

neuehorizonte

Journal der Österreichischen MS-Gesellschaft

Österreichische Post AG, MZ 022033132M, MedMedia Verlag und Mediaservice GmbH, Seidengasse 9/Top 1.1, 1070 Wien

Ausgabe 2/2024 • Nr. 206

58. Jahrgang • 2,50 Euro



**Diagnose MS:
Mit Mut
und Stärke
leben lernen.**



MedMedia
Verlag und Mediaservice GmbH

Österreichische
Multiple Sklerose
Gesellschaft

MS



Univ.-Prof. Dr. Fritz Leutmezer

Liebe Leser:innen!

Die aktuelle Ausgabe der *neuen horizonte* steht diesmal unter dem Motto des Welt MS Tages, der am 29. 05. 2024 zum 16. Mal begangen wird: „Diagnose MS: Mit Mut und Stärke leben lernen.“

Die Diagnose MS wirft zunächst viele Fragen auf, später oft auch Ängste, die Zukunft betreffend: Werde ich meinen Beruf weiter ausüben können? Wie wirkt sich die Erkrankung auf Partnerschaft und Familie aus?

Unsere MS-Landesgesellschaften bieten hier eine Reihe von Unterstützungsmöglichkeiten: von der Beratung für „Neudiagnostizierte“ über Gesprächsmöglichkeiten (mit anderen Betroffenen bei MS-Stammtischen bis hin zu professionellen Gesprächen im Rahmen einer Psychotherapie) und Sozialberatung bis hin zu Bewegungs- und Turngruppen.

Dazu passend wollen wir in der vorliegenden Ausgabe der NH das Thema Diagnose aus einem medizinischen Blickwinkel betrachten. Prim. Michael Guger informiert uns in seinem Beitrag über das Thema MS im Hinblick auf Familie und Familienplanung, und Anja Krystyn zeigt in ihrer schon liebgewonnenen Kolumne, wie sie mit dieser Diagnose zu leben und das Leben zu lieben gelernt hat.

Die ÖMSG möchte, gemeinsam mit Ihrer Landesgesellschaft, Sie dabei unterstützen, die Herausforderungen, die sich Ihnen nach der Diagnose MS möglicherweise stellen, besser annehmen und bewältigen zu können – denn auch eine Schreckensmeldung, wie sie die Diagnose MS im ersten Moment wohl darstellt, kann dazu beitragen, das Leben ganz neu betrachten und lieben lernen zu können.

In diesem Sinn möchte ich mit einem Gedicht von Heinrich Heine enden, der aus heutiger Sicht möglicherweise selbst an MS erkrankt war und uns trotzdem (oder vielleicht gerade deshalb) eine Unzahl an berührenden Gedichten geschenkt hat:

*Anfangs wollt ich fast verzagen,
Und ich glaubt' ich trüg' es nie,
Und ich hab' es doch getragen, –
Aber fragt mich nur nicht, wie?
Heinrich Heine*

Herzlich
Univ.-Prof. Dr. Fritz Leutmezer

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser!

Sollten sich Kontaktdaten Ihrer SHG oder Landesgesellschaft geändert haben, ersuchen wir höflich um Meldung ans Sekretariat der ÖMSG per E-Mail: **office@oemsg.at**, damit wir immer auf dem aktuellsten Stand sein können. Danke für Ihre Mithilfe!



editorial

02 Vorwort

medizin

04 Diagnose der Multiplen Sklerose

11 Familienplanung, Schwangerschaft
und Stillen bei Multipler Sklerose

soziales

14 „Immer kämpfen“
Kolumne von Anja Krystyn

15 Gut vorbereitet zum Arzt

adressen

19 MS-Landesgesellschaften

18 Nachruf für Frau Ernestine Schreckenhäusler

03 Impressum

Impressum: Medieninhaber & Herausgeber: Österreichische MS-Gesellschaft. Für den Inhalt verantwortlich: Österreichische Multiple Sklerose Gesellschaft, Edith Fojtik, 1097 Wien, Postfach 19, Gestaltung: Victoria Poscher. Druck: Print Alliance HAV Produktions GmbH, Bad Vöslau. Lektorat: www.online-lektorat.at. • Sprachdienstleistungen. Verlag: MedMedia Verlag und Mediaservice GmbH, Seidengasse 9/Top 1.1, 1070 Wien, Tel.: 01 407 31 11, Fax: 01 407 31 14, E-Mail: office@medmedia.at, Website: www.medmedia.at. Projektleitung, Produktion, Kundenbetreuung: Angela Flaggl, Tel.: 01 407 31 11-20. Die gesetzliche Offenlegung gemäß § 25 Mediengesetz finden Sie unter www.medmedia.at/home/impressum. Die Zeitschrift *neue horizonte* erscheint viermal jährlich und dient der Information von Multiple-Sklerose-Betroffenen in ganz Österreich. Einzelpreis: 2,50 Euro. Über zugesandte Manuskripte freut sich die Redaktion, sie behält sich aber vor, diese zu redigieren oder abzulehnen. Namentlich gekennzeichnete Artikel müssen nicht unbedingt der Auffassung der Redaktion entsprechen.

Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird bei Bedarf auf geschlechtsspezifische Bezeichnungen verzichtet.

ÖMSG-Dachverband

Österreichische Multiple Sklerose Gesellschaft

Währinger Gürtel 18–20 • 1090 Wien

Telefon: 0800 31 13 40 • E-Mail: office@oemsg.at

Besuchen Sie unsere Website: www.oemsg.at

Die Anschrift der Redaktion von *neue horizonte* lautet:

MedMedia Verlag und Mediaservice GmbH, Seidengasse 9/Top 1.1, 1070 Wien

Tel.: 01 407 31 11-20, E-Mail: a.flaggl@medmedia.at

Redaktionsschluss für die nächste Ausgabe ist der 23. August 2024.



Diagnose der Multiplen Sklerose

Geschichte der Multiplen Sklerose

Die ersten Berichte über eine Erkrankung, die wir heute möglicherweise als Multiple Sklerose (MS) bezeichnen würden, stammen aus dem 13. Jahrhundert und erzählen von einer Wikingerfrau namens Hala, die an Seh- und Sprachstörungen gelitten haben soll. Diese Beschwerden hätten sich nach Opfergaben und Gebeten vollständig zurückgebildet: möglicherweise die erste Beschreibung eines MS-Schubes.

Aus dem 14. Jahrhundert ist die Geschichte der Lidwina von Schiedam bekannt, die ab ihrem 15. Lebensjahr

an einer unbekannten und in Schüben verlaufenden Erkrankung litt, die sie ab dem 20. Lebensjahr vollständig an das Bett gefesselt haben soll, bis sie im Alter von 38 Jahren verstarb. Da sie trotz ihrer schweren Erkrankung nie ihren Glauben an Gott verlor und ihr Leiden mit großer Geduld ertrug, wurde sie 1890 von Papst Leo XIII. heiliggesprochen und wird noch heute in der katholischen Kirche als Patronin der Kranken verehrt. Auch der Cousin der Königin Victoria von England, August D'Este, könnte an einer MS erkrankt gewesen sein. Aufgrund seiner privilegierten Stellung war es ihm möglich, den Großteil der Zeit in den damaligen



Kuranstalten zu verbringen, worüber er in seinen Tagebüchern ausführlich berichtete:

