & Co. KGaA, Merck Serono GmbH, Novartis Pharma GmbH, Roche Pharma AG, Sanofi Aventis GmbH, Viatrix Healthcare GmbH.

Wesentliche Neuerungen 2025 und Neues aus der Rechtsprechung

Wir geben Ihnen an dieser Stelle regelmäßig einen Überblick über wesentliche rechtliche Neuerungen sowie aktuelle Rechtsprechung. In dieser Ausgabe berichten wir über wesentliche Rechtsänderungen im Jahr 2025 sowie eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG), eines Sozialgerichts (SG) und eines Landessozialgerichts (LSG).

1. Was ändert sich im Jahr 2025?

Krankenhausreform: Zum 1. Januar 2025 ist die Krankenhausreform durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) in Kraft getreten, die stufenweise bis 2029 umgesetzt werden soll. Kernstücke der Reform sind insbesondere eine stärkere Spezialisierung der Krankenhäuser sowie eine Umstellung der Vergütung. So wird das bisher geltende System der Fallpauschalen durch ein Vorhaldebudget ersetzt, wonach Kliniken 60 Prozent der bisherigen Vergütung für das Vorhalten von Leistungen erhalten sollen und 40 Prozent zu erwirtschaften sind. Die Vergütung erfolgt anhand von 65 Leistungsgruppen, die für die einzelnen Behandlungsarten bundeseinheitlich festgelegt worden sind. Diese Leistungsgruppen enthalten einheitliche Qualitätsvorgaben (u.a. Ausstattung, Personal und Behandlungserfahrungen) als Mindestqualitätsanforderungen, die erfüllt sein müssen. Damit einem Krankenhaus eine Leistungsgruppe durch die zuständige Landesbehörde zugewiesen werden darf, muss das Krankenhaus diese bundeseinheitlichen Qualitätskriterien erfüllen. Nur dann darf die Klinik die entsprechende Behandlung anbieten und erhält die Vergütung. Zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung ist die Zuweisung einer Leistungs-

gruppe durch die Landesbehörde ausnahmsweise auch dann möglich, wenn nicht alle Qualitätskriterien der jeweiligen Leistungsgruppe erfüllt sind. So können z.B. Kliniken, die nicht innerhalb einer bestimmten Entfernung zu erreichen sind, von der Erfüllung einiger Kriterien (befristet für drei Jahren) befreit werden. Bis Ende 2026 sollen die Bundesländer die Kliniken den Leistungsgruppen zuweisen und die Umstellung der Finanzierung soll in den Jahren 2027/2028 erfolgen. Einzelheiten der Reform können Sie auf der Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) nachlesen.

Elektronische Patientenakte: Die flächendeckende Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) ist im Januar 2025 zunächst in den Modellregionen (Hamburg, Franken und in Teilen von Nordrhein-Westfalen) gestartet. Nachdem zum Jahresbeginn auf Sicherheitsprobleme der Server hingewiesen worden ist, hat die für die Telematikstruktur zuständige gematik GmbH mitgeteilt, dass weitere technische Lösungen umgesetzt werden. Nach erfolgreichem Abschluss der Erprobung in den Modellregionen soll die ePA sodann flächendeckend genutzt werden können. Der genaue Termin steht noch nicht fest. Nachdem ursprünglich der 15. Februar 2025 als Starttermin vorgesehen war, soll die bundesweite Einführung nunmehr frühestens ab April 2025 möglich sein. Einzelheiten zur ePA finden Sie auf der Homepage des BMG.

Quelle: www.gematik.de

Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz: Kurz vor der Bundestagswahl 2025 wurde das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) in abgespeckter Version be-

schlossen. Das GVSG sieht nunmehr insbesondere die Entbudgetierung in der hausärztlichen Versorgung vor. Ferner ist eine quartalsübergreifende Versorgungspauschale vorgesehen. Zur Behandlung von volljährigen, chronisch erkrankten Patienten, die einer kontinuierlichen Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel bedürfen und keinen intensiven Betreuungsbegründungen, können Hausärzte eine Versorgungspauschale, die bis zu vier Quartalen umfassen kann, abrechnen. Eingeführt wird zudem eine Vorhaltepauschale. Diese können Hausärzte abrechnen, wenn bestimmte Kriterien erfüllt werden, z.B. Haus- und Pflegeheimbesuche, bedarfsgerechte Praxisöffnungszeiten etc. Auch wird die Hilfsmittelversorgung erleichtert. Die Erforderlichkeit eines Hilfsmittels wird zukünftig dann vermutet, wenn sich Versicherte in einem sozialpädiatrischen Zentrum oder in einem medizinischen Behandlungszentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen in Behandlung befinden und das Hilfsmittel von den dortigen Ärzten empfohlen wird. Auch soll die ambulante Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen vereinfacht werden und es sollen zusätzliche psychotherapeutische Versorgungsaufträge für vulnerable Personengruppen geschaffen werden. Das Gesetz hat am 14. Februar 2025 den Bundesrat passiert, es war bei Drucklegung jedoch noch nicht ausgefertigt und verkündet. Einzelheiten erfahren Sie auf der Homepage des BMG.

Gesetzliche Pflegeversicherung: Mit dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) wurde festgelegt, dass zum Jahresbeginn die Leistungsbeträge für Pflegebe-

dürftige zu Hause und in Heimen um 4,5 Prozent angehoben werden. Zudem wird zum Juli 2025 der Gemeinsame Jahresbetrag, der bereits seit dem 1. Januar 2024 ausschließlich für pflegebedürftige Kinder und junge Erwachsene mit Pflegegrad 4 und 5 galt, für alle Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 eingeführt. Der kalenderjährliche Leistungsbetrag in Höhe von 3.539 Euro fasst die Verhinderungspflege und die Kurzzeitpflege zusammen und kann flexibel genutzt werden. Die bisherige Regelung, wonach nur ein Teil der Kurzzeitpflegeleistungen in Verhinderungspflegeleistungen umgewandelt werden kann, entfällt damit. Auch der Betrag für die zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel beträgt im Jahr 2025 statt 40 Euro nunmehr 42 Euro. Der Höchstbetrag für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen wird von 4.000 Euro auf 4.180 Euro erhöht. Der Anspruch für den Einsatz digitaler Pflegeanwendungen wird von bislang 50 Euro auf monatlich 53 Euro erhöht. Einzelheiten können Sie auf der Homepage des BMG nachlesen.

Kinderkrankengeld, Kindergeld, Elterngeld und Mutterschutz: Für berufstätige Eltern, die gesetzlich krankenversichert sind und die ihr krankes Kind betreuen müssen, gilt auch im Jahr 2025, dass pro Elternteil maximal 15 Arbeitstage Kinderkrankengeld beansprucht werden können. Bei mehreren Kindern besteht der Anspruch maximal für 35 Tage. Bei Alleinerziehenden besteht der Anspruch für 30 Arbeitstage pro Kind, bei mehreren Kindern für maximal 70 Arbeitstage. Das erkrankte Kind muss gesetzlich krankenversichert sein und darf das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder eine Behinderung aufweisen und auf Hilfe angewiesen sein. Das Kindergeld wird monatlich um 5 Euro auf 255 Euro pro Kind angehoben. Der Kinderzuschlag beträgt 297 Euro pro Kind ab 2025. Eltern, die Kinderzuschlag erhalten oder beantragt haben, erhalten diesen automatisch.

Für das Elterngeld gilt ab dem 1. April 2025 die Einkommensgrenze von 175.000 Euro (vorher 200.000 Euro). Liegt das zu versteuernde Einkommen über dieser Grenze, entfällt der Anspruch auf Elterngeld.

