

Clin Epileptol 2024 · 37:140–143
<https://doi.org/10.1007/s10309-024-00660-1>
 Eingegangen: 17. Dezember 2023
 Überarbeitet: 11. Januar 2024
 Angenommen: 15. Januar 2024
 Online publiziert: 20. Februar 2024
 © The Author(s) 2024



Stationäre Versorgung von Menschen mit psychogenen nicht-epileptischen Anfällen – Positionspapier der Arbeitsgemeinschaft Diakonischer Epilepsiezentren

Birgitt Müffelmann¹ · Martin Finzel² · Swetlana Puppe³ · Patricia Mahn⁴ · Bernhard J. Steinhoff⁴ · Stefan R. G. Stodieck⁵ · Hans-Beatus Straub³ · Frank Bösebeck⁶ · Christian G. Bien¹ · Thomas Mayer²

¹ Universitätsklinik für Epileptologie, Epilepsie-Zentrum Bethel, Universitätsklinikum OWL der Universität Bielefeld, Campus Bielefeld-Bethel, Krankenhaus Mara, Bielefeld, Deutschland; ² Fachklinik im Epilepsiezentrum Kleinwachau, Radeberg, Deutschland; ³ Epilepsieklinik Tabor, Epilepsie-Zentrum Berlin-Brandenburg, Bernau, Deutschland; ⁴ Epilepsiezentrum Kork, Kehl-Kork, Deutschland; ⁵ Epilepsiezentrum Hamburg, Ev. Krankenhaus Alsterdorf, Hamburg, Deutschland; ⁶ Epilepsiezentrum Rotenburg, Agaplesion Diakonieklinikum, Rotenburg (Wümme), Deutschland

Zusammenfassung

Psychogene nicht-epileptische Anfälle (PNEA) (synonym: funktionelle/dissoziative Anfälle) sind eine wichtige Differenzialdiagnose zu epileptischen Anfällen und keine seltene Erkrankung. Die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit PNEA erfolgt in spezialisierten Epilepsiezentren, die jederzeit Anfälle der Betroffenen überwachen und einschätzen können. Diese Zentren verfügen über ein spezialisiertes Behandlungskonzept, das die Kommission „Psychosomatische Epileptologie“ der Deutschen Gesellschaft für Epileptologie erarbeitet hat und das ständig bearbeitet und evaluiert wird. Seit einiger Zeit wird diese Versorgungsform durch den Medizinischen Dienst infrage gestellt. Die Arbeitsgemeinschaft Diakonischer Epilepsiezentren fasst deshalb in einem Positionspapier die Argumente zusammen, die für eine Fortführung der etablierten und wissenschaftlich fundierten Versorgung mit entsprechender Kostenübernahme durch die Kostenträger sprechen.

Schlüsselwörter

Psychogene nicht-epileptische Anfälle · Psychotherapeutische Behandlung · (Diakonische) Epilepsiezentren · Patientenversorgung · Funktionelle/dissoziative Anfälle

Psychogene nicht-epileptische Anfälle (PNEA) (synonym: funktionelle/dissoziative Anfälle) sind eine wichtige Differenzialdiagnose zu epileptischen Anfällen und keine seltene Erkrankung. Die Prävalenz liegt in Deutschland repräsentativen Krankenkassendaten zufolge mit 23/100.000 ähnlich hoch wie in Norwegen [1]. In Epilepsiezentren werden bei bis zu 20% der Patientinnen und Patienten PNEA diagnostiziert [2].

Es haben 12% der Menschen mit Epilepsie zusätzlich psychogene Anfälle; aus der anderen Richtung betrachtet: 22% der Menschen mit psychogenen Anfällen haben zusätzlich eine Epilepsie [3].

