

# Geld oder Gesundheit!

**D**ie Überschrift ist milder ausgefallen, schließlich handelt es sich ja nicht um einen direkten Überfall, bei dem es um „Geld oder Leben“ geht. Gelegentlich kommt einem der Gedanken an die „gute alte Zeit“ in der Medizin (die natürlich auch nicht nur gut war). Noch nie hat sich die Alternative „Geld oder Gesundheit“ in den letzten vier Jahrzehnten so deutlich gestellt wie jetzt. Regresse für zu hohe Kosten bei Verordnungen aus dem Jahr 2001 werden plötzlich ins Spiel gebracht. Der Wandel zu immer teureren, aber auch wirksameren Medikamenten bleibt dabei zu wenig berücksichtigt – der Arzt muss sich rechtfertigen. Auch für den EBM 2000 plus müssen wir Neurologen uns vor der KBV und ihren Verhandlungspartnern rechtfertigen: Worin der Sinn neurophysiologischer Untersuchungsmethoden bestehe, außer dass sie uns vermeintlich reich machten?

Nicht rechtfertigen muss sich die GKV dafür, dass sie unzulässigerweise enorme Schulden in schwierigen Zeiten gemacht hat. Völlig unlogisch ist, dass ein Gesetz nur einen Abbau um 25 % pro Jahr erlaubt; eine kurzfristige Rückzahlung der Schulden wäre aber aufgrund der jetzt gewonnenen Liquidität der gesetzlichen Krankenkassen möglich. Die Tilgung der Schulden muss sich also über vier Jahre hinziehen. Hier rechtfertigt sich niemand. Auch die Höhe der Verwaltungskosten der GKV mit 8,2 Mrd. EUR durfte noch einmal um 2 % in einem Jahr angehoben werden. Die Krankenhäuser erhalten dagegen nur eine 0,1 %ige Aufstockung ihres Budgets. Wo bleibt hier die gesetzliche Regelung und der Blick auf das Einsparvolumen bei den Krankenkassen?

Anzuerkennen ist andererseits, dass Veränderungen im Gesundheitswesen erfolgt sind, die – wenn sie nicht über das Ziel hinausschießen würden – als sinnvoll gelten könnten. Beispiele sind die Liegezeitverkürzung im Krankenhaus und die Umschichtung der Schwerkranken zur (Früh-)Rehabilitation, auch wenn beides inzwischen mehr aus Kostenaspekten und weniger aus gesundheitlichen Gründen im Sinne des Patienten stattfindet.

Das Risikomanagement ist mit viel Arbeit und durch die gute Kooperation aktiver niedergelassener und im Stationsdienst tätiger Neurologen vorangekommen und fertiggestellt, wobei es ja ständig weiterentwickelt werden muss, um aktuell zu bleiben.

Der BDN und die DGN entwerfen in Kooperation mit dem BVDN Modelle und Konzepte für eine integrierte Versorgung, beispielsweise für Schlaganfall und Kopfschmerz. Jedem Arzt bleibt überlassen, ob er daran (was auch Risiken birgt) teilnehmen und sich inhaltlich wie konzeptionell anpassen will. Bisher ist alles noch im Werden, umfassende Erfahrungen hierüber gibt es leider noch nicht. Sich ausschließen, muss nicht existenzgefährdend sein, teilnehmen kann aus diversen Gründen aber auch Gewinn bedeuten, nicht nur finanziellen. Dieses Thema wird unter anderem auf dem BDN-Forum der DGN-Tagung diskutiert.

Der BDN wird eine neue, griffigere Homepage erhalten. Projekte wie DRG, Risiko- und Qualitätsmanagement sowie Themen aus Markt und Forschung und Informationen über den NEUROTRANSMITTER, die Presse etc. werden hier zu finden sein.

Das Management des Berufsverbands umfasst neben der Auseinandersetzung mit den großen Themen auch ein hohes Maß an



**Prof. Dr. med. Rolf Hagenah**  
Vorsitzender des BDN



**Dr. med. Uwe Meier**  
Vorsitzender des BDN

© Archiv

Kleinarbeit. So werden Daten als Standardgrößen für die Gründung einer neurologischen Klinik angefordert, Begründungen für Off-Label-Therapieformen erbeten, Stellenbesetzungsprobleme angesprochen, unzählige Vergütungsfragen behandelt – und dieses von allen Seiten, also von der Bundesärztekammer über die KBV, die behandelnden Ärzte bis zu den Patienten, natürlich auch über die Berufsgenossenschaft, Gerichte, Beihilfestellen und andere. Der bescheidene Stab der Aktiven kämpft verzweifelt, um allen gerecht zu werden.

Der BDN wird eine Auflistung von GOÄ-Positionen an die Mitglieder herausgegeben. Sie soll zeigen, was gesichert ist, was an Analogziffern verwendet werden kann oder könnte und was ein bisschen spekulativ und mit einem Fragezeichen behaftet auch noch aus der GOÄ herauszulesen ist.

Für zukünftige Chefärzte werden Vertragsberatungen und -entwürfe vorbereitet, damit nicht nur die eine Seite vorgibt, wie ein solcher Vertrag aussehen soll. Nicht nur deshalb lohnt es sich auch für Oberärzte, Mitglied des BDN zu werden. Die Veränderungen werden auch sie in vermeintlich gesicherter Position nicht übergehen. Es gibt viel zu wenig Oberärzte im BDN. Wie sollen wir deren Belange vertreten, wenn diese nicht vorgebracht werden?

Diejenigen, die die Geburtsstunde des BDN und die mühevollen Startphase mit durchlaufen haben, wünschen sich, dass die Arbeit auf mehr Schultern verteilt wird. Die Investition von Zeit in die Verbandsarbeit bringt auch Wissen und Nutzen für Sie, ganz sicher auch für Ihre Patienten. Es ist keine „leider nicht vermeidbare“ berufspolitische Aktivität, sondern auch ein ideeller Einsatz im ärztlichen Sinne, der auch den Horizont erweitert. Man muss nicht gewählt sein, um aktiv zu sein; wir heißen Sie auch so herzlich als Helfende willkommen.



3 — **Grußwort**

Gesundheitspolitik

9 — **Einheitlicher Bewertungsmaßstab**  
EBM 2000 + oder –?

10 — **Positionierung zur integrierten Versorgung**  
Neurologen aller Sektoren vereinigt Euch!

Integrierte Versorgung

16 — **Integrierte Versorgung für neurologische**  
**Erkrankungen**  
Mut für neue Wege

20 — **NeuroKonzept**  
Know-how-Pool für die integrierte Versorgung

22 — **Integrierte Versorgung Kopfschmerz**  
Kompetenznetz gegen den Schmerz

28 — **Integrierte Versorgung Schlaganfall**  
Task force für ein optimiertes Behandlungskonzept

31 — **Neues CME-Verfahren beim Kongress**

34 — **Integrierte Versorgung Multiple Sklerose**  
Synergien konsequent nutzen

40 — **Integrierte Versorgung Morbus Parkinson**  
Effizienz anstatt Zuständigkeitskonfusion

48 — **Integrierte Versorgung Epilepsie**  
Schubkraft für ambulante und stationäre  
Verzahnung

In diesem Sonderheft finden Sie auf S. 50 f. den  
Therapiereport aktuell „Antiepileptische Monotherapie:  
Topiramate bereits niedrig dosiert wirksam“ sowie auf  
S. 64 f. den Therapiereport aktuell  
„Neuropsychologische Störungen bei MS: Wie früh auf  
kognitive Defizite achten?“

**Wir bitten um freundliche Beachtung!**

## EBM 2000 plus: Verbände intervenieren



KBV und Kassen überraschten die Berufsverbände mit einer EBM-Neufassung, die nach Modellrechnungen mit Verlusten von 28% für die Neurologen einhergegangen wäre. Ursache waren veränderte Positionen und Komplexe mit unrealistischen Wiederholungseinschränkungen.