Ende Januar hat der Bundestag eine Änderung des Mutterschutzgesetzes beschlossen, die ab Juni 2025 gilt. Es soll sodann ein gestaffelter Mutterschutz für Fehlgeburten ab der 13. Schwangerschaftswoche gelten. Ebenso soll der Anspruch auf Mutterschaftsleistungen gestaffelt (Fehlgeburten ab der 13. Schwangerschaftswoche) ausgeweitet werden. Das Gesetz hat im Februar 2025 den Bundestag passiert, war bei Drucklegung jedoch noch nicht verkündet.

Mindestlohn, Kurzarbeitergeld und Wohngeld: Der gesetzliche Mindestlohn steigt zum Jahresbeginn auf 12,82 Euro pro Stunde. Die Mindestlöhne in der Pflege, die je nach Qualifikation gestaffelt sind, steigen zum Mai 2025 und zum Juli 2025 an. Die maximale Bezugsdauer für Kurzarbeitergeld wird zum Jahresbeginn auf 24 Monate (statt 12 Monate) verlängert und gilt bis Ende 2025. Das Wohngeld steigt um durchschnittlich 15 Prozent.

Barrierefreiheit: Aufgrund des Barrierefreiheitsstärkungsgesetz (BFSG) müssen bestimmte Produkte und Dienstleistungen, die nach dem 28. Juni 2025 in den Verkehr gebracht werden, barrierefrei sein. Dies gilt z.B. für Selbstbedienungsterminals, Computer, Telekommunikationsdienste und Bankdienstleistungen für Verbraucher. Dabei gelten Besonderheiten für Kleinunternehmen. Einzelheiten erfahren Sie auf der Homepage des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS).

Eingliederungshilfe, Schwerbehinderung und Hinzuverdienst: Zum Jahresbeginn gilt der erhöhte Vermögensfreibetrag für vermögensabhängige Leistungen von 67.410 Euro. Die Kosten für die Wertmar-

ke, mit denen schwerbehinderte Menschen Nahverkehrsmittel kostenlos nutzen können, beträgt seit Jahresbeginn 104 Euro (bisher 91 Euro) jährlich. Die Höhe des Bürgergeldes und der Sozialhilfe bleibt unverändert. Die Hinzuverdienstgrenze beträgt bei Renten wegen voller Erwerbsminderung rund 19.661 Euro und bei Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung rund 39.322 Euro im Jahr 2025.

Außerklinische Intensivpflege: Im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege (AKI) muss vor jeder Verordnung für beatmete oder trachealkanülierte Patienten im Rahmen einer Potenzialerhebung geprüft werden, ob eine Entwöhnung von der Beatmung/Entfernung der Trachealkanüle möglich ist. Diese Erhebung muss grundsätzlich durch besonders qualifizierte Vertragsärzte erfolgen. Mangels vorhandener ärztlicher Kapazitäten galt bis Ende 2024 eine Lockerung als Übergangsregelung. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat nunmehr eine Verlängerung dieser Übergangsregelung beschlossen. Für den Fall, dass eine qualifizierte Ärztin oder ein qualifizierter Arzt nicht rechtzeitig verfügbar ist, ist die Potenzialerhebung bis zum 30. Juni 2025 keine zwingende Voraussetzung für die Verordnung. Ferner gilt für Versicherte, die schon vor dem 31. Oktober 2023 Leistungen der außerklinischen Intensivpflege erhalten hatten und diese weiterhin bekommen, eine weitere Ausnahme: Wurde oder wird bei diesen Versicherten im Rahmen einer Potenzialerhebung festgestellt, dass keine Aussicht auf eine nachhaltige Verbesserung besteht, sind Verordnungen zur AKI weiterhin auch ohne regelmäßige Potenzialerhebung möglich. Einzelheiten finden Sie auf der Homepage des G-BA.

Quellen: www.bundesgesundheitsministerium.de; www.bundesregierung.de; www.gematik.de; www.bmas.de; www.g-ba.de

2. Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Zwangsbehandlung

Am 26.11.2024 hat das BVerfG zur Frage von ärztlichen Zwangsmaßnahmen entschieden, dass die bisherige gesetzliche Regelung, wonach ärztliche Zwangsmaßnahmen ausschließlich im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthalts durchgeführt werden dürfen, teilweise verfassungswidrig ist. Zwangsbehandlungen sind solche medizinischen Maßnahmen, die gegen den Willen einer Person eingesetzt werden. Es ging um eine Frau, die in einer besonderen Wohnform der Eingliederungshilfe lebte und die gegen ihren Willen Depotmedikationen (Medikationen, die in einem festgelegten Abstand injiziert werden) erhielt und die eine Verbringung in eine Klinik zur Durchführung dieser Maßnahme verweigerte. Streitig war die Frage, ob diese Maßnahme auch in der Wohneinrichtung erfolgen kann, ohne dass eine Verbringung in die Klinik erforderlich ist. Die Betroffene, vertreten durch ihren Betreuer, führte ein Klageverfahren bis zum Bundesgerichtshof. Dieses legte die Frage dem BVerfG zur Entscheidung vor. Das BVerfG hat die ausnahmslose Beschränkung von ärztlichen Zwangsmaßnahmen auf das Krankenhaus als Durchführungs-ort als unverhältnismäßig angesehen. Die betroffene gesetzliche Regelung sei mit dem Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit teils unvereinbar. Grundsätzlich sei die Bindung der ärztlichen Zwangsmaßnahme als letztes Mittel an einen stationären Aufenthalt im Krankenhaus zwar zulässig. Dies gelte allerdings dann nicht, wenn erhebliche Beeinträchtigungen der körperlichen Unversehrtheit zumindest mit einiger Wahrscheinlichkeit drohen würden und zu erwarten sei, dass diese Beeinträchtigungen in der Einrichtung (in der die Betreuten untergebracht seien und in welcher der Krankenhausstandard voraussichtlich nahezu erreicht würde) vermieden oder jedenfalls signifikant reduziert werden könnte, ohne dass andere Beeinträchtigungen der kör-

perlichen Unversehrtheit oder einer anderen grundrechtlich geschützten Position mit vergleichbarem Gewicht drohen würden. Der Gesetzgeber sei zu einer Neuregelung bis Ende 2026 verpflichtet. Mit diesem Urteil hat das Gericht eine Voraussetzung dafür gelockert, Menschen auch gegen ihren Willen zwangsweise zu behandeln. Das Urteil wurde sehr unterschiedlich diskutiert und es bleibt abzuwarten, wie der Gesetzgeber eine Neuregelung formulieren wird.

Quelle: BVerfG, Urt. v. 26.11.2024 - 1 BvL 1/24; abzurufen über die Homepage www.bundesverfassungsgericht.de

3. Urteil des Sozialgerichts München zur Versorgung mit einem Mollii Suit

Das SG München hat im November 2024 eine Klage einer MS-Erkrankten auf Versorgung mit einem „Exopulse Mollii Suit“ abgewiesen. Die Klägerin hatte unter Vorlage einer Verordnung eines Facharztes bei ihrer Krankenkasse die Versorgung beantragt und einen Kostenvoranschlag in Höhe von rund 8.800 Euro eingereicht. Das SG verneinte den Anspruch mit der Begründung, dass es sich beim Mollii Suit um ein Hilfsmittel handeln würde, welches nicht (ausschließlich) dem Behinderungsausgleich diene, sondern auch therapeutischen Zwecken. Bei der dem Mollii Suit zu Grunde liegenden Methode handele es sich außerdem um eine „neue“ Methode, so dass nach dem Gesetz eine selbständige Bewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erforderlich sei. Zwar würden Neuromodulation bzw. Elektrostimulation bereits im Rahmen verschiedener Therapien eingesetzt, bei diesen bereits etablierten und zugelassenen Anwendungsbereichen würden die Methoden jedoch durch den behandelnden Arzt durchgeführt bzw. im Rahmen operativer Eingriffe, wogegen der Mollii Suit von den Versicherten eigenständig im häuslichen Umfeld angewendet würde. Neue Untersu-