Es ist leicht nachvollziehbar, dass die Betroffenen sich mit dem Symptom einer anfallsartigen Störung zunächst zur Diagnostik in eine neurologische Klinik oder ein Epilepsiezentrum begeben. Nach der diagnostischen Sicherung (Goldstandard Video-EEG-Ableitung) besteht beim Vor-



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

liegen von PNEA die leitliniengerechte Behandlung aus ambulanter und/oder stationärer Psychotherapie, wobei diese Behandlung idealerweise in einem Epilepsiezentrum verortet sein sollte [4]. Seit vielen Jahren und teilweise Jahrzehnten (Bernau 2003, Bethel 1990, Kork 1987) haben sich deswegen in diakonischen Epilepsiezentren vorwiegend psychotherapeutisch arbeitende Stationen etabliert, die sich auf die Versorgung von Menschen mit PNEA spezialisiert haben.

International und national hat sich in den letzten Jahren der Begriff „funktionelle/dissoziative Anfälle“ oder „funktionelle neurologische epileptiforme Anfälle (FNEA)“ etabliert. Der Begriff „funktionelle/dissoziative Anfälle“ wird voraussichtlich in Zukunft den Begriff PNEA ersetzen.

Diese Versorgungsrealität wird nun in den letzten Monaten durch den Medizinischen Dienst aus formalen Gründen zunehmend infrage gestellt. In den entsprechenden Begutachtungen wird darauf verwiesen, dass bei Stellung einer F-Diagnose (PNEA entspr. ICD-10 GM F44.5) die Versorgung in einer psychiatrischen bzw. psychosomatischen Klinik und nicht in einer neurologischen Klinik (wie es ja die Epilepsiezentren laut Krankenhausplan sind) erfolgen müsse. Die Kostenübernahme wird in einigen Zentren regelhaft abgelehnt. Wir sind der Auffassung, dass die Ablehnung der Kostenübernahme einer Behandlung in einem Anfallszentrum ungerechtfertigt ist und sich, wenn diese Praxis nicht aufhört, die Versorgung der Patientenklientel mit PNEA gravierend verschlechtern wird. Tatsächlich wäre eine sachdienliche therapeutische Versorgung dieser massiv beeinträchtigten Patientinnen und Patienten nicht mehr möglich.

Zur Begründung weisen wir auf Folgendes hin:

1. Komplexe Krankheitsbilder überschreiten die Grenzen einzelner Fachgebiete. Psychogene nicht-epileptische Anfälle sind ein komplexes Krankheitsbild an der Schnittstelle zwischen Neurologie und Psychiatrie. Aktuell werden in der medizinischen Versorgung starre Grenzen zwischen Fachbereichen zugunsten fachübergreifender Kooperationen abgebaut. In vielen Fachgebieten werden interdisziplinäre Zentren zur multiprofessionellen

Versorgung etabliert. In der ICD-11-Klassifikation wird der Begriff einer „dissoziativen neurologischen Symptomstörung“ verwendet. In den letzten Jahren haben funktionelle neurologische Störungen international [5] und national (Gründung einer entsprechenden Arbeitsgemeinschaft, <https://www.ag-fns.de>, European Academy of Neurology mit Etablierung eines eigenen wissenschaftlichen Panel) als Thema der Neurologie an Bedeutung gewonnen, und es wird von einem biopsychosozialen Krankheitsmodell funktioneller neurologischer Anfälle ausgegangen. Funktionelle/dissoziative Störungen gehören nach ICD-11, der zwar noch nicht in Benutzung, aber seit langer Zeit verabschiedet ist, somit sowohl zu den psychiatrischen als auch zu den neurologischen Krankheiten [6, 7]. Wir sehen die Argumentation des Medizinischen Dienstes somit als nicht mehr zeitgemäß an. Die Einrichtung psychotherapeutischer Einheiten in Epilepsiezentren bereits vor vielen Jahren war vielmehr zukunftsweisend und hat sich nachhaltig bewährt.