Eine Intervention von BDN und BVDN soll zu entsprechenden Korrekturen führen.

9

## Mut für neue Wege

Die aktuelle medizinische Versorgung der Patienten orientiert sich nicht an deren Bedürfnissen, sondern ist noch größtenteils von der Trennung der Sektoren geprägt. Neue Versorgungsformen, insbesondere die Integrierte Versorgung, bieten hier die Möglichkeit

einer sektorenübergreifenden und effizienten Medizin.

16



## Qualitätsmanagement



Noch besteht keine grundsätzliche Verpflichtung zu einem bestimmten zertifizierten oder visitierten QM-System. Dies könnte sich allerdings bald ändern. Die Athene-Akademie empfiehlt, so früh wie möglich ein geeignetes QM-System zu installieren.

52

### Wie Sie uns erreichen

**Verlagsredaktion:**

Dr. med. Christoph Posch,  
Tel. (0 89) 43 72-14 38, Fax 43 72-14 00,  
E-Mail: posch@urban-vogel.de

Dr. med. Andreas Fischer,  
Tel. (0 89) 43 72-14 44, Fax (0 89) 43 72-14 00,  
E-Mail: fischer@urban-vogel.de

**Geschäftsstelle des BDN:**

Dagmar Differt-Schiffers,  
Hammer Landstr. 1a,  
41460 Neuss,  
Tel. (0 21 31) 2 20 99-20,  
Fax 2 20 99-22,  
E-Mail: bdn-neurologen@  
t-online.de

### Titelbild



Ziel der integrierten Versorgung ist die Zusammenarbeit von möglichst vielen Sektoren, um den Patienten effizient zu behandeln.

Composing:  
Gabi Kellner, München  
© Archiv

## NEUROTRANSMITTER

Offizielles Organ des Berufsverbands Deutscher Nervenärzte e.V. (BVDN), des Berufsverbands Deutscher Neurologen e.V. (BDN) und des Berufsverbands Deutscher Psychiater (BVDP).

**Herausgeber:** Berufsverband Deutscher Nervenärzte e.V. (BVDN), 1. Vorsitzender: Dr. med. Frank Bergmann (fb), Theaterplatz 17, 52062 Aachen, Tel. (02 41) 3 63 30, Fax (02 41) 40 49 72, E-Mail: Dr.Frank.Bergmann-Aachen@t-online.de

**Geschäftsstelle:** D. Differt-Schiffers, Hammer Landstr. 1a, 41460 Neuss, Tel. (0 21 31) 2 20 99-20, Fax (0 21 31) 2 20 99-22, E-Mail: bvdn.bund@t-online.de

**Schriftleiter:** PD Dr. med. Albert Zacher (az) (verantwortlich), Watmarkt 9, 93047 Regensburg, Tel. (09 41) 56 16 72, Fax (09 41) 5 27 04, E-Mail: bvdnzacher@t-online.de

**Verlag:** Urban & Vogel Medien und Medizin Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Neumarkter Str. 43, 81673 München, Tel. (0 89) 43 72-13 00, Fax -13 99, <http://www.urban-vogel.de>.

**Herausgeber und Schriftleiter dieses Sonderhefts:** Berufsverband Deutscher Neurologen e.V. (BDN), Vorsitzender: Dr. med. Uwe Meier, (verantwortlich), Montanusstr. 54, 41515 Grevenbroich, Tel. (0 21 81) 22 53 22, Fax (0 21 81) 22 53 11, E-Mail: umeier@t-online.de

**Geschäftsführer:** Dr. Georg Ralle.

**Leitung Verlagsbereich III:** Friederike Klein.

**Redaktion:** Dr. med. Christoph Posch (Leitung, cp), Tel. (0 89) 43 72-14 38, Fax (0 89) 43 72-14 00, E-Mail: posch@urban-vogel.de; Dr. med. Andreas Fischer (af), Monika Welzel-Friebe (Chefin vom Dienst).

**Assistenz:** Gertraud Hiebsch (-13 68).

**Herstellung:** Frank Hartkopf (Leitung, -13 11), Gabi Kellner.

**Medical Communication:** Ulrich Huber (Leitung, Anschrift wie Verlag, -13 31); Peter Urban (Anzeigenleitung, verantwortlich, Anschrift wie Verlag, -13 33, E-Mail: urban@urban-vogel.de); Anzeigenpreisliste Nr. 8 vom 1.10.2003.

**Vertrieb:** Frank Niemann (Leitung, -14 11).

**Abonnement:** Die Zeitschrift erscheint 11-mal jährlich. Bestellungen nimmt der Verlag unter Tel. (0 62 21) 3 45-43 04, per Fax (0 62 21) 3 45-42 29 sowie auch über das Internet unter <http://www.urban-vogel.de> und jede Buchhandlung entgegen. Das Abonnement gilt zunächst für ein Jahr. Es verlängert sich automatisch um jeweils ein Jahr, wenn dem Verlag nicht drei Monate vor Ende des Bezugszeitraums die Kündigung vorliegt.

**Bezugspreise:** Einzelheft: 17 EUR. Jahresabonnement: 159 EUR. Für Studenten/AIP: 106 EUR. Versandkosten jeweils: Inland 17 EUR, Ausland 21 EUR. Für Mitglieder des BVDN, BDN und des BVDP (s.o.) ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten.

**Copyright – Allgemeine Hinweise:** Zur Veröffentlichung kommen nur Arbeiten und Beiträge, die an anderer Stelle weder angeboten noch erschienen sind. Die Autoren sind verpflichtet zu prüfen, ob Urheberrechte Dritter berührt werden. Eine redaktionelle Bearbeitung bleibt vorbehalten. Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Fotos wird keine Haftung übernommen. Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Verbreitung, Übersetzung und jeglicher Wiedergabe auch von Teilen dieser Zeitschrift durch Nachdruck, Fotokopie, Mikrofilm, EDV-Einspeicherung, Funk- oder Fernscharaufzeichnung vor. Der Verlag kann den Beitrag auch online Dritten zugänglich machen (Online-Recht) und auf Datenträgern (CD-ROM etc.) verwerten (Offline-Recht). Jede gewerblich hergestellte oder benutzte Fotokopie verpflichtet nach § 54 (2) UrHG zur Gebührenzahlung an die VG Wort, Abteilung Wissenschaft, Goethestr. 49, 80336 München, von der die Modalitäten zu erfragen sind. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen etc. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen. Für Angaben über Dosierungsanweisungen, Anwendungsgebiete und Applikationsformen von Medikamenten, für die Empfehlungen im Expertenrat sowie für Abrechnungshinweise kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

**Druck:** KLIEMO Printing, Hütte 53, B-4700 Eupen. Die Zeitschrift wird auf chlorfrei gebleichtem Papier gedruckt.

Urban & Vogel Medien und Medizin Verlagsgesellschaft ist ein Unternehmen von Springer Science + Business Media

© Urban & Vogel Medien und Medizin Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG

ISSN 1436-123X



## Weitere Themen

- 52 — **Qualitätsmanagement-Systeme**  
Was kommt auf die niedergelassenen Ärzte zu?
- 56 — **Homepage des BDN**  
Präsent im World Wide Web
- 58 — **Fortbildung**  
Punkten mit „eddie“
- 60 — **Markt & Forschung**
- 66 — **BDN-Service**

## BDN-Forum am 8.10.2004, 14.00–17.00 Uhr



### Integrierte Versorgung neurologischer Erkrankungen

#### — Rahmenbedingungen

- (Vorsitz und Einleitung: R. Hagenah, U. Meier)
  - Juristische Grundlagen (RA I. Pflugmacher)
  - Anforderung an die Konzeptentwicklung (U. Meier)
  - Dokumentation (P. Reuther)

#### — Überregionale Rahmenkonzepte: Stand der Entwicklungen

- (Vorsitz: P. Reuther, H. Masur)
  - IV Schlaganfall (E. Busch, U. Meier)
  - IV Parkinson (P. Reuther, K. Eggert)
  - IV Multiple Sklerose (V. Limmroth, H.-J. Boldt)
  - IV Epilepsie (A. Hufnagel, R. Berkenfeld)
  - IV Kopfschmerz (V. Limmroth, U. Meier)

#### — Regionale Umsetzung

- (Vorsitz: K.-O. Sigel, R. Hagenah)
  - Stand der Verhandlungen mit den Kostenträgern (U. Meier, P. Reuther)
  - NeuroConsult (O. Frielingsdorf, K. Piwernetz)

#### — Diskussion und Roundtable mit Vertretern der Kostenträger

- (Moderation: F. Bergmann)

**BDN-Mitgliederversammlung: 8.10.2004, 19.30 Uhr**

## CME-Punkte-Vergabe beim Kongress – Bitte beachten!

Anlässlich des DGN-Jahreskongresses hat ein neues CME-Nachweisverfahren Premiere. Dieses Verfahren erfordert Ihre Mitarbeit (s. auch S. 137 des Programmhefts).

Bitte beachten Sie, dass aufgrund der neuen Verfahrensweise die Anmeldung und Zahlung für einen Kurs nicht automatisch die Vergabe der CME-Punkte nach sich zieht. Es ist erforderlich, dass Sie Ihre Teilnahme durch einen kodierten Evaluationsbogen nachweisen. Mit den Tagungsunterlagen bekommen Sie Ihre persönlichen Barcode-Aufkleber und bei jeder Sitzung beziehungsweise bei jedem Kurs jeweils einen Evaluationsbogen ausgehändigt. Nur wenn Ihr Barcode im vorgesehenen Feld im Evaluationsbogen klebt und dieser abgegeben wurde, bekommen Sie von der CME-Fortbildungsverwaltung der Fachgesellschaften und der Berufsverbände die entsprechenden Punkte gutgeschrieben (lesen Sie dazu auch S. 31 in diesem Sonderheft).

## Einheitlicher Bewertungsmaßstab EBM 2000 + oder - ?

Nach Modellrechnungen bei einem der letzten EBM-Entwürfe wäre mit Verlusten von 28% für die Neurologen zu rechnen gewesen. Schuld daran war, dass eine veraltete und nicht fachgruppengerechte Kostenstruktur zu Grunde gelegt worden war. Durch die Intervention von BDN und BVDN soll eine Korrektur des neuen Bewertungsmaßstabs stattfinden.

**D**er neue EBM soll im Januar 2005 in Kraft treten. Im Oktober 2002 hatten BDN und BVDN mit der KBV eine Einigung bei der Abbildung von neurologischen Leistungen im neuen EBM erreicht. Dabei hatte die KBV – wie auch in anderen Fachgebieten geschehen – den Vertretern der Berufsverbände eine sehr weitgehende Komplexierung und Pauschalierung abgefordert. In reiflicher Überlegung war damals mit KBV-Vertretern abgewogen worden, wie groß der Aufwand für neurophysiologische Leistungen jeweils ist und ob diese nebeneinander im selben Krankheitsfall erfolgen müssen beziehungsweise mehrfach im Quartal erforderlich sein können. Mit dem ausgehandelten Ergebnis waren BDN und BVDN zwar nicht glücklich, aber zunächst zufrieden. Zur schon lange immer wieder angemahnten Differenzierung der Praxiskosten, die sehr wohl unterschiedlich für Neurologen, Nervenärzte und Psychiater ausfallen, kam es nicht und wurde zunächst seitens der KBV auch nicht angestrebt.

### EBM-Neufassung ohne Absprache

Ohne Vorwarnung erschien im Internet eine Neufassung des EBM 2000 plus im Dezember 2003 und nochmals im April 2004 – mit völlig veränderten Positionen. Inhaltlich gingen abgesprochene Positionen für das Kapitel Neurologie in wesentlichen Teilen über Bord und es wurden Komplexe zusammengestellt, die fernab aller Realität sind. Es liegen Wiederholungseinschränkungen vor,

zum Beispiel für das EMG, mit der Konsequenz, dass diese Leistungen nur einmal im Quartal vergütet werden. Kontrolluntersuchungen mit den Fragestellungen, ob eine Reinnervation erfolgt und ob die Kontinuität des Nerven erhalten ist (wenn auch noch nicht klinisch sichtbar), könnten beispielsweise nicht abgerechnet werden. Gleiches gilt für die Differenzierung zwischen Neura- praxie und Axonotmesis, wenn man sich vor Ablauf der Denervierungsaktivität von einer Parese überzeugt hat und nach zwei bis drei Wochen die substantielle Schädigung des Nerven objektivieren will.

Derlei Ungereimtheiten finden sich viele in der überarbeiteten EBM-Offerte und zu unserer Überraschung mussten wir feststellen, dass die KBV scheinbar durch Vertreter, die mit den gesetzlichen Krankenkassen zusammen verhandelt haben, über neurologische Leistungen anders informiert wurde, als durch Vertreter von BDN und BVDN.

### Eingreifen der Berufsverbände

Durch weitere schriftliche Ausführungen hoffen wir, in dem schon weit fortgeschrittenen Stadium der Fixierung des EBM 2000 plus für das Kapitel Neurologie noch etwas ändern zu können. Im Spätsommer wird es bei der KBV nochmals eine Anhörung und Diskussion über das Kapitel Neurologie geben.

Ein großer Fortschritt, der sich allerdings nicht sofort auswirken wird,

sondern möglicherweise erst 2006: Die Verantwortlichen werden nochmals über eine Differenzierung der Praxiskosten nachdenken. Es gilt zu berücksichtigen, dass früher überwiegend „global“ tätige Nervenärzte im EBM abgebildet waren. Zur Diskussion steht eine Differenzierung zwischen Neurologen, überwiegend neurologisch tätigen Nervenärzten, überwiegend psychiatrisch tätigen Nervenärzten und Psychiatern; gegebenenfalls käme auch noch der Nervenarzt hinzu, der gleichermaßen neurologisch und psychiatrisch tätig ist.

Ein Modell, nach dem die unterschiedlichen Praxiskosten geschätzt werden können, diskutieren wir derzeit mit der KBV. Ist es fair und solide, wäre das sicher ein Schritt in die richtige Richtung, um die unterschiedlichen Fachpraxen gerechter zu bewerten.

### Gemeinsam aktiv

Dadurch, dass zwei Berufsverbände mit ihren Vertretern das Kapitel Neurologie vertreten, nicht selten sogar auch der psychiatrische Berufsverband dabei ist, sind wir stärker geworden. Auch wenn sich das im Ergebnis noch nicht genügend abzeichnet, so ist doch anzunehmen, dass das Ergebnis bei der KBV noch wesentlich schlechter ausgefallen wäre – hätten nicht mehrere Seiten gleichzeitig massiv interveniert.