chungs- und Behandlungsmethoden dürften zu Lasten der Krankenkassen jedoch nur infolge einer Empfehlung des G-BA erbracht werden. Eine solche Empfehlung setze jedoch die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode sowie deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit auf Grund aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse voraus. Dieser „Methodenbewertungsvorbehalt“ durch den G-BA gelte auch dann, wenn mit dem Hilfsmittel auch weitere Versorgungsziele (z.B. Behinderungsausgleich) verfolgt würden und das Hilfsmittel untrennbar mit einer neuen Methode verbunden sei, was vorliegend bejaht wurde. Die Voraussetzungen für Ausnahmefälle seien nicht gegeben. So verneint das Gericht das Vorliegen eines Systemversagens. Ein solches kann bejaht werden und eine Leistungspflicht der Krankenkasse daraus entstehen, wenn die fehlende Anerkennung einer neuen Behandlungsmethode darauf zurückzuführen ist, dass das Verfahren vor dem G-BA trotz Erfüllung der für eine Überprüfung notwendigen Voraussetzungen nicht oder nicht zeitgerecht durchgeführt wurde. Mangels Antragstellung des Herstellers verneint das Gericht dies. Auch liege kein Seltenheitsfall vor. Ein solcher kommt als Ausnahme in Betracht, wenn wissenschaftliche Studien aufgrund der geringen Fallzahl nicht möglich sind. Ein Seltenheitsfall liegt bei einer MS-Erkrankung nicht vor.

Das SG München beruft sich u.a. auch auf eine Entscheidung in zweiter Instanz des LSG Thüringen. Dieses hatte im Juni 2024 eine Klage einer Versicherten, die nach einem Verkehrsunfall u.a. an den Folgen eines schweren Schädel-Hirn-Traumas litt, auf Versorgung mit einem „Exopulse Mollii Suit“ abgewiesen. Das LSG hatte ebenfalls darauf abgestellt, dass es sich um ein Hilfsmittel zu überwiegend therapeutischen Zwecken handeln würde und mangels Vorliegens einer positiven Empfehlung des G-BA

ein Anspruch ausgeschlossen sei und ein Ausnahmefall zu verneinen sei.

Quellen: SG München, Urt. v. 28.11.2024 – S 51 KR 1038/23; LSG Thüringen, Urt.v.13.6.2024 – L 2 KR 473/23, beide Urteile abzurufen unter www.sozialgerichtsbarkeit.de

Expertenkommentar:

Die Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation des Ärztlichen Beirats der DMSG e.V. hat sich unter der Federführung von Herrn Prof. Dr. med. Peter Flachenecker zu den beiden Urteilen wie folgt geäußert:

„Diese Urteile des Sozialgerichts München und des Landessozialge-

richts Thüringen folgen konsequent unserer Stellungnahme aus dem Jahr 2023, in der wir den generellen Einsatz des Exopulse Mollii Suit bei MS-Betroffenen nicht empfehlen, bedingt durch die nach wie vor mangelnde bis nicht vorhandene Datenlage. Diesbezüglich ist der Hersteller aufgefordert, kontrollierte, doppelblinde Studien bei einer ausreichend großen Zahl von MS-Betroffenen vorzulegen, um die Wirksamkeit dieser Methode wissenschaftlich zu belegen und damit eine Anerkennung beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) über den therapeutischen Nutzen zu erwirken.“ Ergänzend verweisen wir auf die Stel-

lungnahme des Ärztlichen Beirats der DMSG e.V. und des Krankheitsbezogenen Kompetenznetzwerkes Multiple Sklerose (KKNMS) zu dieser Thematik vom 17. November 2023 verweisen, die auf unserer Homepage abrufbar ist unter: <https://www.dmsg.de/news/detailansicht/stellungnahme-zur-wirksamkeit-von-exopulse-mollii-suit>



„Multiple Sklerose kennt keine Grenzen“

Online-Informationsveranstaltung für Menschen mit MS aus der Ukraine



Der DMSG-Bundesverband unterstützt seit Sommer 2022 geflüchtete Menschen mit Multipler Sklerose insbesondere aus der Ukraine in Deutschland dank einer Förderung der Gemeinnützigen Hertie-Stiftung. Die DMSG-Beraterinnen Dr. Alina Beckermann und Ekateryna Misiura laden Menschen mit MS mit ukrainischer Herkunft in Deutschland zu einer mehrsprachigen Online-Informationsveranstaltung über Multiple Sklerose und die Versorgungsstrukturen in Deutschland ein.

Programmübersicht:

Tag 1: 22. April

„Algorithmus zur Sicherstellung der Behandlung, Versicherung und Rehabilitation von geflüchteten Menschen mit Multipler Sklerose in Deutschland“ (Schritt-für-Schritt-Anleitung zur Organisation medizinischer Versorgung und sozialer Dienste)

- Wie registriert man sich im Krankenversicherungssystem?
- Zugang zu Neurologen und spezialisierten MS-Zentren
- Erhalt von Hilfsmitteln (Rollstühle, medizinische Geräte)
- Patientenrechte und soziale Unterstützung

Referentinnen von Tag 1:

Dr. Alina Beckermann und Ekateryna Misiura

Tag 2: 8. Mai

„Überwachung und Kontrolle des Verlaufs der Multiplen Sklerose“

(Erläuterung der verfügbaren Behandlungsmöglichkeiten und deren leitliniengerechte Anwendung)

- Warum eine kontinuierliche Behandlung entscheidend für die Krankheitskontrolle ist
- Rehabilitationsprogramme in Deutschland: kognitive und psychologische Unterstützung
- Wie organisiert man den Behandlungsprozess? Wichtige Schritte und Ressourcen

Tag 2: 15. Mai:

„Krankheitsbewältigung und Bewältigung der posttraumatischen Belastung. Unterstützung bei Multipler Sklerose in Kriegszeiten. Der Einfluss von Stress auf die Krankheit“

(Strategien zur Stressbewältigung zur Verbesserung des Zustands der Menschen mit MS mit Kriegs- und Flüchtlingsstraumata)

- Wie beeinflusst Stress das Nervensystem und den Krankheitsverlauf?
- Methoden zur Selbstregulation, Entspannung und psychotherapeutische Unterstützung
- Psychische Unterstützung im neuen Land

Die Referenten für Tag 2 und Tag 3 werden zu einem späteren Zeitpunkt online bekanntgegeben.

Anmeldung: Anmeldeformular auf der DMSG-Website unter: www.dmsg.de/veranstaltungen/ukraine-hilfe

EMSP-Konferenz 2025 – „Gemeinsam für eine bessere Zukunft bei MS“

Die alljährliche Konferenz der Europäischen MS-Gesellschaft (EMSP) findet am 16./17. Mai in Prag statt



Programm und Anmeldung:

Einzelheiten zum Programm finden Sie unter dem folgenden Link: <https://eu.eventcloud.com/web-site/15596/program/>.



Es besteht auch die Möglichkeit der Online-Teilnahme. Nutzen Sie diesen Link: <https://bit.ly/4gXrVLL> oder QR-Code für Ihre Anmeldung.



Einladung und Überblick

Die Jahreskonferenz der EMSP richtet sich an Menschen, die an MS oder verwandten Erkrankungen wie NMOSD oder Mogad erkrankt sind sowie an deren Angehörige, Unterstützer und engagierte Interessierte. Die Konferenz findet vom 16. bis 17. Mai 2025 in Prag, Tschechien, statt. Gemeinsam mit der tschechischen MS-Gesellschaft, Unie Roska, steht dieser Termin für Austausch, Information und das Miteinander von Menschen mit MS und Forschenden.