„In Florenz begann ich an einer eigentümlichen Sehstörung zu leiden. Um den sechsten November nahmen meine Beschwerden derart zu, dass ich alles doppelt sah. Jedes Auge erzeugte sein eigenes Bild. Dr. Kissock vermutete die Galle als Ursache und verordnete mir Aderlässe und Blutegel, auch Abführmittel wurden mir verschrieben. Ich verlor Unmengen an Blut und die Erkrankung meiner Augen besserte sich zunehmend. Ich konnte die Dinge wieder in ihrer einzigartigen Gestalt wahrnehmen und unternahm ausge-

dehnte Spaziergänge. Aber schon bald überkam mich ein anderes Übel: Ich hatte das Gefühl, dass meine körperlichen Kräfte mit jedem Tag mehr und mehr schwanden. Dazu kam eine eigenartige Taubheit, die meinen Rücken und Schambereich überfiel. Um den 4. Dezember schließlich verließ die Kraft endgültig meine Beine, sodass ich zu Boden fiel und erst durch die Hilfe meines treuen Dieners wieder in der Lage war, mich aufzurichten. Ich verharrte in diesem Zustand für 21 Tage, danach kam die Kraft wieder langsam in die Beine zurück und ich war in der Lage, nach Gräfenberg zur Kur abzureisen.“

Auch der Schriftsteller Heinrich Heine (1797–1856) litt an einer Erkrankung, deren Beschwerden aus heiterem Himmel auftraten, aber auf unerklärliche Weise zunächst auch wieder vollständig verschwanden. Er berichtete über Lähmungen, Gefühlsstörungen und eine Beeinträchtigung des Sehens. Nach einigen Jahren änderte die Erkrankung jedoch ihr Gesicht: Die Beschwerden bildeten sich nicht mehr vollständig zurück, er war zusehends in seiner Beweglichkeit eingeschränkt, verlor seine Sehkraft und musste die letzten Lebensjahre in einem Spital in Paris verbringen, die er in seinen Gedichten als „Matratzengruft“ bezeichnete. Obwohl Heine selbst stets davon überzeugt war, an Syphilis erkrankt zu sein, erscheint heute eine Multiple Sklerose als die wahrscheinlichere Ursache für seine Beschwerden.

Nachdem also Jahrhunderte lang Unklarheit über die Erkrankung bestand, war es der französische Arzt Jean-Martin Charcot, der die Erkrankung erstmals umfassend charakterisierte und die Beschwerden mit pathologischen Befunden, die er bei Obduktionen seiner Patient:innen erhoben hatte, in Zusammenhang stellte. Er war es auch, der den Begriff „sclérose en plaques“ prägte und so der Erkrankung ihren heutigen Namen gab. Allerdings hatte vor ihm bereits der deutsche Internist Friedrich Theodor von Frerichs 1849 den Begriff Hirnsklerose geprägt und der Wiener Pathologe Eduard Rindfleisch 1863 typische histopathologische Veränderungen beschrieben.

Die Diagnose der Multiplen Sklerose

So wie der Name „Multiple Sklerose“ bereits andeutet, beruht die Diagnose seit jeher darauf, das mehrzeitige Auftreten von Entzündungen in verschiedenen Regionen des zentralen Nervensystems nachzuweisen.

Dies war im 19. Jahrhundert nur klinisch möglich. Zu dieser Zeit kam es wahrscheinlich häufig zu Verwechslungen mit anderen Erkrankungen, die ähnliche Beschwerden verursachen können. Am häufigsten wurde die MS damals wahrscheinlich mit der Lues des Ner-

vensystems verwechselt, da diese häufig war und ebenfalls das Nervensystem befallen kann. Obwohl die MS sehr unterschiedliche Beschwerden verursachen kann, wissen wir heute, dass – im Unterschied etwa zur Lues – bestimmte Symptome besonders charakteristisch für MS sind (**Tab. 1**).

Eine bessere Abgrenzung zu anderen, v. a. entzündlichen Erkrankungen gelang erst, als mit Ende des 19. Jahrhunderts die Untersuchung des Nervenwassers möglich wurde und in der 1. Hälfte des 20. Jahrhunderts Verfahren etabliert wurden, um Erreger im Liquor, aber auch die für MS sehr typischen oligoklonalen Banden nachzuweisen.

Ein weiterer Quantensprung für die Diagnose der MS stellt die Magnetresonanztomografie (MRT) dar, die in den 1980er-Jahren erstmals eingesetzt wurde und die seither einen immer wichtigeren Stellenwert für die Diagnostik einer MS einnimmt. Mit Hilfe der MRT kann nicht nur die räumliche Verteilung der Entzündungsnarben im Gehirn und Rückenmark dargestellt werden, sondern mit Hilfe kontrastmittelunterstützter Scans auch eine Aussage über die Akutizität der Entzündung gemacht werden. Außerdem eignet sie sich innerhalb bestimmter Grenzen dazu, Aussagen über bleibenden Gewebeschaden (lokal im Sinne der sog. „schwarzen Löcher“, aber auch diffus im Sinne einer Hirnatrophie) zu treffen. Nicht zuletzt eignet sie sich aufgrund fehlender Strahlenbelastung zu wiederholten nichtinvasiven Messungen und damit idealerweise zu Verlaufskontrollen und zur Überprüfung der Wirksamkeit von Therapien.

Andere Verfahren wie die elektrische Leitfähigkeitsmessung der Sehnerven (sog. VEP), der sensiblen (sog. SSEP) oder motorischen (sog. MEP) haben dagegen im Laufe der Jahre im Vergleich zur MRT stark an Bedeutung verloren und kommen nur für bestimmte Fragestellungen routinemäßig zum Einsatz.

Die optische Kohärenztomografie (OCT) erlaubt Aussagen über die Sehnerven mit einer Genauigkeit im Bereich von 1/1.000 Millimeter. Nachdem die MRT bei

Tab. 1: Die häufigsten Beschwerden der MS

Beschwerden	Häufigkeit
Lähmungen	80 %
Gefühlsstörungen	73 %
Koordinationsstörungen	72 %
Blasenfunktionsstörungen	62 %
chronische Müdigkeit	48 %
Krämpfe und Spastik	44 %
Darmfunktionsstörungen	37 %
Störung der Sehkraft	33 %
Gedächtnisprobleme	27 %
Doppelbilder	26 %
Artikulationsstörungen	25 %
Schwindel	17 %
Kopf- und Gesichtsschmerzen	16 %

der Beurteilung der Sehnerven methodischen Einschränkungen unterworfen ist, kommt dieser modernen, einfachen und im Vergleich zur MRT kostengünstigen Untersuchung mehr und mehr Bedeutung sowohl für die Diagnose als auch für spätere Verlaufskontrollen im Rahmen der MS zu.

Die McDonald-Kriterien

Während also im 19. Jahrhundert eine mehrjährige Beobachtung und Dokumentation von Schüben notwendig waren, um die Diagnose MS stellen zu können, wurde diese Phase durch die Einführung der Liquor- und MRT-Untersuchungen schrittweise immer kürzer. War es davor für Patient:innen zwar belastend, oft jahrelang nicht zu wissen, worunter sie litten, so war es therapeutisch nicht relevant, da ohnedies keine krankheitsmodifizierende Therapie zur Verfügung stand. Nachdem gegen Ende des 20. Jahrhunderts die ersten Immuntherapien der MS ihren Weg aus der Forschung in die klinische Praxis fanden, kam dagegen auch der rascheren Diagnose eine immer größere Bedeutung zu, da eine rasche Diagnose auch die Voraussetzung für eine frühe Behandlung war und ist.