**Prof. Dr. med. Rolf Hagenah, Rotenburg**  
Vorsitzender des BDN



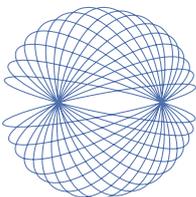
© Bilderbox, A-Therimg



## Berufsverbände und Fachgesellschaft zur integrierten Versorgung Neurologen aller Sektoren vereinigt Euch!



© Bilderbox, A-Thening



Der Berufsverband Deutscher Neurologen (BDN) hat zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) und in Kooperation mit dem Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN) Rahmenkonzepte zur integrierten Versorgung entwickelt. Für eine Vielzahl neurologischer Erkrankungen erarbeiteten Fokusgruppen mit Vertretern aus den verschiedenen Gesellschaften und Sektoren Modelle für integrierte Versorgungsnetze. Die Rahmenkonzepte stehen Mitgliedern für die regionale Anpassung zur Verfügung.

**D**er Gesetzgeber hat mit dem GMG seit dem 1.1.2004 die Grundlagen für eine strukturierte sektorenübergreifende Versorgung geschaffen. Gesetzliche Regelungen hierzu gibt es schon seit dem Jahr 2000. Doch erst durch die Regelung der finanziellen Grundlagen integrierter Versorgungsstrukturen schuf der Gesetzgeber realistische Bedingungen für die integrierte Versorgung (IV).

IV-Verträge werden zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen

nach § 140a ff. SGB V geschlossen. Für die Anschubfinanzierung steht ein Modernisierungsfonds zur Verfügung, der jeweils 1 % der Krankenhausvergütung und der Gesamtvergütung der niedergelassenen Ärzteschaft beträgt.

Das Kernmerkmal der IV-Strukturen ist die vertraglich geregelte Zusammenarbeit zugelassener Leistungserbringer aus unterschiedlichen Sektoren. Dabei sind die verschiedenen Kompetenzen und Abläufe klar definiert. Teilnehmer eines IV-Systems können beispielsweise



Kliniken, Praxen, Versorgungszentren, Heilmittelerbringer, Pflegedienste, Rehabilitationseinrichtungen, Apotheken und Versandapotheken sein. Die klassische IV-Konstruktion bezieht sich sicherlich auf die sektorenübergreifende Behandlung durch Kliniken und Praxen; sie ist jedoch keineswegs darauf begrenzt.

### **Erkrankungen mit hohen Kosten**

Die „großen“ neurologischen Erkrankungen wie Schlaganfall, Morbus Parkinson, Multiple Sklerose, Epilepsie und Kopfschmerz eignen sich in besonderer Weise für die IV. Es handelt sich um chronische Krankheiten mit meist hohen primären und sekundären Krankheitskosten. Zudem erfordert die Versorgung eine Vielzahl von Schnittstellen im stationären, ambulanten, rehabilitativen und pflegerischen Bereich sowie wie in der Heil- und Hilfsmittelversorgung. Indikationen mit geringer Inzidenz oder Prävalenz eignen sich derzeit nicht für die IV, da der Nutzen den zusätzlichen Verwaltungsaufwand der Krankenkassen nicht rechtfertigt.

Eine Chance für die Aufnahme von Vertragsverhandlungen besteht bei IV-Konzepten, wenn sie eine Optimierung der Versorgungsqualität bei gleichzeitiger Kostenreduktion versprechen. Eine Chance auf langfristig funktionierende Versorgungskonzepte besteht praktisch nur dann, wenn Leistungserbringer, Krankenkassen und Patienten den Mehrwert eines IV-Konzeptes gegenüber der Regelversorgung anhand der Ergebnisse erkennen. Bei den Leistungserbringern und Krankenkassen liegt hierin eine besondere Verantwortung. Die Forderungen nach einer besseren und zugleich preiswerteren Versorgung muten paradox an und sind für viele Versorgungsbereiche auch nicht vereinbar. Sie scheinen aber im Rahmen neuer Versorgungsstrukturen und Kooperationen (Verdichtung von Leistungen, gesteigerte Effizienz) möglich.

### **Rahmenkonzepte für die Mitglieder**

Der BDN hat zusammen mit der DGN, dem BVDN und weiteren beteiligten Gruppen Arbeitsgruppen initiiert, um

Rahmenkonzepte für die IV zu entwickeln und sie ihren Mitgliedern zur Verfügung zu stellen. Die Konzepte werden in dieser Sonderausgabe vorgestellt und sind zudem auf den Internetseiten abrufbar.

Die Aufgabe der Fokusgruppen war es nicht, wissenschaftliche Standards zu bewerten oder gar zu begründen. Es galt lediglich, die Rahmenbedingungen der Versorgung zu benennen und einen Behandlungspfad auf der Basis von Leitlinien zu schaffen. Die jeweils zu Grunde liegenden wissenschaftlichen Evidenzen beziehen sich vollständig auf die wissenschaftlichen Leitlinien von DGN/BDN.

Die Rahmenkonzepte zur IV beinhalten epidemiologische Daten und Versorgungskosten, Versorgungsziele, sektorenübergreifende Behandlungspfade sowie Vorschläge für Zuständigkeiten und für das Schnittstellenmanagement. Die Konzepte sind an vielen Stellen noch nicht soweit ausgearbeitet, dass für jede Entscheidung ein detaillierter Behandlungsalgorithmus vorliegt. Die Konzepte sind dazu gedacht, dass sie kontinuierlich verbessert werden, auch in dem Sinne, dass konkrete Erfahrungen bei der Umsetzung vor Ort in die Konzepte zurückfließen.

### **Krankenkassen zeigen Interesse**

Das grundsätzliche Interesse der Leistungserbringer an IV-Verträgen ist evident: Sie ermöglichen im Idealfall eine rationell begründete optimierte medizinische Versorgung – finanziert durch Rückstellungen aus der Gesamtvergütung. Gleichzeitig dient es dem Image und der Kundenbindung. Inwieweit die Krankenkassen die Chance wahrnehmen, Konzeptionen für eine optimierte Versorgung chronisch Kranker umzusetzen oder IV-Verträge lediglich als verkappte Billigeinkaufsmodelle nutzen, wird sich zeigen.

Derzeit ist die Situation noch nicht entschieden. Sowohl Leistungsträger als auch Leistungserbringer müssen sich mit den neuen Rahmenbedingungen vertraut machen. In bisherigen Gesprächen der Berufsverbände mit Kostenträgern ergab sich ein differenziertes Bild: Überwiegend signalisierten die Kran-

kenkassen ein ernsthaftes Interesse an der Umsetzung anspruchsvoller Konzepte für die Versorgung chronischer neurologischer Patienten. Vereinzelt wurde jedoch auch mehr oder weniger unverblümt deutlich gemacht, dass das primäre Interesse der Kostenreduktion gilt – mit teilweise grotesken Zielvorstellungen.

Es ist naturgemäß sehr viel einfacher, Verträge im chirurgisch-orthopädischen Fachgebiet mit Komplexpauschalen für den operativen Eingriff, anschließender Rehabilitation inklusive Garantievereinbarungen zu treffen und hierfür die Kostenersparnisse darzulegen als Konzepte zur Vertragsreife zu bringen, denen komplexe sektorenübergreifende Behandlungspfade bei chronisch-neurologischen Erkrankungen zu Grunde liegen.