„Prävention bei Multipler Sklerose und verwandten Erkrankungen: Aufdecken von Risiko- und Schutzfaktoren“, ist die diesjährige Veranstaltung überschrieben. Jahr für Jahr kommen neue wissenschaftliche Erkenntnisse über die Erkrankung MS hinzu. Dies gilt auch für die verwandten Erkrankungen NMO und Mogad. Dabei spielt inzwischen auch die aktive Beteiligung der Erkrankten eine immer bedeutendere Rolle. Die Konferenz möchte aufzeigen, wie neuesten Entwicklungen in Prävention und Therapie dazu beitragen können, die Lebensqualität zu verbessern.

Was Sie erwartet:

• Fortschritte entdecken:

Erfahren Sie, welche neuen Entwicklungen es in der MS-Forschung und -Behandlung gibt. Lernen Sie innovative Therapien kennen und verstehen Sie, wie diese Ansätze das Leben von Menschen mit MS positiv beeinflussen können.

• Wichtige politische Fragen:

Diskutieren Sie mit Experten über aktuelle Herausforderungen im Gesundheitssystem. Wie können Hindernisse überwunden werden, die den Zugang zu besseren Behandlungen erschweren, und welche gemeinsamen konkreten Lösungsansätze können erarbeitet werden.

• Austausch und Vernetzung:

Nutzen Sie die Gelegenheit, sich mit anderen Betroffenen sowie Fachleuten aus ganz Europa auszutauschen. Gemeinsame Erfahrungen, bewährte Praktiken und gegenseitige Unterstützung stärken die gesamte MS-Community.

• Geselliges Gala-Dinner:

Der Abend des Gala-Dinners bietet einen entspannten Rahmen, um in lockerer Atmosphäre Kontakte zu knüpfen, persönliche Gespräche zu führen und das Gemeinschaftsgefühl zu vertiefen.

Warum teilnehmen?

Die „EMSP Annual Conference 2025“ bietet Ihnen nicht nur die Möglichkeit, sich umfassend über die neuesten Entwicklungen in der MS-Prävention und -Behandlung zu informieren, sondern auch aktiv Einfluss auf die Zukunft der MS-Versorgung zu nehmen. Ihre Teilnahme hilft dabei, den Dialog zwischen Betroffenen, Forschenden und politischen Entscheidungsträgern zu fördern. Ein wichtiger Schritt, um die Versorgung und das Leben von Menschen mit MS und Menschen mit verwandten Erkrankungen nachhaltig zu verbessern.

Das EMSP-Team freut sich auf Ihre Teilnahme.

Neuer Präsident und neue CEO der internationalen MS-Gesellschaft MSIF

Mario Battaglia aus Italien zum Präsidenten gewählt
– Lydia Makaroff folgt auf Peer Baneke als CEO

Gleich zwei bedeutende Wechsel an der Spitze der Multiple Sclerosis International Federation, MSIF, fanden zum Ende des Jahres 2024 statt. Mario Battaglia, Generaldirektor der italienischen MS-Gesellschaft AISM folgt als Präsident auf Professor May Sharawy aus Ägypten, die zuvor fünf Jahre die MSIF leitete. Nach achtzehn Jahren ging Peer Baneke, der CEO der MSIF, in den Ruhestand. Dr. Lydia Makaroff übernahm im Dezember 2024 seinen Posten und führt seitdem die Geschäfte.

In der Dankesrede nach seiner Wahl erläuterte Mario Battaglia die Beweggründe für sein langjähriges Engagement im Bereich der Multiplen Sklerose:

„Ich bin seit 50 Jahren ehrenamtlich in der Multiple Sklerose-Bewegung tätig. Ich bin durch einen Freund, der an MS erkrankt war, dazu gekommen, obwohl er nicht mehr unter uns ist. Sein Name war nicht Martin Luther King, aber er rief mich jeden Sonntag an und sagte: ‚Ich habe einen Traum. Eines Tages wird die Multiple Sklerose besiegt sein. Gibt es etwas Neues?‘ Ich glaube, dass dies auch heute noch das Hauptziel unserer Arbeit ist: Überall auf der Welt das Wort ‚Ende‘ neben ‚Multiple Sklerose‘ zu setzen. Aus diesem Grund ist es für mich eine Ehre, zum Präsidenten der MSIF gewählt worden zu sein.“

Mario Battaglia bedankte sich insbesondere bei der scheidenden Präsidentin May Sharawy für die geleistete Arbeit in den sehr schwierigen, von der Pandemie geprägten Jahren.

Lydia Makaroff folgt Peer Baneke als neue Geschäftsführerin. Zuvor war sie Geschäftsführerin von „Fight Bladder Cancer“ und Präsidentin der „World Bladder Cancer Patient Coalition“ (internationale Patientenvereinigungen für den Kampf gegen Blasenkrebs). Ihr Engagement für MSIF begründet Lydia Makaroff wie folgt:

„Es ist ein Privileg, dieser großartigen Gemeinschaft beizutreten, und ich freue mich darauf, mit Ihnen allen zusammenzuarbeiten, um für Menschen, die mit MS leben und von ihr betroffen sind, etwas zu bewirken.“

Ich habe in Australien, den USA, Belgien und dem Vereinigten Königreich gelebt. Ich habe meine berufliche Laufbahn der Verbesserung von Gesundheitssystemen gewidmet und mich für einen gerechten Zugang zur Versorgung eingesetzt. Vor MSIF habe ich medizinische Forschung im Bereich Autoimmunkrankheiten betrieben, bei der 'International Diabetes Vereinigung' gearbeitet und die Welt-Blasenkrebs-Patientenvereinigung mitbegründet, in der ich mit Organisationen auf der ganzen Welt zusammengearbeitet habe, um eine bessere Versorgung zu fordern. Diese Erfahrung hat mir gezeigt, welche unglaubliche Wirkung wir erzielen können, wenn wir global zusammenarbeiten und uns auf die Bedürfnisse der Menschen konzentrieren, die von den Problemen, die wir angehen, direkt betroffen sind.“

Nach 18 Jahren engagierten Einsatzes für den Aufbau einer starken und wirkungsvollen globalen MS-Bewegung ist Peer Baneke im Dezember in den Ruhestand gegangen. Bevor er im Januar 2007 zu MSIF kam, arbeitete er für Amnesty International und den Europäischen Rat für Flüchtlinge und im Exil lebende Personen.

Sein Interesse an MS begann, als bei seinem Vater die Krankheit diagnostiziert wurde, als es nur sehr wenige Behandlungsmöglichkeiten gab. Seine persönlichen Erfahrungen mit der Krankheit haben ihn gelehrt, die von MS betroffenen Menschen in den Mittelpunkt der MSIF und aller ihrer Aktivitäten zu stellen.

Peer Baneke nahm im November 2024 stellvertretend für die MSIF den Käte-Hammersen-Preis der DMSG beim Festakt in Berlin entgegen und verabschiedete sich dort von langjährigen Mitspielern in der DMSG.