Die sog. McDonald-Kriterien haben es sich zum Ziel gesetzt, die Diagnose MS einerseits möglichst früh stellen zu können, um frühzeitig auch eine entsprechende Therapie starten zu können. Andererseits sollte aber die Treffsicherheit der Diagnose nicht darunter leiden. Dem Fortschritt des medizinischen Wissens entsprechend wurden und werden diese Kriterien in regelmäßigen Abständen auf ihre Treffsicherheit überprüft und ggf. entsprechend angepasst. Zuletzt wurde eine solche Revision 2017 durchgeführt (und für 2024 ist bereits eine neuerliche Revision in Planung).

Im Falle des allerersten Schubes erhebt sich meist die Frage, ob es sich um eine Multiple Sklerose oder aber um ein ein- oder erstmaliges Geschehen handelt. Es gilt also zu prüfen, ob zu diesem Zeitpunkt bereits Entzündungen in unterschiedlichen Regionen des ZNS und zu unterschiedlichen Zeiten aufgetreten sind. Der Nachweis von Entzündungen in unterschiedlichen Regionen des ZNS (sog. räumliche Dissemination) gelingt durch die MRT, bei der definitionsgemäß Narben in unterschiedlichen Regionen nachweisbar sein müssen. Der Nachweis von Entzündungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten (sog. zeitliche Dissemination) gelingt durch den Nachweis von neuen und alten (d. h. kontrastmittelaufnehmenden und nichtkontrastmittelaufnehmenden) Läsionen in der ersten MRT oder durch den Nachweis neuer Narben in einer Kontroll-MRT. Alternativ gilt auch der Nachweis oligoklonaler Banden im Liquor als Beweis der zeitlichen Dissemination. In einem solchen Fall kann also schon beim Auftreten der allerersten Beschwerden die Diagnose schubförmige MS gestellt werden.

Gelingt ein solcher Nachweis der räumlichen und zeitlichen Dissemination beim ersten Auftreten von Beschwerden nicht, bezeichnet man dies als klinisch isoliertes Syndrom. Dieses geht mit einem hohen Risiko für das spätere Auftreten einer definitiven Multiplen Sklerose einher, sodass auch in dieser Situation schon eine vorbeugende Immuntherapie überlegt werden sollte.



Illustration zur Geschichte von Lidwina von Schiedam

Bei 10–15 % der Patient:innen beginnt die Erkrankung dagegen nicht mit einem klar abgrenzbaren Erstereignis, wie es für die sog. schubförmige MS typisch ist. Im Gegenteil werden Beschwerden oft retrospektiv, nicht selten erst nach Monaten bis Jahren als solche wahrgenommen und erkannt. Typischerweise handelt es sich dabei um eine langsam progrediente Einschränkung der Mobilität im Sinne einer immer kürzer werdenden Strecke, die sich ohne Pause problemlos zurücklegen lässt. Auch Störungen der Blasenfunktion und der Geschicklichkeit der Hände finden sich bei dieser sog. primär progredienten MS (PPMS) schon am Beginn häufig.

Nachdem Schübe bei der PPMS nur selten auftreten, können sie auch für die Diagnosekriterien nicht herangezogen werden. Stattdessen fordert die Diagnose einer PPMS den Nachweis einer objektiv dokumentierten Verschlechterung der Beschwerden über einen Zeitraum von zumindest einem Jahr in Kombination mit typischen MRT-Befunden und/oder dem Nachweis von oligoklonalen Banden im Liquor.

Bei der Mehrzahl der Patient:innen, deren Erkrankung mit Schüben beginnt, kommt es – ohne eine wirksame krankheitsmodifizierende Immuntherapie – nach durchschnittlich 20 Jahren zu einer Änderung des Krankheitsverlaufes: Schubartige Verschlechterungen

werden immer seltener, ebenso die komplette Rückbildung der Beschwerden nach einem solchen Schub. Dagegen kommt es ähnlich wie bei der PPMS zu einer langsamen Verschlechterung der Beschwerden, v. a. der Gehfähigkeit, der Koordination sowie der geistigen Leistungsfähigkeit. Für diese Phase wurde der Begriff sekundär progrediente MS geprägt, auch wenn der Beginn dieser Erkrankungsphase nicht leicht und meist auch erst im Nachhinein festgelegt werden kann.

MS oder keine MS, das ist die (erste) Frage

Mithilfe der McDonald-Kriterien sollte es also in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle möglich sein, die Diagnose MS oder keine MS schon frühzeitig nach Auftreten der ersten Beschwerden stellen zu können. Trotzdem kann es in Einzelfällen aber auch nicht sofort nach dem ersten Schub gelingen, die Diagnose zu stellen. In diesem Fall kann es ratsam sein, die Frage zunächst offen zu lassen und erst nach Vorliegen ausreichender Informationen (beispielsweise einer weiteren klinischen oder MRT-Kontrolle) zu beantworten. Eine vorschnelle Diagnostizierung auf Basis möglicherweise nichtausreichender Informationen birgt sonst die Gefahr einer Fehldiagnose, was bei einer chronischen Erkrankung wie der MS besonders unangenehm wäre. Die häufigsten Fehldiagnosen der MS scheinen auf den ersten Blick verwunderlich, sind es doch Erkrankungen, die mit MS in keiner Weise verwandt sind. So hatten rund 25 % aller Patient:innen, bei denen fälschlicherweise eine MS diagnostiziert (und zum Teil auch behandelt) wurde, in Wahrheit eine Migräne. 25 % litten unter einer Fibromyalgie oder psychosomatischen Beschwerden, und weitere 12 % hatten per se keine Beschwerden, und die Diagnose wurde lediglich aufgrund eines suspekten MRT-Befundes gestellt. Andere mit der MS verwandte Erkrankungen waren dagegen zahlenmäßig wesentlich seltener, wie beispielsweise die Neuromyelitis optica mit 6 %, gefolgt von anderen Autoimmunerkrankungen, die aber jeweils nur rund 1–2 % der Fehldiagnosen verursachten. Dass eine fal-

sche Diagnose nicht nur eine psychische Belastung für die Betroffenen darstellt, sondern auch eine Gefährdung für deren Gesundheit bedeuten kann, unterstreicht die Tatsache, dass über 50 % der falsch diagnostizierten Personen eine Immuntherapie für deren vermeintliche MS erhielten und einzelne davon auch schweren Schaden von dieser davontrugen.