### **Wettbewerb um die Patienten**

Die Entscheidung darüber, ob ein IV-Vertrag realisiert wird, liegt einzig und allein bei den Krankenkassen. Uns obliegt es, vernünftige Konzepte zu präsentieren. Wir stehen mit unseren Konzepten bei den Krankenkassen im Wettbewerb mit anderen Versorgungsmodellen. Die Krankenkasse bewirbt wiederum ihre Versicherten, einer integrierten Struktur beizutreten. Wir stehen zunächst in der Bringschuld und müssen Wirtschaftlichkeitsreserven darlegen und konzeptionell berücksichtigen. Diese liegen aus Sicht der Kassen vor allem beim Vermeiden von Krankenhauseinweisungen und in der Reduktion von Arzneimittelkosten. Die volkswirtschaftlichen Perspektiven (unter anderem sekundäre Krankheitskosten) sind in der Betrachtungsweise der Krankenkassen nachrangig. Allerdings können es sich die Kassen nicht ohne Weiteres leisten, auf Dauer Dumping- und Billigkonzepte anzubieten, da sich sonst kein Patient einschreiben beziehungsweise schnell wieder austreten wird. Kasse und Leistungserbringer stehen also im Wettbewerb um die Patienten.

Die Chance unserer Rahmenkonzepte liegt darin, dass sie sektorenübergreifend einen hohen Versorgungsstandard bieten und damit quasi als Schutzwall wirken gegen „Billig-Konzepte“



oder solche, die wirtschaftlich nicht tragfähig sind.

### **Regionales Engagement ist gefragt**

Wir sind mit unseren Rahmenkonzeptionen selbstverständlich offen für Vorschläge, Kritik und Ergänzungen von außen. Schließlich handelt es sich um Konzepte von Neurologen für Neurologen. Je besser wir es schaffen, einander zuzuarbeiten und uns nicht als Konkurrenten begreifen, umso mehr werden alle Neurologen hiervon profitieren. Schließlich gibt es im Verhältnis zu den hohen Inzidenzen neurologischer Erkrankungen zu wenig Neurologen. Andere Fachgruppen übernehmen deshalb die Versorgung; dies ist der Qualität der Versorgung sicherlich nicht dienlich.

Es sollten sich möglichst viele Neurologen aus Klinik, Praxis und Rehabilitation zu regionalen Kooperationsgemeinschaften zusammenfinden und auf der Basis der Rahmenkonzepte oder anhand eigener Konzepte IV-Strukturen generieren. In den Fokusgruppen wurde die Zusammenarbeit regelmäßig als sehr fruchtbar empfunden.

### **Machen Sie mit!**

Die Mitglieder der Berufsverbände und der DGN sind aufgefordert, sich an der Weiterentwicklung der Konzepte zu beteiligen. Zum Nutzen der Fachgruppe ist es sinnvoll, dass ein reger Erfahrungsaustausch stattfindet. Wer über Konzepte oder regionale Erfahrungen in den Verhandlungen verfügt, sollte diese mitteilen, damit wir die Erfahrungen weitergeben können. Es profitieren alle davon, wenn regionale Arbeitsgruppen ihre Materialien zur Verfügung stellen; damit kann ein Erfahrungsaustausch stattfinden und eine „Evolution der besten Idee“ kommt in Gang.

Nur wenn wir unsere Kompetenz und unseren Einfluss gelten machen, können wir an der Gestaltung zukünftiger Versorgungsstrukturen partizipieren. Politisch wäre es unklug, wenn wir das Feld komplett anderen Fachgruppen überlassen würden. Aber nur vor Ort können Konzepte realisiert werden. Treten Sie, welchen Versorgungssektor Sie auch immer vertreten, an die engagierten Fachkollegen der anderen Sektoren

heran und bilden Sie Kooperationsgemeinschaften. Die Erfahrungen vielerorts zeigen, dass das Verständnis für die jeweiligen Versorgungszwänge wächst und dass hiervon alle profitieren, unabhängig ob die Kooperationen in Vertragsverhandlungen münden oder nicht.

Wer sich in Kooperationsgemeinschaften übt, lernt, über eigene Schatten zu springen und liebgewonnene Ressentiments zu überwinden; er rüstet sich auch für die Zukunft.

---

#### **Dr. med. Uwe Meier**

Vorsitzender des BDN, Grevenbroich

#### **Prof. Dr. med. Rolf Hagenah**

Vorsitzender des BDN,  
Diakoniekrankenhaus Rothenburg,  
Neurologische Klinik

#### **Dr. med. Frank Bergmann**

1. Vorsitzender des BVDN, Aachen

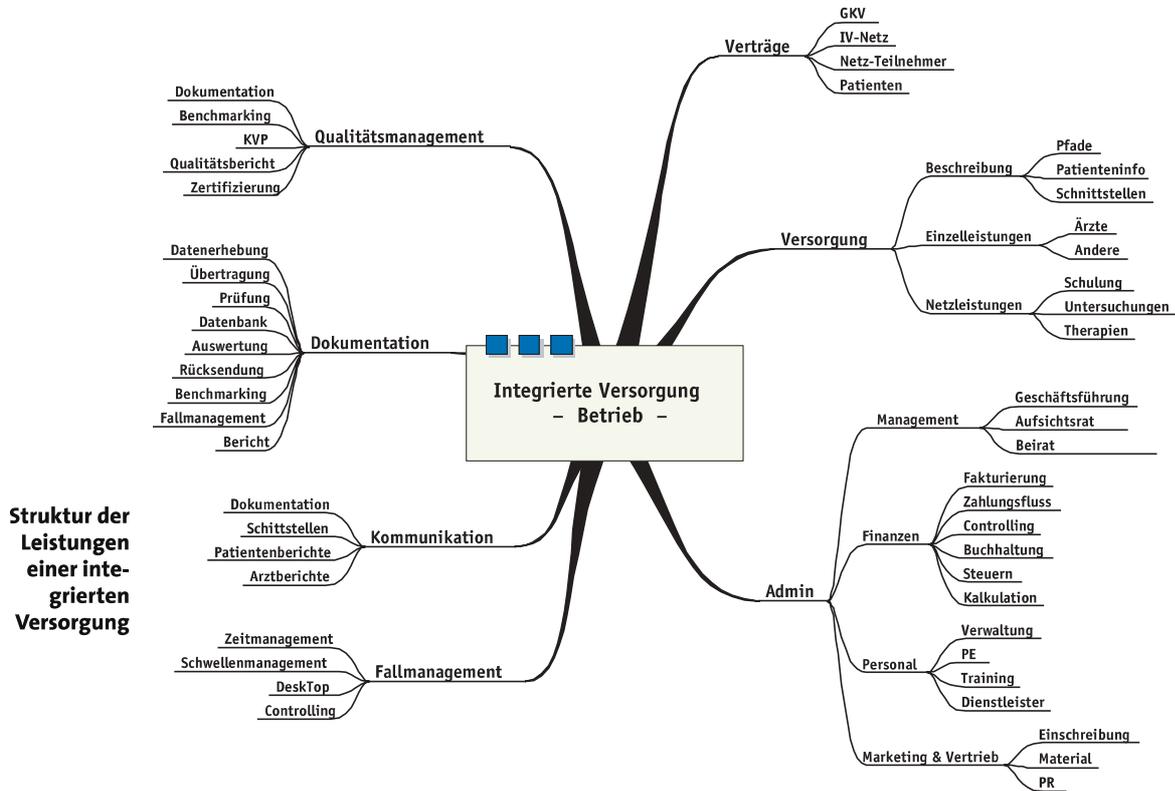
#### **Prof. Dr. med. Hans-Christoph Diener**

1. Vorsitzender der DGN,  
Neurologische Universitätsklinik Essen



# Integrierte Versorgung neurologischer Erkrankungen

## Mut für neue Wege



© Dr. Dr. K. Piwernetz, München

Der Schwerpunkt dieses BDN-Sonderhefts liegt in der Diskussion von Modellen für die „Integrierte Versorgung“ von Patienten mit neurologischen Erkrankungen. Nachfolgend stellen die Autoren das allgemeine Konzept dazu vor.

de die ausgetretenen, sektorenabschottenden Pfade sollen verlassen werden. Die zukunftsorientierten effizienten Leistungen bilden zudem die Grundlage dafür, die wirtschaftliche Zukunft der Netze nach 2006 zu sichern.