2. Wie oben ausgeführt, wenden sich Patientinnen und Patienten mit dem Symptom „Anfall“ an neurologische Kliniken bzw. Epilepsiezentren. Folgt man der Logik des Medizinischen Dienstes, müssten diese Menschen nach der Diagnosestellung zur Psychotherapie in eine psychiatrische oder psychosomatische Klinik verlegt werden.

Die Abgrenzbarkeit von PNEA zu epileptischen Anfällen ist sehr schwierig, insbesondere wenn beide Entitäten vorliegen. Es bedarf dazu der klinischen Beurteilung, Begleitung und Dokumentation durch geschultes Personal und der Möglichkeit ständiger diagnostischer Evaluation durch Video-EEG-Überwachung mit der Option, im Zweifelsfall ein Notfall-EEG oder sogar ein erneutes Monitoring durchzuführen. Diese diagnostischen Methoden sind ein Alleinstellungsmerkmal von Epilepsiezentren im Vergleich zu psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken. Ohne sie sind korrekte Diagnosestellungen nicht möglich.

Diagnostische Unsicherheiten in den Psychiatrien erschweren die psychotherapeutische Behandlung und führen nicht selten, wenn dort erneute Anfälle auftreten, im Sinne eines *Circulus vitiosus* zu notfallmäßigen Rückverlegungen in neurologische Kliniken.

Die Erfahrung zeigt sogar: Psychiatrische Kliniken fühlen sich aufgrund der fehlenden diagnostischen Ressourcen mit der Einordnung und Behandlung von Anfällen überfordert und nehmen Patientinnen und Patienten mit psychogenen Anfällen ungern oder gar nicht auf. Regelmäßige Zuweisungen von psychiatrischer/psychologischer Seite an die psychosomatische Epileptologie weisen ebenfalls indirekt auf die Überforderung in diesen Fachgebieten hin.

Es soll nicht unerwähnt bleiben, dass zahlreiche Notfallversorgungen nicht nur Patientinnen und Patienten gefährden, sondern auch zu hohen volkswirtschaftlichen Kosten führen [8].

Dem kann vorgebeugt werden, wenn die psychotherapeutische Behandlung in Epilepsiezentren mit der Expertise für Diagnostik *und* Behandlung erfolgt.

3. Für die Krankheitsakzeptanz hat es sich als hilfreich erwiesen, wenn bereits bei der Aufklärung über die Diagnose PNEA in der epileptologischen Klinik Kenntnis über weiterführende psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten besteht und bereits bei der Diagnosestellung ein psychotherapeutischer Erstkontakt erfolgen kann [9]. Dies ist nur möglich, wenn Diagnostik und Therapie im selben Zentrum erfolgen. Schließlich ist es für die Prognose essenziell, nach der Diagnosestellung und Aufklärung unmittelbar geeignete therapeutische Schritte einzuleiten [10], wie dies bei der gängigen Vorgehensweise in Epilepsiezentren gewährleistet ist. Dies gilt insbesondere dann, wenn beide Entitäten, PNEA und Epilepsie, vorliegen.

Hervorzuheben ist, dass dieses Vorgehen der S3-Leitlinie „Funktionelle Körperbeschwerden“ entspricht [11].