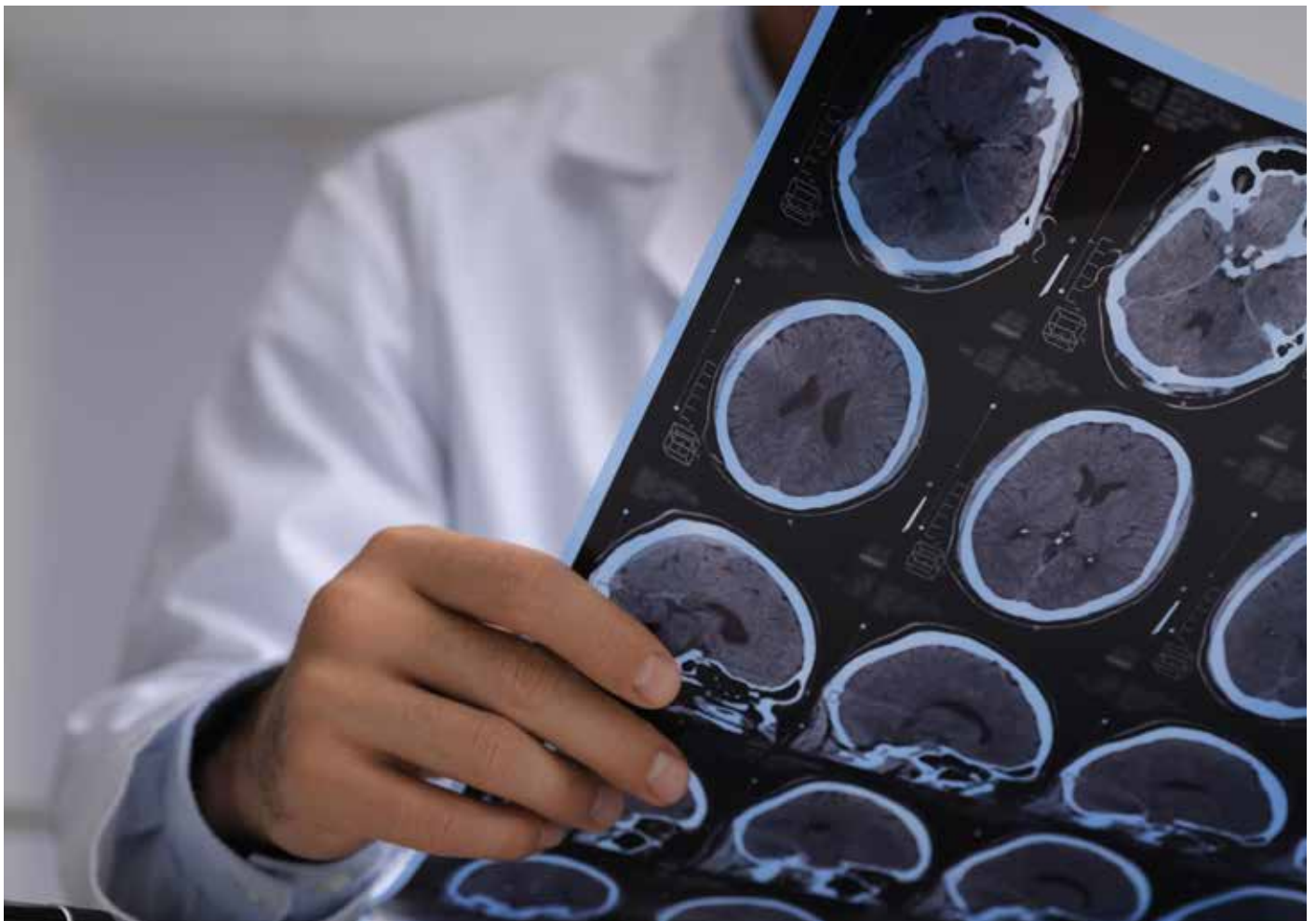
MS – aktiv oder nicht, das ist die (zweite) Frage

Während für die Patient:innen naturgemäß die Frage „Habe ich MS oder nicht?“ am wichtigsten ist, ist es für die betreuenden Ärzt:innen meist die Frage „Wie aktiv ist die Erkrankung?“. Die Frage ist deshalb von Bedeutung, weil es mittlerweile eine Vielzahl von medikamentösen Therapiemöglichkeiten für die schubförmige MS gibt. Diese sind mitunter ganz unterschiedlich wirksam und haben auch zum Teil ganz unterschiedliche Nutzen- und Risikoprofile. Um für den/die individuelle:n Patient:in das am besten geeignete Präparat finden zu können, kommt daher der Frage „Wie aktiv ist die Erkrankung?“ (oder anders gefragt: „Wie aggressiv muss ich die Erkrankung behandeln, um sie langfristig stabil halten zu können?“) eine immer wichtigere Bedeutung zu.

Aus diesem Grund rückt die Einteilung in schubförmige oder progrediente MS zugunsten einer Einteilung in aktive und/oder progrediente MS zunehmend in den Hintergrund. Unter aktiver MS versteht man das Auftreten von neuen klinischen Beschwerden (Schüben) und/oder von neuen und/oder kontrastmittelspeichernden Läsionen in der MRT. Unter progredienter MS versteht man eine bleibende Verschlechterung von Beschwerden unabhängig vom evtl. Auftreten eines Schubes.

Zusammenfassung

Die Diagnose der MS beruht auf dem – namensgebenden – Nachweis des multiplen Auftretens von Entzündungen sowohl im örtlichen als auch im zeitlichen



Kontext. Aufgrund der zunehmenden Verfügbarkeit von wirksamen Immuntherapien zur Behandlung der MS und aufgrund der Tatsache, dass diese Therapien umso besser wirken, je früher sie zum Einsatz kommen, ergab sich auch die Notwendigkeit, die MS möglichst früh – idealerweise schon nach dem allerersten Schub – diagnostizieren und in weiterer Folge auch behandeln zu können. Mithilfe der McDonald-Kriterien, die laufend an das aktuelle Wissen angepasst werden, soll diese Diagnose nicht nur möglichst frühzeitig gestellt werden können, es sollen auch potenzielle Fehldiagnosen und damit einhergehende Fehlbehandlungen mit möglichst hoher Wahrscheinlichkeit verhindert werden.

Über viele Jahrzehnte ging es bei der Diagnose der MS darum, andere Erkrankungen mit hinreichender Si-

cherheit ausschließen und die Diagnose definitiv stellen zu können. In Zukunft wird es aber darauf ankommen, im Rahmen dieses diagnostischen Prozesses möglichst viele Informationen zu sammeln, die es uns ermöglichen, eine Vorhersage über die Aktivität und den Verlauf der Erkrankung zu treffen, um so aus der Vielzahl der verfügbaren Therapien jene auswählen zu können, die dem/der individuellen Patient:in eine möglichst vollständige Kontrolle der Krankheitsaktivität erlaubt, ohne unnötige, mit einer Therapie möglicherweise einhergehende Risiken einzugehen. ■

Autor: ao. Univ.-Prof. Dr. Fritz Leutmezer

Literatur beim Verfasser

Familienplanung, Schwangerschaft und Stillen bei Multipler Sklerose

Das Thema Familienplanung spielt bei Multipler Sklerose (MS) eine große Rolle, da diese Erkrankung vor allem junge Frauen zwischen dem 20. und dem 30. Lebensjahr betrifft.

Häufig stellen Betroffene sich zu Beginn der Erkrankung Fragen wie: „Soll ich überhaupt Kinder bekommen?“ und „Ist das Risiko für meine Kinder, an Multipler Sklerose zu erkranken, nicht zu hoch?“. Die erste Frage kann eindeutig mit „Ja“, die zweite eindeutig mit „Nein“ beantwortet werden. Für Verwandte ersten Grades liegt die Lebenszeit-Erkrankungswahrscheinlichkeit bei ca. 2–4 %, in der allgemeinen Bevölkerung beträgt diese etwa 0,1–0,2 %. Auch gibt es keinen negativen Einfluss der Erkrankung auf die Fertilität. Bei Notwendigkeit ist eine In-vitro-Fertilisation (IVF) durchaus denkbar, obgleich ein erhöhtes Schubrisiko möglich ist. Die MS-spezifische Therapie sollte unbedingt bis zur Behandlung fortgeführt werden.