**D**en Begriff „Integrierte Versorgung“ (IV) verwenden wir im Sinne der gesetzlichen Definition. § 140a Absatz 1 SGB V besagt: „Integrierte Versorgungsformen auf Grund der Verträge nach den §§ 140b und 140d ermöglichen eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten. Das Versorgungsangebot und die Voraussetzungen seiner Inanspruchnahme ergeben sich aus dem Vertrag nach § 140b und, soweit es die vertragsärztliche Versorgung einschließt, aus den Rahmenvereinbarungen nach § 140d.“

gen Vertragsparteien im Sinne von Angebot und Nachfrage. Organe der vertragsärztlichen Versorgung können mitwirken, müssen dies aber nicht zwangsläufig. Die einzige zwingende Vorgabe besteht darin, dass am Versorgungsangebot mindestens zwei Einrichtungen aus verschiedenen Leistungssektoren beteiligt sein müssen.

### Versorgungslandschaft mit hohen Mauern

Die aktuelle Versorgung orientiert sich nicht ausreichend an den medizinischen Anforderungen und den Bedürfnissen der Patienten. Dies ist kein böser Wille der Beteiligten, sondern wird durch die kontraproduktiven Rahmenbedingungen und ungelösten Zielkonflikte erzwungen. Als Ergebnis finden wir eine zergliederte Versorgungslandschaft, die wesentlich durch die Abgrenzung zwischen den Sektoren – ja sogar zwischen einzelnen Leistungserbringern – und durch eine Kostensenkungsökonomie geprägt ist. Die Leistungsfähigkeit, insbesondere der engagierten Kompetenz-

Der Gesetzestext enthält zusätzliche Hinweise darüber, was im Vertrag geregelt sein muss, allerdings fehlen detaillierte Angaben darüber, wie sie umzusetzen sind (Tab. 1, S. 17).

Ein wichtiges Element der IV besteht also in der Innovation des patientenzentrierten Leistungsangebots. Gera-

**Tabelle 1**  
**Forderungen aus dem**  
**Gesetzestext des SGB V**

Diese Punkte müssen in den Verträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern geregelt sein:

- Inhalt und Mindeststandards des Versorgungsauftrags
- Mindestanforderungen an die Qualitätssicherung
- inhaltliche Voraussetzungen zur Teilnahme der Vertragsärzte
- Mindest- oder Höchstzahl der teilnehmenden Vertragsärzte
- Einbeziehung der hausärztlichen Versorgung
- Finanzierung
- Vergütung
- Regelungen zur rechnerischen Bereinigung der Gesamtvergütungen

träger, wird dadurch massiv behindert. Die Folgen für Versicherte und für das Gesundheitssystem sind eklatant.

Die Leistungserbringer innerhalb der verschiedenen Sektoren versuchen seit einiger Zeit, diese hohen Mauern zu überwinden: Gemeinschaftspraxen vereinen Leistungen unter einem Dach, teilstationäre Rehabilitation bringt Versorgung zu den Patienten, stationäre Einrichtungen forcieren ihre Angebot der ambulanten Versorgung und Fachkliniken weiten ihr Leistungsspektrum im Sinne zusätzlicher Dienstleistungen aus. Ungeklärt bleibt dabei jedoch immer die Frage der Vergütung und der Zulässigkeit. Andere Einrichtungen wiederum suchen ihr Heil in einer hilflosen Wagenburgstrategie.

### Berufsverbände aktiv

Der BDN hat die Zeichen der Zeit frühzeitig erkannt und sich entsprechend aktiv positioniert. Mehrere Arbeitsgemeinschaften haben zusammen mit der DGN und dem BVDN Grundlagen für die IV ausgearbeitet, um ihre Mitglieder in die Lage zu versetzen, rasch die Potenziale der neuen Versorgungsformen bewerten und gegebenenfalls für sich nutzen zu können. Grundlage bilden in allen Fällen die Leitlinien der Fachgesellschaften, die in verschiedenen Diagnosefeldern im Sinne von Behandlungspfä-

den operationalisiert und für die Anwendung im täglichen Gebrauch bearbeitet worden sind. Diese Grundlagen stehen den Mitgliedern zur Verfügung. Allerdings ist die Materie „Integrierte Versorgung“ gerade wegen den komplexen Rahmenbedingungen, in denen sie organisiert wird, nicht ohne Fallstricke. Deshalb haben die Berufsverbände in Neurologie und Psychiatrie die Gruppe „NeuroKonzept“ ins Leben gerufen, die den Mitgliedern in den verschiedenen Fragestellungen kompetenten Rat erteilen kann (siehe auch Seite 20 f.). Erste Pilotnetze haben Verhandlungen mit den Krankenkassen aufgenommen.

### Krankenkassen uneins

Die Einstellung der Kassen zur IV ist unterschiedlich. Nach der kurzen Vorbereitungszeit nach der Gesetzesverkündung mussten sie sich offensichtlich erst eine Meinung bilden, wie sie zu diesem Thema Stellung beziehen sollten. Allerdings konnten sich die Spitzenverbände nicht zu einem einheitlichen Vorgehen durchringen; manche Verbände konnten sich noch nicht einmal intern auf ein einheitliches Vorgehen einigen. Aus einer gewissen Goldgräberstimmung bei den Leistungserbringern heraus wurden deshalb die Kassen zu Beginn mit Schnellschussanträgen überhäuft, die wesentliche Forderungen des Gesetzgebers einfach übersehen haben. Erst Ende des ersten Halbjahrs legten verschiedene Krankenkassen Anforderungskriterien vor, die die Netzkandidaten positiv aufnahmen. Allerdings sind diese Kriterienkataloge nicht veröffentlicht.

### Teilnehmer

IV erfordert nach dem Gesetz die Teilnahme von Leistungserbringern aus verschiedenen Sektoren (Tab. 2). Grundsätzlich sollte die ambulante und stationäre Versorgung beteiligt sein. In aller Regel sollte das Konzept auch die Rehabilitation miteinbeziehen, da es sich bei vielen Diagnosen um chronische Erkrankungen handelt, die ein erhebliches Potenzial haben, im Laufe der Erkrankung funktionale Defizite hervorzurufen. Da es sich oft auch um Behandlungen mit hohen Medikamentenkosten handelt, scheint es sinnvoll, Apotheken von Beginn an mit einzubeziehen. Eine

weitere wichtige Gruppe ist noch zu betrachten: Funktionsträger, die vom Netz angestellt sind. Dazu zählen Fallmanager oder spezifische Fachkräfte wie beispielsweise MS-Nurses.