4. Wir hören von zahlreichen Patientinnen und Patienten, dass sie oft lange nach einer psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeit sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor suchen und berichten, nur schwer oder gar nicht einen Therapieplatz zu finden. Es gibt also eine Versorgungslücke bei der Behandlung dieser schwer betroffenen Menschen. Die diakonischen Epilepsiezentren leisten mit ihren Angeboten einen Beitrag zur Schließung dieser Lücke.
5. Schon seit Langem gibt es deutliche Hinweise darauf, dass in stationären Settings mit Expertise für anfallsartige Störungen bessere Behandlungsergebnisse bei PNEA erzielt werden [12]. Dies wird auch durch teils jahrzehntelange Erfahrungen in deutschen Epilepsiezentren bestätigt. Bei über 70 % der in der Epilepsieklinik Tabor in Bernau zwischen 2004 und 2013 (teils wiederholt) stationär behandelten Fälle verloren zuvor langjährig bestehende PNEA ihre Alltagsrelevanz, über 40 % blieben anhaltend anfallsfrei [13]. In einer prospektiven Studie des Epilepsie-Zentrums Bethel führte die untersuchte stationäre verhaltenstherapeutisch ausgerichtete multimodale Psychotherapie zu einer subjektiv verbesserten Anfallsituation bei über 74 % der Patientinnen und Patienten sowie zu einer Besserung der untersuchten psychopathologischen Parameter [14].
6. Ein zentraler Ansatz der stationären Behandlung ist das rasche Erlernen von Strategien zur Erkennung und Vermeidung von Auslösern, zur Wahrnehmung sich anbahnender Anfälle sowie zur Unterbrechung von Anfällen durch die Betroffenen. Diese Kompetenzen spielen auch bei der Therapie epileptischer Anfälle eine Rolle. Entsprechende therapeutische Angebote sind daher an Epilepsiezentren gut etabliert [15]. Erst eine gewisse Kontrolle der Anfälle schafft die Voraussetzung für eine ambulante Psychotherapie. Tägliche, mit langer Reaktions- und Bewegungsunfähigkeit verbundene Anfälle (15–60 min sind keine Seltenheit) sind mit einer ambulanten, termingebundenen psychotherapeu-

Inpatient treatment of people with psychogenic nonepileptic seizures—Position paper of the Working Group of Diaconal Epilepsy Centers

Psychogenic nonepileptic seizures (PNES, synonymous: functional/dissociative seizures) are an important differential diagnosis to epileptic seizures and are not a rare condition. Patients with PNES are cared for in specialized epilepsy centers that can monitor and assess seizures at any time. These centers have a specialized treatment concept that has been developed by the committee on psychosomatic epileptology of the German Society for Epileptology. This concept is constantly revised and re-evaluated. For some time now, this form of care has been questioned by the medical advisory service. The Working Group of Diaconal Epilepsy Centers therefore summarizes the arguments in favor of continuing the established and scientifically based care with the corresponding assumption of costs by the cost bearers.

Keywords

Psychogenic nonepileptic seizures · Psychotherapeutic treatment · Diaconal epilepsy centers · Patient care · Functional/dissociative seizures

tischen Praxis nicht vereinbar. Auch daher herrscht Zurückhaltung bei der Vergabe von Therapieplätzen an Menschen mit PNEA.

Die Argumentation des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen entspricht nicht der Versorgungsrealität. Sie würdigt die Nöte der uns anvertrauten und hoch belasteten Klientel nicht ausreichend. Unsere Forderung lautet daher, dass die Kosten für eine stationäre Behandlung von PNEA in dafür spezialisierten Epilepsiezentren regelhaft von den jeweils zuständigen Kostenträgern übernommen werden.

Korrespondenzadresse

Dr. Birgitt Müffelmann

Universitätsklinik für Epileptologie, Epilepsie-Zentrum Bethel, Universitätsklinikum OWL der Universität Bielefeld, Campus Bielefeld-Bethel, Krankenhaus Mara
Maraweg 21, 33617 Bielefeld, Deutschland
birgitt.mueffelmann@mara.de

Dr. Birgitt Müffelmann Ltd. Oberärztin der Universitätsklinik für Epileptologie, Ltd. Ärztin der Rehabilitationsklinik

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. B. Müffelmann, M. Finzel, S. Puppe, P. Mahn, B.J. Steinhoff, S.R.G. Stodieck, H.-B. Straub, F. Bösebeck, C.G. Bien und T. Mayer geben an, dass

bezüglich des Positionspapiers kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

- Villagrán A, Eldøen G, Duncan R, Aaberg KM, Hofoss D, Lossius MI (2021) Incidence and prevalence of psychogenic nonepileptic seizures in a Norwegian county: a 10-year population-based study. *Epilepsia* 62:1528–1535
- Walther K, Volbers B, Erdmann L, Onugoren DM, Gollwitzer S, Kasper BS, Kurzbuch K, Lang J, Schwab S, Schwarz S, Hamer HM (2019) Psychological long-term outcome in patients with psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia* 60:669–678