Prim. Prof. Dr. Michael Guger

Präsident der oberösterreichischen MS-Gesellschaft, Leiter der Abteilung für Neurologie, Pyhrn-Eisenwurzen Klinikum Steyr

Therapie und Schwangerschaft

Bei Schwangerschaftswunsch ist natürlich auch die jeweilige MS-Therapie in die Planung miteinzubeziehen. Grundsätzlich sind viele Behandlungen in der Schwangerschaft nicht oder nur eingeschränkt zugelassen. Aufgrund von Daten aus diversen Schwangerschaftsregistern gibt es folgende Empfehlungen:

- Interferon- β und Glatiramerazetat benötigen kein Wash-out und können bis zum positiven Schwangerschaftstest eingenommen werden. Sie können nach Risiko-Nutzen-Abwägung bei Frauen mit ho-

her Krankheitsaktivität in der Schwangerschaft fortgeführt werden.

- Dimethylfumarat kann bis zum Eintritt der Schwangerschaft weiter eingenommen werden, die Einnahme soll jedoch nicht in der Schwangerschaft fortgeführt werden.

- Teriflunomid hingegen wies im Tiermodell Teratogenität auf, weswegen eine absolute Kontraindikation in der Schwangerschaft besteht. Es sollte aufgrund der langen Halbwertszeit mittels Cholestyramin oder Aktivkohle beschleunigt ausgeschieden werden, bis der Blutspiegel wiederholt unter 0,02 mg/l liegt.

Sphingosin-1-Phosphat-Modulatoren (Fingolimod, Siponimod, Ozanimod und Ponesimod) sollten aufgrund des erhöhten Risikos für Fehlbildungen und des Risikos eines Rebounds in der Schwangerschaft nach dem Absetzen bei Frauen im gebärfähigen Alter grundsätzlich gemieden werden. Bei Schwangerschaftswunsch ist eine Pause von 1 Woche bis 3 Monate je nach Substanz vor der Konzeption einzuplanen.

- Auch bei Cladribin besteht eine strenge Kontraindikation in der Schwangerschaft, weswegen während einer Behandlung mit Cladribin und 6 Monate nach der letzten Dosis eine zuverlässige Verhütungsmethode angewendet werden soll. Auch Männer unter einer Therapie mit Cladribin müssen bis zu 6 Monate nach der letzten Einnahme auf eine entsprechende Antikonzeption auf-

grund möglicher Auswirkungen auf die Spermatogenese achten.

- Bei Natalizumab kann bei Vorliegen einer aktiven bzw. hochaktiven Verlaufsform vor Therapiebeginn, bei Befürchtung eines Wiederaufflammens der Entzündungsaktivität nach etwa 6–8 Wochen und bei bis dato vergleichbaren Risiken für Malformationen und Spontanaborte gegenüber nichtbehandelten Kontrollgruppen der positive Schwangerschaftstest abgewartet werden und die Behandlung mit Natalizumab mit einer Verlängerung der Infusionsintervalle auf 6 Wochen bis zur 34. Schwangerschaftswoche fortgesetzt werden.
- Da grundsätzlich monoklonale Antikörper der Klasse IgG erst ab ca. der 20. Schwangerschaftswoche die Plazenta überschreiten, haben sich neue Empfehlungen für die Behandlung mit einer CD-20-depletierenden Therapie ergeben (zur Erläuterung: depletieren = zerstören).
- Nach der Gabe von Ocrelizumab kann eine Schwangerschaft nach 2–4 Monaten geplant werden, die Einnahme von Ofatumumab kann bei hoher Krankheitsaktivität bis zum Schwangerschaftsnachweis oder auch in der Schwangerschaft fortgeführt werden.
- Eine Schwangerschaft nach einer Therapie mit Alemtuzumab sollte frühestens 4 Monate nach der letzten Gabe erwogen werden.
- Insbesondere bei einer versehentlichen Schwangerschaft unter Teriflunomid, Sphingosin-1-Phosphat-Modulatoren und Cladribin sollen eine pränataldiagnostische Beratung und Untersuchung erfolgen.



Schwangerschaftskomplikationen und Kindesentwicklung

Die Multiple Sklerose hat keinerlei negative Auswirkungen auf die Schwangerschaftskomplikationen und die Kindesentwicklung. Weiters konnte in vielen Studien bestätigt werden, dass eine Schwangerschaft, die Anzahl der Schwangerschaften, der Geburtsmodus oder eine Epiduralanästhesie keinen negativen Einfluss auf den MS-Krankheitsverlauf haben.

Die Schubrate ist während der Schwangerschaft reduziert, im letzten Trimenon sogar bis zu etwa 70 %. Dem

günstigen Einfluss einer Schwangerschaft auf die Multiple Sklerose steht jedoch die erhöhte Schubrate in den ersten sechs Monaten nach der Geburt gegenüber. Risikofaktoren für die Schubrate postpartal sind einerseits eine hohe Schubrate und

andererseits fehlende medikamentöse Behandlung vor der Konzeption und in der Schwangerschaft.

Kommt es wider Erwarten während der Schwangerschaft zu einer Schubtätigkeit, kann hochdosiertes Kortison zur Schubtherapie verwendet werden. Die Indikationsstellung sollte jedoch vor allem im ersten Trimenon aufgrund des erhöhten Risikos von oralen Spaltbildungen sehr streng erfolgen. Bei sehr schweren und therapierefraktären Schüben kann auch eine Immunadsorption in Erwägung gezogen werden (zur Erläuterung: therapierefraktär = Nichtansprechen auf die Therapie; Immunadsorption = „Blutwäsche“).

Stillen auch für Frauen mit MS möglich

Stillen hat nachweislich keine negativen Auswirkungen auf die Erkrankung und sollte der aktuellen WHO-Emp-

fehlung entsprechend ausgeübt werden. Auch in der Stillphase ist die Hochdosis-Kortisontherapie zulässig, es sollte lediglich auf eine ausreichende Pause von zumindest 1–4 Stunden zwischen der Kortisonverabreichung und der Stilltätigkeit geachtet werden.

Immunmodulierende und immunsuppressive Therapien sind in der Stillzeit nicht zugelassen und sollten unmittelbar nach der Beendigung der Stillzeit wieder eingeleitet werden, um das erhöhte Schubrisiko nach der Geburt zu minimieren. Der Einsatz von Interferon- β und Glatiramerazetat kann nach Risiko-Nutzen-Abwägung in der Stillzeit erfolgen, insbesondere bei aktiver Multipler Sklerose vor oder in der Schwangerschaft kann die Gabe von monoklonalen Antikörpern (Natalizumab, Ocrelizumab und Ofatumumab) 1–2 Wochen nach der Entbindung in Betracht gezogen werden.

Impfempfehlungen

Laut Impfplan Österreich sind die Pertussis-Impfung ab dem 2. Trimenon und die RSV-Impfung ab der 24. Schwangerschaftswoche im Sinne des Nestschutzes empfohlen. Eine Kontraindikation während der Schwangerschaft besteht für Lebend-Impfungen.

Fazit

Da die Mehrheit aller Schwangerschaften ungeplant ist, ist es umso wichtiger, bereits bei Diagnosestellung eine entsprechende Aufklärung und Beratung zur Familienplanung durchzuführen. Die Multiple Sklerose und eine Schwangerschaft haben, durch Studien belegt, keinen negativen Einfluss aufeinander. Somit sollten einem glücklichen Familienleben keine Vorurteile und Ängste im Weg stehen. ■



FÜR EINEN ERFOLGREICHEN START IN DIE THERAPIE: DAS MS NURSE SERVICE PATIENTENBEGLEITPROGRAMM

Jede Therapie ist mit vielen Fragen verbunden. Das **MS Nurse Service Patientenbegleitprogramm** bietet Ihnen eine längerfristige Unterstützung zu Ihrer Therapie an:

- Persönliche und kompetente telefonische Betreuung durch Ihren festen Ansprechpartner
- Individuelle Unterstützung, abgestimmt auf Ihre aktuelle Situation und Ihre Bedürfnisse
- Informationen und Hilfestellung zur Anwendung Ihrer MS-Therapie
- Allgemeine Fragen zur MS
- Auf Wunsch Besuch zur Einweisung ein- bis zweimal bei Ihnen zu Hause

Fragen Sie Ihren Neurologen nach dem MS Nurse Service, er hilft Ihnen gerne weiter.