Peer Baneke,
ehemaliger CEO
der MSIF
Foto: Anne Freitag



Lydia Makaroff,
neue CEO der MSIF
Bild: MSIF



Mario Battaglia,
neuer Präsident
der MSIF
Bild: MSIF

Kontaktsuche

Thomas = 59 sucht Kontakte

(evtl. Freundschaften) nicht nur zum Thema MS.
Wer hat Interesse? **Chiffre 25-001**

Suche / Biete

Kompakter Rollstuhl "RollZ motion" für 820 EURO zu verkaufen. Die Griffe sind drehbar nach vorne, so ist der Rollstuhl als Rollator nutzbar. 1/2 Jahr alt, wie neu. Abzuholen in Kressbronn am Bodensee oder nach Absprache. Fotos und mehr Info bitte per Mail an **kasperdrea@gmail.com**

Verkaufe 1 Paar (2 Stück) Alu-Teleskoprampen ausziehbar von 90 bis 150 cm, Aufhängebreite 16 cm. Nutzlast pro Paar 270 kg, Gewicht 9 kg mit Anti-Rutsch-Belag. Nur einige Male benutzt und in gutem Zustand, Neupreis 140 Euro. Der Verkauf erfolgt gegen Selbstabholung. Versand ist bei Übernahme der Kosten möglich. Preis 110 Euro, **Telefon 0345 / 5513274**

Zu verkaufen: E Scooter, Travelscoot Deluxe SET Li 274 Wh. Ideal für unterwegs und zugelassen für Flugreisen. Gew. 14 KG, faltbar in Sporttaschengröße. Ein Jahr gefahren. Preis 1500 €, VB **Tel. 06661 / 5326**

Verkaufe Elektrodreirad Scootertrike von Pfau-tec mit Fußschalen und Handbremse rechts für 2000 Euro, Selbstabholer Blieskastel Saarland **Tel. 01629704552**

Urlaub

Willkommen, Barrierefrei und Rollstuhlgerecht...
Urlaub auf der INSEL RÜGEN!

Ruhige Lage, dennoch zentral für 2-3 Personen, gern auch mit Haustier.

www.ruegen-barrierefrei.de
oder Handy 0171/3090166.

Seien Sie Gast bei „Käpt'n Udo“, Ihr Uwe Timm.

Barrierefreies Ferienhaus in Portugal (Algarve)

Die Villa "Casa Foupana" ist barrierefrei erbaut. Rollstuhlfahrer und MS-Patienten sind hier perfekt untergebracht, da der Eigentümer selbst Rollstuhlfahrer ist.

Das Haus verfügt über ein großes Wohnzimmer, 4 Schlafzimmer, Küche und 3 Bäder. Ein privater Swimming-Pool mit einer barrierefreien Außendusche ist ebenfalls vorhanden. Die Villa befindet sich 20 km östlich von Faro auf einem großen Grundstück im Naturschutzgebiet in absolut ruhiger Lage. Die Hügellage bietet vom Haus einen traumhaften Panoramablick bis zum Atlantik.

Nähere Informationen finden Sie auf folgender Webseite: www.barrierefrei-urlaub.com
Kontakt: Dr. Daniel Meppen (Hamburg)
Tel. mobil: 0173 / 476 3222
Festnetz: 040 / 741 094 70

Antworten auf Chiffre-Anzeigen und Annahme privater Kleinanzeigen (kostenlos für Mitglieder):
DMSG-Bundesverband e.V., Krausenstraße 50, 30171 Hannover, E-Mail: borchelte@dmsg.de

URLAUB AM SCHÖNEN EDERSEE!

Behindertengerechtes und barrierefreies Ferienhaus (2-4 Pers.) mit großer Gartenanlage zum Wohlfühlen und Entspannen. Besuchen Sie uns auf unserer Internetseite: **www.fewo-hankel.de** oder rufen Sie uns an: **Handy 0170/8240920**. Wir freuen uns auf Sie! Ihre Familie Hankel

Rollifreundlicher Urlaub in Schleswig-Holstein

zwischen Schlei und Ostsee: In ruhiger ländlicher Umgebung vermieten wir auf Hof Sonnenkoppel eine schöne, gepflegte Ferienwohnung. Alles ist sehr rollstuhlgerecht gestaltet (schwollenlose Schiebetüren, befahrbare Dusche etc.). Bei Bedarf auch spezielle Hilfsmittel wie Pflegebett o.ä. (Zusammenarbeit mit einem Sanitätshaus). Überdachter Parkplatz vor der Haustür, 2 Schlafzimmer, Wohnküche, großzügiges Bad, überdachte Terrasse. Bis 4 Personen. Die Vermieterin ist selbst MS-Betroffene. In der Nähe: Eckernförde, Kappeln und Ostsee Resort Damp (Rehazentrum, Fitness- und Therapieangebote), behindertenfreundliche Zugänge an die Ostsee. **Hof Sonnenkoppel, Rieseby, Tel. 04355/989265, www.hof-sonnenkoppel.de**

MOTOmed®

Die Bewegungstherapie unterstützt die Behandlung bei MS – in der Klinik und zu Hause.



Ihr Plus bei MOTOMed

- + Wissenschaftlich belegt und langjährig erprobt
- + Intuitive Bedienung
- + Krankenkassen erstattungsfähig
- + 7" Touch-Bildschirm
- + Einzigartige Höheneinstellung für Bein- und Armtrainer



www.motomed.de
07374 18-84

teva

Erfahre mehr unter:
www.aktiv-mit-ms.de

Teva GmbH, Graf-Arco-Str. 3, 89079 Ulm

**Neurologisches
Rehabilitationszentrum
Quellhof**

Neurorehabilitation auf höchstem Niveau**Kompetenz**

- Multiple Sklerose
- Schlaganfall
- Post-Polio
- Guillain-Barré-Syndrom
- Parkinson
- Post-Covid-Syndrom

Erfahrung

- Seit mehr als 25 Jahren spezialisiert

Innovation

- Einzigartige, wissenschaftlich überprüfte Therapiekonzepte

Einmal Quellhof – immer Quellhof. www.quellhof.de





■ Deutsche
■ Multiple Sklerose
■ Gesellschaft
■ Bundesverband e.V.

BUNDESVERBAND

Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft
Bundesverband e.V.
Krausenstraße 50, 30171 Hannover
Tel. 0511 96834-0, Fax 0511 96834-50
Internet: www.dmsg.de
E-Mail: dmsg@dmsg.de

Spendenkonto: SozialBank AG
IBAN DE17 2512 0510 0000 4040 40, BIC BFSWDE33HAN

Vorsitzende:
Prof. Dr. med. Judith Haas
Vorsitzender Ärztlicher Beirat:
Prof. Dr. med. Ralf Gold
Vorsitzende Bundesbeirat MS-Erkrankter:
Claudia Schilewski



BADEN-WÜRTTEMBERG

AMSEL, Aktion Multiple Sklerose Erkrankter
Landesverband der DMSG
in Baden-Württemberg e.V.
Nöllenstr. 7, 70195 Stuttgart
Tel. 0711 69786 0, Fax 0711 69786 99
E-Mail: info@amssel.de

Vorsitzender:
Adam Michel
Geschäftsführung:
Michaela Seyerlen
Peter Stetzuhn
Vorsitzender Ärztlicher Beirat:
Prof. Dr. med. Peter Flachenecker
Patientenvertreterin:
N.N.
Publikation: „together“

SozialBank AG
IBAN: DE94 3702 0500 0007 7177 00
BIC: BFSWDE33XXX

BAYERN

Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft
Landesverband Bayern e.V.
St.-Jakobs-Platz 12, 80331 München
Tel. 089 236641 0, Fax 089 236641 33
E-Mail: dmsg@dmsg-bayern.de

Vorsitzender:
Uwe Schneider
Geschäftsführer:
Hans-Peter Wabro
Vorsitzender Ärztlicher Beirat:
Prof. Dr. med. Ingo Kleiter
Vorsitzende Patientenbeirat:
Claudia Schilewski
Soziale Dienste:
Claudia John
Publikation: „Kontakt“

Spendenkonto: HypoVereinsbank München
IBAN: DE92700202705803751082
BIC: HYVEDEMMXXX

BERLIN

Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft
Landesverband Berlin e.V.
Aachener Straße 16, 10713 Berlin
Tel. 030 3130647, Fax 030 3126604
E-Mail: info@dmsg-berlin.de