3. Kutlubaev MA, Xu Y, Hackett ML, Stone J (2018) Dual diagnosis of epilepsy and psychogenic nonepileptic seizures: systematic review and meta-analysis of frequency, correlates, and outcomes. *Epilepsy Behav* 89:70–78
4. Kanner A (2010) Who should treat psychogenic nonepileptic seizure? In: Schachter S, LaFrance CC (Hrsg) *Gates and Rowan's Nonepileptic Seizures*. Cambridge University Press, 5260–265
5. Gilmour GS, Nielsen G, Teodoro T, Yogarajah M, Coebergh JA, Dilley MD, Edwards MJ (2020) Management of functional neurological disorder. *J Neurol* 267:2164–2172
6. Burton C, Fink P, Henningsen P, Löwe B, Rief W & EURONET-SOMA Group (2020) Functional somatic disorders: discussion paper for a new common classification for research and clinical use. *BMC Med* 18:1–7
7. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2022) ICD-11 in Deutsch – Entwurfsfassung. https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/LCD/ICD-11/uebersetzung/_node.html. Zugegriffen: 6. Jan. 2024
8. Oto M, Reuber M, Psychogenic non-epileptic seizures (2018) Aetiology, diagnosis and management. *Adv Psychiatr Treat* 20:13–22
9. Arain A, Tammaa M, Chaudhary F, Gill S, Yousuf S, Bangalore-Vittal N, Azar NJ (2016) Communicating the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures: the patient perspective. *J Clin Neurosci* 28:67–70
10. Staack AM, Steinhoff BJ (2015) Differenzialdiagnose epileptischer und psychogener nicht-epileptischer Anfälle und sich hieraus ergebende Behandlungskonsequenzen. *Fortschr Neurol Psychiatr* 83:702–711
11. https://register.awmf.org/assets/guidelines/051-0011_S3_Funktionelle_Koerperbeschwerden_2018-11.pdf. Zugegriffen: 6. Jan. 2024
12. LaFrance WC Jr, Devinsky O (2004) The treatment of nonepileptic seizures: historical perspectives and future directions. *Epilepsia* 45(Suppl. 2):15–21
13. Miersch HC, Bohlmann K, Colberg A, Straub HB (2015) Dissoziative Anfälle: Langzeiterfahrungen mit einem stationären Behandlungskonzept. *Z Epileptol* 28:29–34
14. Labudda K, Frauenheim M, Miller I, Schrecke M, Brandt C, Bien CG (2020) Outcome of CBT-based multimodal psychotherapy in patients with psychogenic nonepileptic seizures: a prospective naturalistic study. *Epilepsy Behav* 106:1–9
15. Schrecke M, Bien CG, Brandt C (2020) Standards zur Anfallsbegleitung von epileptischen und psychogenen nichtepileptischen Anfällen. *Z Epileptol* 33:213–217

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.



Kostenfreie Online-Kurse von Springer Medizin



Was genau ist enthalten?

Die drei Kurse von Springer Medizin helfen Ihnen, sich leicht einen ersten Überblick über die großen Schritte des Publizierens, Schreibens, Einreichens, Begutachtens und Veröffentlichens eines Manuskripts zu verschaffen. Quizfragen laden zur Wiederholung ein.



Wie kann ich auf die Inhalte zugreifen?

Die Kurse rund ums Publizieren sind kostenfrei. Sie müssen sich auf [SpringerMedizin.de](https://www.springermedizin.de) nur einmalig registrieren und können teilnehmen.

← QR-Code scannen und ausprobieren

[SpringerMedizin.de/kurse-rund-ums-publizieren](https://www.springermedizin.de/kurse-rund-ums-publizieren)