Unser kompetentes Team steht Ihnen bei Fragen, Unsicherheiten, Ängsten oder Problemen mit Rat und Tat zu Seite:

 **00800 101 141 42**

Kostenfrei | Mo–Fr von 9.00–13.00 Uhr

E-Mail: MS.NURSESERVICE@ashfieldhealthcare.com



Immer kämpfen

Kolumne von Anja Krystyn

Als ich die Diagnose MS bekommen habe, blieb ich erst einmal ruhig sitzen. Ich verspürte weder einen Schock, noch geriet ich in Panik – eher ein Staunen –, und ich fragte mich, was jetzt eigentlich los war. Erst allmählich begriff ich, dass ich einiges in meinem Leben anders machen müssen werde, weil sich in meinem Körper etwas Grundlegendes geändert hatte. Nicht plötzlich und aus heiterem Himmel, sondern offenbar schon seit längerem. Vielleicht war ich deshalb nicht völlig deprimiert, sondern irgendwie schon darauf vorbereitet.

„Du bist eine Kämpferin“, sagte unlängst eine Freundin bewundernd. Sie meinte damit, dass ich trotz meiner Krankheit den Kampfmot nicht verloren hätte. „Was bleibt mir denn anderes übrig?“, antwortete ich. „Soll ich mich einsperren, Trübsal blasen und darauf warten, dass es immer schlimmer wird?“ So banal das klingt, aber das Leben geht weiter. Zum Glück hat die Natur jedem Menschen bei der Geburt eine große Portion Lebensmut mitgegeben. Dazu gehört die Fähigkeit, sich anzupassen, Neues zu erlernen oder sich einzuschränken, ohne sich dabei schlecht zu fühlen.

Mut und Stärke verbindet man üblicherweise mit Kämpfer:innen, sei es im Sport, im Krieg oder bei Katastrophen. Interessant, dass man Kraft oft von Menschen erwartet, die krank, also eigentlich schwach sind. Was ist, wenn ich diese Tugenden manchmal einfach nicht aufbringen kann? Ich will nicht stark sein müssen, wenn die Erschöpfung mich niederdrückt. Ich will nicht Mut haben müssen, wenn ich weiß, dass diese Krankheit nicht heilbar ist. Leichter ist es, die Dinge einfach anzunehmen und Vertrauen zu haben, dass es gut sein wird. Vielleicht nennt man diese Art von Mut eher Demut.

Seit der Diagnose haben sich die Quellen meiner seelischen Kraft geändert. Nicht mehr beruflicher Erfolg und damit die Anerkennung anderer oder das Schwimmen durch den See bis ans andere Ufer geben mir Befriedigung. All diese tollen Dinge hatten den Nachteil, dass in ihnen immer die Forderung nach Höherem lag. Müdigkeit galt als faule Ausrede.

Heute sind Ruhe und Innehalten die wichtigsten Quellen meiner Kraft. Ich habe viel darüber nachgedacht, was mir im Leben wirklich wichtig ist. Wofür bin ich tatsächlich bereit zu kämpfen? Erst mit der Zeit hat sich in meinem Inneren der Mut zu mir selbst entwickelt, unabhängig von Menschen und von äußeren Umständen. Ich habe Ressourcen in mir wiedergefunden, die ich in der Vergangenheit nicht wertgeschätzt habe.

Das tun zu können, was einem/einer Freude bereitet, ist ein großer Kick für die Lebenskraft. Allerdings fällt er einem/einer nicht in den Schoß, jedenfalls nicht jeden Tag. Manchmal braucht man dafür die altmodische Disziplin. Körperlich zu trainieren, auch wenn ich keine Lust dazu habe, braucht Überwindung. Die verbliebenen Ressourcen – sei es, um Musik zu machen, mit Menschen zu reden oder ein neues Handwerk zu erlernen – müssen gepflegt werden, auch wenn ich lieber in die Luft schauen und mich bemitleiden möchte. Der gut gemeinte Spruch „Lass dich nicht unterkriegen!“ hat mir bisher nie geholfen. Hingegen bin ich allen Menschen dankbar, die mich beim Heben meiner Ressourcen unterstützen. Empathie und praktische Hilfe sind das Einfachste, um meinen Lebensmut so zu steigern, dass ich ihn an andere Betroffene weitergeben kann. ■

Gut vorbereitet zum Arzt



Regelmäßige Arztbesuche sind für fast alle MS-Patienten eine Notwendigkeit.

Der Gang zum Arzt des Vertrauens, der einen schon seit vielen Jahren kennt und betreut, ist Routine und braucht keine große Vorbereitung. Was aber, wenn ein Arztwechsel, ein neuer Arzt oder ein anderer Spezialist zum Einholen einer zweiten Meinung aufgesucht wird? Was sollte man alles mitnehmen? Wie bereite ich mich darauf vor?

Gleich mal vorweg: „Das ist doch eh alles im Computer oder in den Akten“ stimmt leider meistens nicht. Selbst mit ELGA sind nicht alle wichtigen und notwendigen Unterlagen für den Arzt über den Computer abrufbar. Gerade Medikamentenlisten oder Bilder von MRT-Untersuchungen sucht man hier meist vergeblich. Auch bei anderen Arztbriefen oder medizinischen Dokumenten sollte man sich nicht darauf verlassen, dass sie elektronisch verfügbar sind.

Es empfiehlt sich immer, all diese Unterlagen zu einem „neuen“ Arzt mitzubringen:

- Arztbriefe und Briefe von Kontrollen: Nehmen Sie am Besten alle Unterlagen mit, die Sie zu Hause noch finden – nicht nur die von der letzten Arztkontrolle. Vor allem die Unterlagen von Diagnosestellung und Therapiewechseln und -entscheidungen sind hier von besonderem Interesse. Ob fein säuberlich geordnet oder nicht, das ist nicht so wichtig.

Dr. Christiane Gradl,

Fachärztin für Neurologie, Oberärztin, MS-Ambulanz, Universitätsklinikum St. Pölten, Präsidentin der Niederösterreichischen MS-Gesellschaft

Der Arzt hat viel Routine darin, in kurzer Zeit die wichtigen Unterlagen herauszufischen.

- MRT-Untersuchungen: MRT-Befunde und -Bilder sind für den MS-Arzt besonders wichtig. Nehmen Sie auch hier alle noch auffindbaren Bilder mit, nicht nur die letzten. Gerade der Verlauf der MRT-Veränderungen von Diagnosestellung bis jetzt ist für den Arzt wichtig. Und: Nicht nur die Befunde sind interessant. Achten Sie darauf, auch die Bilder – in ausgedruckter Form oder auf CD – mitzubringen.
- Eine aktuelle Medikamentenliste: Sollten Sie in der Vergangenheit schon verschiedene MS-Medikamente eingenommen haben, empfiehlt es sich auch hier, eine Liste mit (ungefährtem) Start- und Stopppdatum anzufertigen. Auch der Grund für einen Medikamentenstopp wird der Arzt wissen wollen.