Vorsitzender:
Priv.-Doz. Dr. med. Karl Baum
Geschäftsführerin:
Karin May
Sprecherin Ärztlicher Beirat:
Dr. Juliane Klehmet
Vorsitzende Beirat für MS-Erkrankte:
Daniela Rogall
Sozialpädagogische Beratung:
Sylvia Habel-Schlajpin, Dipl.-Soz. Päd.
Regina Suchet, Dipl.-Soz. Päd.
Publikation: „Kompass“

Spendenkonto: Berliner Sparkasse
IBAN: DE95100500001130004500
BIC: BELADEBEXX

BRANDENBURG

Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft
Landesverband Brandenburg e.V.
Jägerstraße 18, 14467 Potsdam
Tel. 0331 292676, Fax 0331 2800146
E-Mail: info@dmsg-brandenburg.de

Vorsitzender:
Jörg Grigoleit
Geschäftsführerin:
Bettina Delfanti
Vorsitzender Ärztlicher Beirat:
Prof. Dr. med. Andreas Bitsch
Vorsitz Patientinnenbeirat:
Frank Milbrandt
Soziale Dienste:
Ulrike Stranz
Publikation: „Märkisches MS-Magazin“

SozialBank AG
BIC: BFSW DE33 BER
IBAN: DE57 3702 0500 0001 5222 00

BREMEN

Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft
Landesverband Bremen e.V.
Brucknerstr. 13, 28359 Bremen
Tel. 0421 326619, Fax 0421 324092
E-Mail: info@dmsg-bremen.de

Vorsitzender:
Prof. Dr. med. Andreas Kastrup
Medizinischer Beirat:
Prof. Dr. med. Andreas Kastrup
Mitglied im Bundesbeirat MS-Erkrankter:
Ulf Blohm
Soziale Dienste:
N.N.
Publikation: „MS-Kontakt“

Spendenkonto:
Oldenburgische Landesbank AG
IBAN: DE 12 2802 0050 4659 9809 00
BIC: OLBODEH2XXX

HAMBURG

Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft
Landesverband Hamburg e.V.
Eppendorfer Weg 154-156, 20253 Hamburg
Tel. 040 422 44 33, Fax 040 422 44 40
E-Mail: info@dmsg-hamburg.de

Vorsitzender:
Dr. Ludwig Linder
Geschäftsführerin:
Andrea Holz M.A.
Vorsitzender Ärztlicher Beirat:
Prof. Dr. med. Christoph Heesen
Vorsitzender Selbsthilfebeirat:
Markus van de Loo
Sozialpädagogische Beratung:
Hanna Gandt, Soz.Päd./Sozialarbeiterin B.A.
Katja Rieffel, Dipl.-Pädagogin
Johannes Wiggers, Dipl.- Soz.Päd./Sozial-
arbeiter
Publikation: „Gemeinsam“

SozialBank AG
IBAN: DE24 3702 0500 0009 4669 00
BIC: BFSWDE33XXX

HESSEN

Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft
Landesverband Hessen e.V.
Wittelsbacherallee 86,
60385 Frankfurt am Main
Tel. 069 405898 0, Fax 069 405898 40
E-Mail: dmsg@dmsg-hessen.de

Vorsitzende:
Dagmar Spill
Geschäftsführer:
Benno Rehn
Vorsitzende Ärztlicher Beirat:
Prof. Dr. med. Uta Meyding-Lamadé
Vorsitzende Landesbeirat MS-Erkrankter:
Barbara Pospiech
Soziale Dienste:
Benno Rehn
Publikation: „dabei“

Spendenkonto: SozialBank AG
IBAN: DE39 3702 0500 0007 6052 00
BIC: BFSWDE33XXX

MECKLENBURG-VORPOMMERN

Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft
Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e.V.
Kieler Straße 26a, 19057 Schwerin
Tel. 0385 3922022, Fax 0385 3941139
E-Mail: ms@dmsg-mv.de

Vorsitzender:
Stefan Bobzin
Geschäftsführerin:
Ramona Hempel
Vorsitzender Ärztlicher Beirat:
Dr. med. Stefan Höthker
Betroffenenvertreterin:
Simone Sengstock
Soziale Dienste:
Nadine Bartram
Publikation: „MenschSein“

Spendenkonto:
Sparkasse Mecklenburg-Schwerin
IBAN: DE22140520000306053004
BIC: NOLADE21LWL

NIEDERSACHSEN

Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft
Landesverband Niedersachsen e.V.
Engelbosteler Damm 104, 30167 Hannover
Tel. 0511 703338, Fax 0511 708981
E-Mail: info@dmsg-niedersachsen.de

Vorsitzender:
Prof. Dr. med. Fedor Heidenreich
Geschäftsführerin:
Sabine Behrens
Mitglied im Ärztlichen Beirat
auf Bundesebene:
Prof. Dr. med. Fedor Heidenreich
Mitglied im Bundesbeirat MS-Erkrankter:
Ute Quante
Publikation: „WIR Niedersachsen“

Spendenkonto: Nord-LB/Hannover,
IBAN: DE51250500000101030690
BIC: NOLADE2HXXX

NORDRHEIN-WESTFALEN

Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft
Landesverband Nordrhein-Westfalen e.V.
Sonnenstraße 14, 40227 Düsseldorf
Tel. 0211 93304 0, Fax 0211 93304 27
E-Mail: post@dmsg-nrw.de

Vorsitzender:
Dr. med. Dieter Pöhlau
Geschäftsführerin:
Dr. rer. medic. Sabine Schipper
Vorsitzender Medizinischer Beirat:
Prof. Dr. med. Hans-Peter Hartung
Vorsitzende Beirat MS-Erkrankter:
Andrea Arntz
Psychologischer und Sozialdienst:
Beatrice Michalsen
Publikation: „MS-Magazin NRW“

Spendenkonto: Stadtparkasse Düsseldorf
IBAN: DE32300501100010016343
BIC: DUSSEDDXXX

RHEINLAND-PFALZ

Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft
Landesverband Rheinland-Pfalz e.V.
Hindenburgstraße 32, 55118 Mainz
Tel. 06131 604704, Fax 06131 604930
E-Mail: info@dmsg-rlp.de

Vorsitzender:
Dr. Rolf Beetz
Geschäftsführer:
Dieter Korfmann
Vorsitzender Ärztlicher Beirat:
Dr. med. Dieter Pöhlau
Vorsitzende Patientenbeirat:
Michaela Schott
Soziale Dienste:
Ursula Büsch
Publikation: „helfen“

Spendenkonto: Commerzbank AG
IBAN: DE89550800650270070000
BIC: DRESDEFF550

SAARLAND

Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft
Hubert Rohde Haus
Landesverband Saarland e.V.
Lessingstraße 7, 66121 Saarbrücken
Tel. 0681 37910 0, Fax 0681 37910 16
E-Mail: info@dmsg-saarland.de

Vorsitzender:
Prof. Dr. med. Stefan Jung
Geschäftsführerin:
Birgit Dewes
Stellvertretender Vorsitzender
und Ärztliches Mitglied im Vorstand:
Dr. med. Michael Gawlitza
Patientenvertreterinnen im Vorstand:
Ursula Lang, Linda Weber
Soziale Dienste:
Carmen Mailänder, Birgit Dewes,
Simone Thiery
Publikation: „MS-Info Saarland“

Spendenkonto: Saar LB
IBAN: DE95590500000013333000
BIC: SALADE55XXX

SACHSEN

Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft
Landesverband Sachsen e.V.
Fiedlerstraße 4, 01307 Dresden
Tel. 0351 65888 75, Fax 0351 65888 79
E-Mail: info@dmsg-sachsen.de

Vorsitzender:
Dr. Sven Ehrlich
Geschäftsführerin:
Marion Weiser
Vorsitzender Ärztlicher Beirat:
Dr. Wolfgang Köhler
Sprecher Beirat der MS-Erkrankten:
Waldemar Krupka
Soziale Dienste:
Sonja Röblitz, Dipl.-Soz.-Päd.
Petra Hein, Ergotherapeutin
Publikation: „Multiples in Sachsen“