### Intern oder extern?

Wünschenswert wäre einerseits eine breite Auswahl an Leistungserbringern; andererseits muss die Anzahl handhabbar sein. Zu klären ist also: Muss der Versorger Vertragspartner im Netz sein (interner Teilnehmer) oder reicht die koordinierte, vertraglich geregelte Mitwirkung (externe Teilnehmer)? Interne Teilnehmer sind Vertragspartner der Krankenkasse gegenüber sowie Eigentümer in Form von Gesellschaftern oder Anteilsinhabern. Aus Sicht von Administration, Organisation und Management sind etwa 50 Teilnehmer gut zu betreuen. Jenseits dieser Größe steigt der nicht-medizinische Aufwand überproportional im Sinne des organisatorischen Parkinson-Effektes.

Von grundsätzlicher Bedeutung ist bei einigen Erkrankungen die Mitwirkung von Hausärzten, die bei der Betreuung von Patienten mit Depression oder mit Schlaganfall eine tragende Rolle spielen. In einem Netz für etwa 500.000 Einwohner gibt es etwa 20.000 Patienten mit Depression. Je nach Vertrag würden etwa 5.000 Patienten im

**Tabelle 2**  
**Interne und externe**  
**Netzteilnehmer**

#### Beispiele für Partner, die Mitglieder im Netz sein sollten (interne Teilnehmer):

- Mitwirkende am Kernprozess
- Partner, die Einsparpotenziale realisieren
- Partner, die am Notfalldienst mitwirken
- Leistungserbringer für Edukation und Training

#### Beispiele für Partner, die nicht unbedingt Mitglieder sein müssen:

- bedarfsorientierte Leistungen in Diagnostik und Therapie
- Lieferanten von Hilfsmitteln
- Bereitstellung von Management und Stützfunktionen



**Tabelle 3**  
**Schrittweises Vorgehen bei der Konzeption eines IV-Netzes**

Von der Idee bis zur Entwicklung eines tragfähigen Konzepts werden in der Regel folgende Schritte durchlaufen.

- Klärung der medizinischen Inhalte: Behandlungspfade
- Definition des Versorgungsangebots nach Art und Umfang
- Trennung des Angebots nach EBM- und Nicht-EBM-Leistungen
- Konzeption der Größe des Netzes und der nötigen Teilnehmer
- Planung von Organisation und Administration
- Berechnen von Budget, Preisen und internem Aufwand
- Entwickeln von Geschäftsmodellen und der Finanzierung

Netz betreut. Daran wirken etwa 250 Hausärzte mit. Vertragliche Regelungen mit 250 Teilnehmern zu treffen ist allein schon in administrativer Hinsicht schwierig – von der Organisation und Betreuung ganz zu schweigen. In solchen Fällen hängt es von der konkreten Ausgestaltung des Vertrages ab, in welcher Form die Kooperation geregelt und gesichert werden kann.

### Integriertes Konzept je nach Erkrankung

Grundsätzlich sind die Ansätze und Methoden der IV für alle Diagnosen geeignet. Allerdings unterscheiden sich die Rahmenbedingungen für die verschiedenen Diagnosen zum Teil erheblich hinsichtlich der Zahl der teilnehmenden Sektoren, der Durchlässigkeit der Sektorengrenzen und der Operationalisierbarkeit der Behandlungspfade. Deshalb ist es einfacher, die IV zum Beispiel bei MS zu gestalten, da die Hauptlast der Verantwortung bei den Fachärzten liegt. Bei Erkrankungen wie Schlaganfall dagegen verteilt sich die Versorgung auf verschiedene Fachgruppen, insbesondere auch auf Hausärzte. Dadurch wächst die Zahl der Teilnehmer und die Zahl der Schnittstellen.

Vor den Verhandlungen mit den Kassen sollten sich die Gesprächsleiter

über das Konzept im Klaren sein und eine gewisse Vorstellung darüber haben, welche Funktionen im Netz erforderlich sind und wie die Planung ablaufen soll. Diese Vorstellungen werden in übersichtlicher Form zusammengestellt und den Kassen als Gesprächsgrundlage für den Entscheidungsprozess vorgelegt. Einen möglichen Ablauf der anstehenden Entscheidungen zeigt Tabelle 3.

### Die Entscheidung

Ist das Konzept dann so attraktiv, dass es zu ernststen Vertragsverhandlungen kommt, stehen aktuell mehrere Fragen an:

- ▶ Wer nimmt an der IV teil (welche Teilnehmer, welche Aufgaben, wann)?
- ▶ Welches Geschäftsmodell wird implementiert?
- ▶ Wie sind die Investitionen für den Zeitraum von den Vertragsverhandlungen bis hin zur Inbetriebnahme der IV zu finanzieren?
- ▶ Wie erfolgt das Projektmanagement bis zur Inbetriebnahme?
- ▶ Wer ist für welchen Verantwortungsbereich zuständig?

Spätestens an dieser Stelle müssen sich die internen Teilnehmer über Art und Umfang der vor ihnen liegenden Aufgaben völlig im Klaren sein. Diejenigen, die nur dabei sein wollen, um nichts zu verpassen, sind in IV-Netzen falsch aufgehoben; alle müssen in diesem Stadium aktiv mitwirken.

Der Grad der Verbindlichkeit wächst mit folgenden Meilensteinen:

- ▶ Das Verhandlungsangebot ist abgestimmt.
- ▶ Der Vertrag mit den Kassen ist unterschriftsreif.
- ▶ Budgetentscheidungen sind getroffen.
- ▶ Die Finanzierung steht.
- ▶ Die Verträge sind unterschrieben.
- ▶ Der Projektplan ist unterschrieben.

Wegen des wachsenden Gewichts der Konsequenzen müssen in dieser Phase von Beginn an alle Entscheidungen schriftlich festgehalten werden.

Bei der Finanzierung sind drei unterschiedliche Aspekte wichtig:

- ▶ Zu welchem Preis bietet das Netz der Krankenkasse die Leistungen an?
- ▶ Mit welchen Investivmitteln wird das Netz aufgebaut?
- ▶ Wie wird der gesamte Zahlungsfluss im Netz geregelt?

Der erste Punkt muss natürlich vor den Gesprächen mit den Kassen geklärt sein; die weiteren Punkte sollten spätestens bei der Unterschrift unter die Verträge geregelt sein. Die Investitionskosten können erst dann abgeschätzt werden, wenn die angebotenen Leistungen und das Netzmanagement stehen.

Für die Verabschiedung des Zahlungsflusses sollten auch die Bedingungen festgelegt sein, unter denen eine Zahlung ausgelöst wird und welche Bonuszahlungen bei welchen Ergebnissen fällig werden.

### Realisierung

In dieser Phase wird das Netz konkret aufgebaut. Jetzt muss das Netzmanagement etabliert sein, das bereits den Aufbau strukturiert umsetzt und verantwortlich überwacht. Wichtige Meilensteine auf dem Weg zur Realisierung sind in Tabelle 4 dargestellt.

Im täglichen Betrieb sind ganz unterschiedliche Anforderungen in verschiedenen Kompetenzbereichen zu erfüllen. Im Wesentlichen handelt es sich um die Bereiche Versorgung, Organisation, Kommunikation und Administration. Die Grafik auf S. 16 bietet einen orientierenden Überblick über die Struktur dieser Leistungen.