Im Idealfall: Impfpass. Nicht nur im Bezug auf eine Corona-Impfung kann der Impfstatus von Interesse sein. Denken Sie Ihre eigene Krankengeschichte nochmals kurz durch: Wann hatte ich die ersten Symptome? Welche Beschwerden hatte ich damals? Wann kam der nächste Schub? Wie verlief die Therapie?

Der Arzt möchte normalerweise Ihre persönliche Krankengeschichte kurz von Ihnen selber hören. Was welcher Arzt wann wo gesagt hat und wie viele verschiedene Ärzte Sie deshalb schon aufgesucht haben, ist hier nicht so wichtig. Der Arzt wird konkret nachfragen, sollte er die Information benötigen.

Machen Sie sich eine Liste: Was will ich wissen? Was ist mir wichtig? Im Arztgespräch werden manche Fragen im Trubel dann vergessen. Eine kleine Merkliste kann hier helfen. Und seien Sie sich gewiss: Alle Fragen sind erlaubt! ■

Pflege und MS: vertrauensvolle Partner für die Rehabilitation bei Multipler Sklerose

Multiple Sklerose (MS) ist eine komplexe und vielschichtige Erkrankung, die sowohl den Körper als auch den Geist betreffen kann. Jeder Verlauf ist einzigartig, weshalb eine individuell angepasste Betreuung unerlässlich ist. Die Rehaklinik Maria Theresia hat sich auf die Pflege und Beratung von Menschen mit MS spezialisiert und bietet umfassende Unterstützung für Betroffene und ihre Angehörigen.

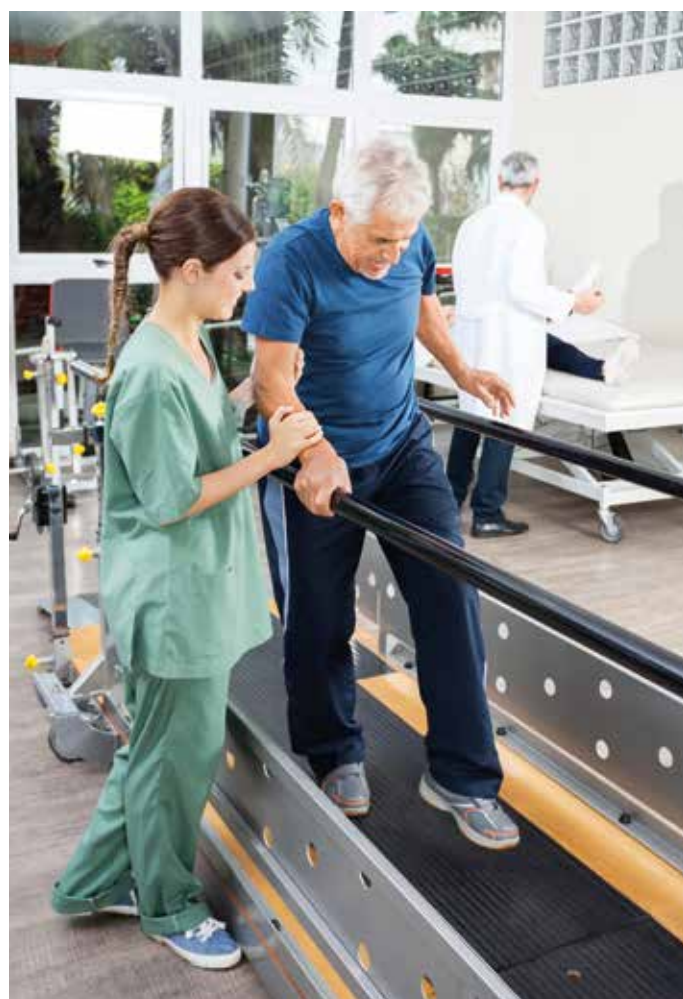
Individuelle Pflege für individuelle Bedürfnisse

Unsere erfahrenen Pflegekräfte, darunter Bostjan und Daniel, wissen, dass MS nicht gleich MS ist. Sie berücksichtigen die unterschiedlichen Krankheitsbilder und -verläufe und gehen auf die spezifischen Bedürfnisse jedes/jeder Einzelnen ein. Dabei spielen nicht nur die medizinischen Aspekte eine Rolle, sondern auch die Lebensweise, die Einstellung zur Gesundheit und Umwelteinflüsse wie Stress und Ernährung. „Es ist wichtig, immer neue Wege zu finden“, betont Daniel. Unsere Pflegekräfte stehen den Patient:innen mit Rat und Tat zur Seite und geben kontinuierlich neue Impulse für den Alltag und die Therapie.

Bewegung und Austausch als Schlüssel zur Rehabilitation

Bewegung ist ein zentraler Bestandteil der Rehabilitation bei MS. Unser interdisziplinäres Team aus

Pflegekräften, Physiotherapeut:innen, Psycholog:innen und Mediziner:innen arbeitet Hand in Hand, um die bestmögliche Betreuung zu gewährleisten. Wöchentlich finden MS-Round-Tables statt, bei denen Fachgruppen gemeinsam mit den Patient:innen verschiedene Themen besprechen. Diese Gruppenerfah-



Fotos: Tyler Olson - stock.adobe.com, Dragana Gordic - stock.adobe.com

rungen und der Austausch sind besonders wichtig für Menschen, bei denen die Diagnose erst kürzlich gestellt wurde. „Das Gefühl, nicht allein zu sein, ist essenziell“, erklärt Bostjan, der seit vielen Jahren in der Pflege der Klinik Maria Theresia tätig ist. Diese Treffen bieten den Patient:innen die Möglichkeit, sich gegenseitig zu motivieren und die Therapieangebote besser anzunehmen.

Einzelgespräche für persönliche Anliegen

Neben den Gruppensitzungen legen wir großen Wert auf individuelle Gespräche. In diesen Sitzungen sprechen unsere Pflegekräfte mit den Patient:innen über Themen wie Inkontinenz, Pflegeprodukte, Katheterisierung, Sexualität und viele andere wichtige Aspekte des täglichen Lebens. „Gute Einzelgespräche können entscheidend sein“, sagt Daniel. Unsere Pfle-



gekräfte nehmen sich die Zeit, um auf die persönlichen Anliegen einzugehen und eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen.

Haben Sie Fragen, oder benötigen Sie eine Beratung? Unsere Mitarbeiter:innen stehen Ihnen gerne zur Verfügung. Zögern Sie nicht, uns zu kontaktieren – wir sind für Sie da! ■



**Klinik
Maria Theresia**

Radkersburger Hof

Rehabilitationszentrum für Neurologie,
Orthopädie und rheumatische Erkrankungen

Radkersburger Hof GmbH & Co KG
Klinik Maria Theresia Kids Chance Gesundheits Hotel
+43 3476/3560 • 8490 Bad Radkersburg
info@radkersburgerhof.at • www.radkersburgerhof.at
zertifiziert nach ISO 9001:2015 und EN 15224:2016

Wir sind Wegbereiter und Wegbegleiter!

Unser Leben besteht aus Ritualen.
Das sind vertraute, wiederholte Handlungen.
Besonders im Umgang mit MS verbessert
das Üben von Ritualen die Alltagsfähigkeiten.
In der Rehabilitation versuchen wir über die
Bedürfnisse der einzelnen Patientinnen und
Patienten individuelle Handlungsziele zu definieren.

Die täglichen, altbekannten Abläufe werden im
aktuellen Kontext neu interpretiert und optimiert.
Die Ritualisierung der Handlungen führt zu
effizienter Rehabilitation und langfristigem Erfolg.