Spendenkonto: SozialBank AG Köln
IBAN: DE 98 3702 0500 0003 6510 00
BIC: BFSWDE33XXX

SACHSEN-ANHALT

Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft
Landesverband Sachsen-Anhalt e.V.
Harz 22, 06108 Halle
Tel. 0345 2029831, Fax 0345 2029836
E-Mail: post@dmsg-sachsen-anhalt.de

Vorsitzender:
Axel Vehres
Geschäftsführerin:
N.N.
Vorsitzender Ärztlicher Beirat:
Prof. Dr. med. Michael Sailer
Vorsitzende Beirat MS-Erkrankter:
Andrea Bahr
Publikation: „Dabeisein“

Spendenkonto: Saalesparkasse
IBAN: DE86800537620388308311
BIC: NOLADE21HAL

SCHLESWIG-HOLSTEIN

Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft
Landesverband Schleswig-Holstein e.V.
Beselerallee 67, 24105 Kiel
Tel. 0431 56015 0, Fax 0431 56015 20
E-Mail: info@dmsg-sh.de

Vorsitzende:
Janina Hillmann
Geschäftsführer:
Andreas Heitmann
Vorsitzende Ärztlicher Beirat:
Priv.-Doz. Dr. Klarissa Stürner
Vorsitzende Beirat für MS-Betroffene:
Christa Nonkovic
Soziale Dienste:
Franzi Stein, Sozialarbeiterin B.A.
Publikation: „ms-Infos & Meer“

Spendenkonto: Förde Sparkasse
IBAN: DE87210501700000278051
BIC: NOLADE21KIE

THÜRINGEN

Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft
Landesverband Thüringen e.V.
Moskauer Platz 15, 99091 Erfurt
Tel. 0361 71004 60, Fax 0361 71004 61
E-Mail: info@dmsg-thueringen.de

Vorsitzender:
Dr. med. Udo Polzer
Geschäftsführerin:
Renate Wida-Vogel
Vorsitzender Ärztlicher Beirat:
Prof. Dr. med. Andreas Steinbrecher
Vorsitzender Beirat MS-Erkrankter:
Dietmar Schneider
Soziale Dienste:
Gisela Deynet-Merkelbach
Publikation: „Gemeinsam leben“

Spendenkonto:
Kreissparkasse Saalfeld-Rudolstadt
IBAN: DE50830503030000020230
BIC: HELADEF1SAR

Herausgeber:
Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft
Bundesverband e.V.
Krausenstraße 50, 30171 Hannover
Tel. 0511 96834 0, Fax 0511 96834 50
E-Mail: dmsg@dmsg.de, Internet: www.dmsg.de

aktiv! ist die offizielle Fachzeitschrift der DMSG,
Bundesverband e.V.
Die Herausgabe von **aktiv!** wird durch Zuschüsse
der Deutschen Rentenversicherung Bund gefördert.

Verantwortlich i.S.d.P.:
Prof. Dr. med. Judith Haas

Redaktion:
Herbert Temmes

Verlag, Layout, Druck & Anzeigen:
SP Medienservice
Reinhold-Sonnek-Str. 12, 51147 Köln
Tel. 02203 9804031
E-Mail: info@sp-medien.de, Internet: sp-medien.de

Abonnements, Mitgliederbetreuung:
Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft
Bundesverband e.V.
Krausenstraße 50, 30171 Hannover
Tel. 0511 96834 0, Fax 0511 96834 50
E-Mail: dmsg@dmsg.de, Internet: www.dmsg.de

Verkaufspreis:
Ist im Mitgliedspreis enthalten

Bankverbindungen:
Spendenkonto: SozialBank AG
IBAN: DE172512051000004040
BIC: BFSWDE33HAN
Geschäftskonto: SozialBank AG
IBAN: DE61 3702 0500 0007 4174 00
BIC: BFSWDE33HAN

Auflage:
41.000 ISSN 0949-622 X

Bildnachweis:
Titel: AdobeStock / Vicky
Rechte unter jeweiligem Bild in dieser Ausgabe

Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft Bundesverband e.V.

Geschäftsführender Vorstand:
Prof. Dr. med. Judith Haas (1. Vorsitzende)
Dr. med. Dieter Pöhlau (Stellv. Vorsitzender)
Marianne Moldenhauer (Stellv. Vorsitzende)
Andreas Brinkmann (Schatzmeister)
Claudia Schilewski (Mitglied)
Dagmar Spill (Mitglied)

Bundesgeschäftsführung:
Herbert Temmes

Erweiterter Vorstand:
Vorsitzende der Landesverbände,
Mitglieder des Geschäftsführenden Vorstandes,
Vorsitzender des Ärztlichen Beirates,
Vorsitzende des Bundesbeirates MS-Erkrankter

Ärztlicher Beirat:
Ehrenvorsitzender: Prof. Dr. med. Klaus V. Toyka
Ehrenmitglied: Prof. Dr. med. Reinhard Hohlfeld
Vorsitzender: Prof. Dr. med. Ralf Gold
Stellvertreter: Prof. Dr. med. Luisa Klotz,
Prof. Dr. med. Ralf Linker
Vorstandsmitglieder:
Prof. Dr. med. Peter Flachenecker
Prof. Dr. med. Judith Haas
Prof. Dr. med. Bernhard Hemmer
Dr. Boris-Alexander Kallmann
Prof. Dr. med. Heinz Wiendl
Prof. Dr. med. Frauke Zipp

Bundesbeirat MS-Erkrankter:
Ehrenvorsitzende: Dr. med. Edeltraud Faßhauer
Ehrenvorsitzender: Edgar Bertram †
Vorsitzende: Claudia Schilewski
1. Stellvertretender Vorsitzender: Markus van de Loo
Stellvertretende Vorsitzende: Simone Sengstock,
Ulf Blohm

Die DMSG ist Mitglied in der European MS-Platform
(EMSP) und in der Multiple Sclerosis International
Federation (MSIF), beim Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband, der BAG SELBSTHILFE e.V., beim Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge und bei der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation.

Schirmherrinnen und Schirmherren der DMSG

BUNDESVERBAND

Christian Wulff, Bundespräsident a. D.

Baden-Württemberg
N.N.

Bayern
Elizabeth Herzogin in Bayern

Berlin
Dr. Gregor Gysi

Brandenburg
Matthias Platzeck, MdL, Ministerpräsident a. D.

Bremen
N.N.

Hamburg
N.N.

Hessen
N.N.

Mecklenburg-Vorpommern
Stefanie Drese, Ministerin für Soziales, Gesundheit und Sport

Niedersachsen
N.N.

Nordrhein-Westfalen

Hendrik Wüst, Ministerpräsident

Rheinland-Pfalz

Malu Dreyer, MdL, Ministerpräsidentin a.D.

Saarland

Charlotte Britz, Oberbürgermeisterin a.D.

Sachsen

Barbara Klepsch, Staatsministerin

Sachsen-Anhalt

Dr. rer. cur. Anja Schneider, MdL Sachsen-Anhalt

Schleswig-Holstein

Bernd Heinemann, MdL, Vizepräsident

des Schleswig-Holsteinischen Landtages a.D.

Thüringen

Christian Hirte, MdB

THE MAY 50K

ROLL.
LAUF.
GEH.
50KM!



Deutsche
Multiple Sklerose
Gesellschaft
Bundesverband e.V.



wicker.de

Aktiv bleiben mit MS

Neurologische Rehabilitation in der Hardtwaldklinik I

Wir bieten Ihnen in der grünen Mitte Deutschlands eine vielseitige Behandlung, die individuell auf Sie und Ihre Bedürfnisse zugeschnitten ist. Es umfasst die gesamte Bandbreite moderner Therapieverfahren wie Ergotherapie, Sprachtherapie, Physiotherapie mit bedarfsweise Lyra-Gangtrainer und Hippotherapie, unterstützt durch begleitende Psychotherapie, Neuropsychologie sowie ausführliche ärztliche Beratung. Die Hardtwaldklinik I ist ein zertifiziertes MS-Rehabilitationszentrum der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG).