Prim. Dr. Wolfgang Kubik, Ärztlicher Leiter



Nachruf

für Frau Ernestine Schreckenhäusler

Frau Ernestine Schreckenhäusler, Ehrenmitglied der MS-Gesellschaft Wien, ist am 10. März 2024 im 98. Lebensjahr in ihrer Wohnung in Baden verschieden. Sie fand ihre letzte Ruhestätte an der Seite ihres Mannes Franz Schreckenhäusler am Ortsfriedhof von Gaaden. Gemeinsam mit ihm hatte sie in den Jahren 2000 und 2003 die MS-Gesellschaft Wien mit einer großzügigen finanziellen Zuwendung bedacht. Diese war die Basis für den „Franz und Ernestine Schreckenhäusler Fonds“, der auf Wunsch beider Gönner:innen dem Wohl MS-Betroffener gewidmet ist. Diese wohlthätige Stiftung war ein langgehegter Plan von Franz Schreckenhäusler, der die Entbehrungen seiner Kindheit und Jugend, die er in Waisenhäusern verbringen musste, nie vergessen hatte. In den 24 Jahren seines Bestehens konnte der Fonds in zahlreichen finanziellen Notsituationen rasch helfen.

Frau Schreckenhäusler wurde 1927 in Meran geboren und verbrachte ihre Kindheit und Jugend in Obermais, einem Ortsteil von Meran. Diese fiel in die Zeit der Unterdrückung der Südtiroler:innen durch den italienischen Faschismus. Deutsch zu sprechen war in Ämtern, Schulen und Kindergärten verboten. Wie viele andere Südtiroler Kinder ging Frau Schreckenhäusler nach dem italienischen Regelunterricht noch zusätzlich in eine geheime sogenannte Katakombenschule, in der Lesen und Schreiben auf Deutsch gelehrt wurde. Nach dem Hitler-Mussolini-Abkommen von 1939, das die Südtiroler:innen vor die Wahl einer Italianisierung oder Auswanderung ins Deutsche Reich stellte, übersiedelte sie mit ihrer Mutter zunächst nach Deutschland in den Harz, später nach Dornbirn und Innsbruck, wo sie 1944 mit 17 Jahren in die Krankenschwesternschule ein-

trat. Nach Kriegsende zog sie zu einer Tante nach Wien, schloss ihre Ausbildung zur Krankenschwester ab und begann ihre berufliche Laufbahn an der 2. Medizinischen Universitätsklinik bei Professor Franz Fellingner. Sie war bis Mitte der 1970er-Jahre an dieser Klinik mit großer Hingabe und Gewissenhaftigkeit tätig und war viele Jahre Oberschwester an der Chefstation.

Gegen Ende ihres Berufslebens lernte sie ihren späteren Mann Franz Schreckenhäusler kennen. Sie verbrachte mit ihm über 35 gemeinsame und erfüllte Jahre. Herr Schreckenhäusler verstarb kurz vor seinem 100. Geburtstag und wurde in seinen letzten Lebensjahren von ihr liebevoll zuhause betreut und gepflegt.

Frau Schreckenhäusler ist bis zuletzt mit wachem Geist voll im Leben gestanden. Sie hatte bis ins hohe Alter großes Interesse an kulturellen Veranstaltungen, an Theater sowie an Musik und pflegte weiterhin Kontakte mit ihren ehemaligen Kolleg:innen aus der Klinik Fellingner, deren Zahl im Laufe der Jahre allerdings immer kleiner wurde. Mit ihren nächsten Verwandten, die in Oberösterreich leben, war sie durch Besuche und tägliche Telefongespräche eng verbunden. Ihre Persönlichkeit zeichnete sich durch eine stets positive Grundhaltung und durch Selbstdisziplin, aber auch durch Empathie und große Hilfsbereitschaft aus. Die MS-Gesellschaft Wien und zahlreiche MS-Betroffene, die durch den Fonds finanziell unterstützt werden konnten, sind ihr zu großem Dank verpflichtet. Mögen ihr alle guten Taten vergolten werden! ■

Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Kristoferitsch

MS-Landesgesellschaften



MULTIPLE-SKLEROSE-GESELLSCHAFT WIEN

Hernalser Hauptstraße 15–17, 1170 Wien
 Tel.: 01 409 26 69, Fax: 01 409 26 69-20, MS-Infoline: 0800 311 340
 E-Mail: office@msges.at, www.msges.at
 Öffnungszeiten MS-Zentrum für Beratung und Psychotherapie:
 Mo., Di., Do. 9:00–14:00 Uhr, Mi. 9:00–16:00 Uhr, Fr. 9:00–12:00 Uhr



LANDESGESELLSCHAFT NIEDERÖSTERREICH

Landeskrankenhaus St. Pölten, Neurologische Abteilung/5. OG, Dunant-Platz 1, 3100 St. Pölten
 Tel.: 0676 97 51 584, Fax: 02742 9004-49230
 E-Mail: office@ms-gesellschaft.at, www.ms-gesellschaft.at
 Information: Dienstag 8:45–11:30 und Freitag 8:45–13:30 Uhr



LANDESGESELLSCHAFT BURGENLAND

Sulzriegel 52, 7431 Bad Tatzmannsdorf
 Tel.: 0664 122 62 36
 E-Mail: msges.bgl@gmail.com, www.msges-bgl.at
 Öffnungszeiten: jeden 2. und 4. Montag/Monat 8:00–12:00 Uhr



LANDESGESELLSCHAFT OBERÖSTERREICH

Wagner-Jauregg-Krankenhaus, Wagner-Jauregg-Weg 15, 4020 Linz
 Tel.: 0664 1283110
 E-Mail Sekretariat: jasmine.cichlinski@ooeg.at, www.msges-ooe.at



LANDESGESELLSCHAFT SALZBURG

Österreichische Multiple Sklerose Gesellschaft Salzburg, Priv.-Doz. Dr. Jörg Kraus,
 Auersbergstraße 6, 5700 Zell am See
 E-Mail: msg-salzburg@gmail.com, www.msge-salzburg.at
 Information und Beratung: Patientenbeirat Marlene Schmid, Malserstraße 19/52/B, 6500 Landeck
 Tel.: 0664 514 61 70



LANDESGESELLSCHAFT TIROL

Univ.-Klinik für Neurologie, Anichstraße 35, 6020 Innsbruck, oder
 Patientenbeirat Marlene Schmid, Malserstraße 19/52/B, 6500 Landeck
 Tel.: 0664 514 61 70
 E-Mail: office@msgt.at, www.msgt.at



BUNDESLAND KÄRNTEN

MS-Infoline 0800 311 340



BUNDESLAND STEIERMARK

MS-Infoline 0800 311 340



BUNDESLAND VORARLBERG

MS-Infoline 0800 311 340

Selbsthilfegruppe **NMOSD**

Wir treffen uns regelmäßig, um Erfahrungen auszutauschen, uns gegenseitig zu unterstützen und Informationen über die neuesten Behandlungsoptionen zu teilen. Gemeinsam können wir eine starke Gemeinschaft aufbauen, die uns hilft, mit dieser seltenen Erkrankung umzugehen.

Wir freuen uns darauf, ein Stück dieses Weges gemeinsam zu gehen!



**GEMEINSAM
SIND WIR
STARK!**

Monatliche Treffen

vor Ort & online

Facebook-Gruppe

unterstützende Gemeinschaft

WhatsApp-Gruppe

zum sofortigen Austausch

KONTAKT:

Christoph Fröhlich

+43 681/102 21 868

www.nmod-austria.at

info@nmod-austria.at