Erfahren Sie mehr im Internet unter www.wicker.de/kliniken/hardtwaldklinik-i oder kontaktieren Sie uns direkt unter Tel. 05626-87984 oder 05626-87952.



Wicker-Kliniken. Wir sorgen für Gesundheit. Hardtwaldklinik I - Hardtstraße 31 - 34596 Bad Zwesten



REHAB

Rehabilitation | Therapie | Pflege | Inklusion

23. EUROPÄISCHE FACHMESSE

JETZT Ticket online günstiger sichern!



rehab-karlsruhe.com/tickets

MESSE KARLSRUHE 22. – 24. Mai 2025



rehab-karlsruhe.com

Parallel zur Fachmesse:

CON.THERA
Interdisziplinärer Therapeutenkongress

Veranstalter:

messe karlsruhe

Alle Funktionstrainingsgruppen auf einen Blick:

Bayern

Funktionstraining Gruppe Gemünden
Kursleitung: Claudia Böttger
Kursort: Therapiezentrum Main-Spessart,
Klinikstraße 1, 97737 Gemünden am Main
Mittwochs 16:00 Uhr

Funktionstraining Gruppe Marktheidenfeld I
Kursleitung: Geerke van Arragon-Ziegler
Kursort: Physiopoint, Baumhofstr. 33,
97828 Marktheidenfeld
Mittwochs 17:00 Uhr

Funktionstraining Gruppe Marktheidenfeld II
Kursleitung: Geerke van Arragon-Ziegler
Kursort: Physiopoint,
Baumhofstr. 33, 97828 Marktheidenfeld
Freitags 9:40 Uhr

Funktionstraining Gruppe Augsburg
Kursleitung: Thomas Klingelhöfer
Kursort: Therapiezentrum Puma,
Grenzstr. 81, 86156 Augsburg
Freitags 15:15 Uhr

Funktionstraining Gruppe München (NEU!)
Kursleitung: Dagmar Eikenkötter
Kursort: Alten- und Service-Zentrum (ASZ)
Harlaching, Rotbuchenstr. 32,
81547 München
Montags 17:00 Uhr

Funktionstraining Gruppe Landau/Isar (NEU!)
Kursleitung: Jörg Zumpe
Kursort: Gesundheitszentrum Zumpe,
Vita Club, Härtlstr. 5, 94405 Landau
Mittwochs 15:30 Uhr

Berlin

Funktionstraining Gruppe Berlin-Hermsdorf
Kursleitung: Caroline Mehr
Kursort: Schmerzfrei-Attempause,
Falkentaler Steig 13, 13467 Berlin
Dienstags 17:00 Uhr

Online-Funktionstraining Gruppe Berlin-Köpenick I
Kursleitung: Susanne Fuchs
Mittwochs 10:00 Uhr

Online-Funktionstraining Gruppe Berlin-Köpenick II
Kursleitung: Susanne Fuchs
Mittwochs 11:00 Uhr

Funktionstraining Gruppe Berlin-Schöneberg
Kursleitung: Ulrike Middelhoff
Kursort: Auguste-Viktoria-Klinikum
Rubenstr. 125, 12157 Berlin-Schöneberg
Mittwochs 18:00 Uhr

Hamburg

Online-Funktionstraining Gruppe Hamburg
Kursleitung: Reinhard Swoboda
Freitags 13:45 Uhr

Hessen

Funktionstraining Gruppe Korbach
Kursleitung: Mark König-Philipp
Kursort: Trainingsland, Friedrichstr. 15,
34497 Korbach
Freitags 18:00 Uhr

Online-Funktionstraining Gruppe Fulda
Kursleitung: Toni Liesk
Mittwochs 19:00 Uhr

Online-Funktionstraining Gruppe Wiesbaden
Kursleitung: Iris Hamm
Montags 11:00 Uhr

Funktionstraining Gruppe Bad Camberg
Kursleitung: Nadine Scholl
Kursort: Medical Park, Obertorstr. 100-102,
65520 Bad Camberg
Dienstags 17:00 Uhr

Mecklenburg-Vorpommern

Funktionstraining Gruppe Rostock
Kursleitung: Karoline Klimt-Jacob
Kursort: Physiotherapie Dagmar Klimt,
Majakowskistr. 58, 18059 Rostock
(im Südstadt Center)
Montags 17:50 Uhr

Niedersachsen

Funktionstraining Gruppe Bispingen
Kursleitung: Vanessa Meyer
Kursort: ImPuls fit & aktiv gesund,
Trift 17, 29646 Bispingen
Dienstags 11:00 Uhr

Online-Funktionstraining Gruppe Bispingen
Kursleitung: Maja Kräftecyz
Kursort: ImPuls fit & aktiv gesund,
Trift 17, 29646 Bispingen
Donnerstags 16:00 Uhr

Funktionstraining Gruppe Braunschweig
Kursleitung: Yasemin Klatt-Anders
Kursort: Gymnastikraum auf der BSA
Rüningen, Leiferder Weg 5B,
38122 Braunschweig
Freitags 19:00 Uhr

Nordrhein-Westfalen

Funktionstraining Gruppe Wuppertal
Kursleitung: Marina Fischer
Kursort: Sportcenter Rauenthal,
Badische Str. 70, 42389 Wuppertal
Montags 11:15 Uhr

Rheinland-Pfalz

Funktionstraining Gruppe Neustadt/W.
Kursleitung: Valerik Miller
Kursort: Therapiezentrum Eichholz,
Lindenstr. 13, 67433 Neustadt/W.
Montags 17:00 Uhr

Funktionstraining Gruppe Enkenbach-Alsenborn
Kursleitung: Chantal Hörhammer
Kursort: Abele Gesundheitszentrum,
Kaiserslauterer Str. 22,
67677 Enkenbach-Alsenborn
Donnerstags 15:00 Uhr

Funktionstraining Gruppe Enkenbach-Alsenborn II
Kursleitung: Chantal Hörhammer
Kursort: Abele Gesundheitszentrum,
Kaiserslauterer Str. 22,
67677 Enkenbach-Alsenborn
Mittwochs 15:00 Uhr

Saarland

Online-Funktionstraining Gruppe Saarbrücken
Kursleitung: Christina Lutz
Dienstags 17:30 Uhr

Sachsen

Online-Funktionstraining Gruppe Leipzig
Kursleitung: Iris Hamm
Montags 10:00 Uhr

Funktionstraining Gruppe Dresden
Kursleitung: Toni Liesk
Kursort: wird derzeit neu geplant

In Planung: Funktionstraining Gruppe Leipzig
Kursleitung: n.n.
Kursort: Grundschule Gießerstraße
(Stadtteil Lindenau), Gießerstr. 6,
04177 Leipzig
Donnerstags 18:35 Uhr

Schleswig-Holstein

Funktionstraining Gruppe Flensburg
Kursleitung: Dustin Homann
Kursort: Comenius-Schule,
Drosselweg 12, 24939 Flensburg
Montags 17:00 Uhr

Funktionstraining Gruppe Kiel
Kursleitung: Dorian Kranich
Kursort: ZAR Nord GmbH Betriebsstätte
Kiel, Schloßgarten 14, 24103 Kiel
Mittwochs 17:30 Uhr

Alle Informationen rund um das Funktionstraining und einen Überblick über alle Gruppen erhalten Sie auf unserer DMSG-Homepage: **DMSG: Funktionstraining bei MS | DMSG**