### Chancen und Risiken

Ein IV-Netz ist ein wirtschaftliches Unternehmen. Die Teilnehmer müssen verstehen, dass der Betrieb dieses Netzes mit den typischen Chancen und Risiken eines Unternehmens verbunden ist.

**Tabelle 4**  
**Meilensteine bei der Realisierung eines IV-Netzes**

- Die Teilnehmer und deren Mitarbeiter sind vorbereitet.
- Die Abläufe sind festgelegt und eingeführt.
- Die Dokumentation steht.
- Die Kommunikation funktioniert.
- Das Qualitätsmanagement ist eingeführt und auditiert.
- Die Netzstruktur ist aufgebaut.
- Die Netzfunktionen sind getestet.
- Das Netz ist betriebsbereit.

## — Versorgung

**Chancen:** Die Versorgung für die Patienten wird auf der Grundlage gesicherter und nachprüfbarer wissenschaftlicher Erkenntnisse optimiert. Somit sind erstmals Grundlagen geschaffen, die Forderungen von § 12 SGB V (Wirtschaftlichkeitsgebot) und § 70 SGB V (Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit) umsetzen zu können. Voraussetzung dazu ist allerdings, dass die notwendigen Leistungen auch zu finanzieren sind.

**Risiken:** Möglicherweise halten sich die Patienten nicht an die Netzabläufe, obwohl sie sich schriftlich dazu verpflichtet haben. Das Netz hat nur bedingte Sanktionsmöglichkeiten. Andererseits setzt die Grundfunktion der IV eine gewisse Minimalanzahl an Patienten voraus.

## — Honorierung

**Chancen:** Die wirklich notwendigen Leistungen werden den Teilnehmern erstmals in einem angemessenen Umfang honoriert. Der einzelne Arzt in der Praxis muss den individuellen Aufwand für die vertraglich garantierten Netzleistungen wirtschaftlich so niedrig halten, dass er auch noch einen unternehmerischen Gewinn realisieren kann.

**Risiken:** Kann der Einzelne seine Leistungen nicht effizient erbringen, wird er ein Defizit erwirtschaften, das ihm das Netz nicht ersetzen kann. Wirtschaftlich lässt sich das IV-Netz nur betreiben, wenn sich eine Mindestzahl von Patienten einschreibt. Gelingt dies nicht, ist eine Lösung für die dann fehlenden Einnahmen erforderlich.

Das Netz muss Rückfalllösungen dafür vorsehen, dass wesentliche Komponenten der Leistungserbringung ausfallen können. Diese Lösungen müssen rasch greifen, damit die Patienten keinen Schaden erleiden. Haftpflichtschäden sind oft teuer.

## — Gesundheitssystem

**Chancen:** Das Gesundheitssystem kann für die Versicherten die jeweils beste Leistung anbieten, die auf den vertraglich vereinbarten Gebieten realisiert worden ist. Bekannte Vorbehalte wie Unter-, Über- oder Fehlversorgung sind weitgehend entkräftet.

**Risiken:** Möglicherweise reichen die aus

der früheren Über- und Fehlversorgung frei werdenden Ressourcen nicht aus, um die Zusatzkosten für die Beseitigung der Unterversorgung zu decken. In diesem Fall ist es möglich, dass sich zwar auf dem vorherigen Qualitätsniveau die Kosten reduzieren lassen; bei einem neuen und höheren Qualitätsniveau steigen dann aber die Gesamtkosten. Dies resultiert insbesondere aus zusätzlichen Kosten für Medikamente.

## Nutzen und Aufwand

Jeder Nutzen setzt einen Aufwand voraus, der den Nutzen nachhaltig im geplanten Umfang sichern soll.

## — Patienten

**Nutzen:** Die eingeschriebenen Patienten erhalten in der IV eine nachprüfbar optimale Versorgung auf dem aktuellen wissenschaftlichen Niveau. Sie haben konstante verlässliche Ansprechpartner in der Praxis; Zusatzinformationen erhalten sie über das Call-Center des Netzes. Zahlreiche Fragen kann bereits der Netzmanager beantworten, zu dem die Patienten einen geschützten Zugang haben. Rund um die Uhr steht ein Notfalldienst zur Verfügung.

**Aufwand:** Das Qualitätsniveau kann nur garantiert werden, wenn sich die Patienten an die vereinbarten Abläufe halten und die jeweiligen Vereinbarungen bei Diagnostik und Therapie konsequent umsetzen.

## — Leistungserbringer

**Nutzen:** Die Teilnehmer können eine hohe Versorgungsqualität mit angemessener wirtschaftlicher Sicherheit erbringen. Die Leistungen sind von Umfang und zeitlichem Ablauf her planbar; die wirtschaftliche Zukunft ist durch den hohen Leistungsstand gesichert.

**Aufwand:** In der IV erbringen die Teilnehmer die Netzleistungen sicher und zuverlässig; sie garantieren dies auch. Ihre Praxen und Einrichtungen befinden sich auf einem hohen, garantierten Qualitätsstandard, der in internen Audits durch akkreditierte Auditoren zertifiziert wird. Bei Nichterfüllung sind sie dem Netz gegenüber verantwortlich. Die Teilnehmer richten in ihrem Bereich eine technisch einwandfreie und inhaltlich valide Dokumentation und

Kommunikation ein. Zwar beginnt man sinnvollerweise mit einfachen technischen Lösungen, wird aber in absehbarer Zeit ohne funktionstüchtige elektronische Lösungen nicht auskommen.

## — Kassen

**Nutzen:** Die Krankenkassen erhalten eine hohe Versorgungsqualität für ihre Versicherten; diese hohe Qualität kann transparent nachgewiesen werden. Unnötige Leistungen im Sinne von Fehl- und Überversorgung fallen weg. Damit werden die Ausgaben der Kassen effizient begrenzt; manchmal kann das zur deutlichen Kostensenkung führen.

**Aufwand:** Die Kassen stellen ausreichende Mittel im Vertrag zur Verfügung. Sie beteiligen sich aktiv an der Überzeugung und Motivation der Versicherten, sich in das Netz einzuschreiben.

## Fazit

Eine qualitativ hochstehende Versorgungsleistung ist die Grundvoraussetzung für IV-Netze. Bis dieses Konzept sich allerdings erfolgreich in der täglichen Praxis beim Patienten bemerkbar machen kann, ist ein Bündel an abgestimmten Maßnahmen zu durchlaufen, die neben der medizinischen Versorgung in den Bereichen Organisation, Kommunikation, Dokumentation, Betriebswirtschaft, Recht sowie Finanz-, Personal- und Netzmanagement stattfinden.

Die Schwierigkeiten liegen bei der Umsetzung in die Praxis in der Fülle und der Komplexität der notwendigen Arbeitsschritte und darin, dass die beteiligten Leistungserbringer dafür oft weder Zeit noch die Nerven haben. Vielfach fehlen auch die Kernkompetenzen in den Bereichen Recht und Betriebswirtschaft.

Der Aufbau und Betrieb eines IV-Netzes ist letztlich mit der Gründung und dem Erhalt eines Unternehmens vergleichbar; jeder Teilnehmer muss mit der entsprechenden Sorgfalt vorgehen.

**Dr. med. Dr. rer. nat. Klaus Piwernetz**  
medimaxx disease management  
GmbH, München

**Dr. med. Uwe Meier**  
Vorsitzender des BDN, Grevenbroich



## NeuroKonzept

# Know-how-Pool für die integrierte Versorgung

Im Zuge der Reformen im Gesundheitswesen entstehen auch für Neurologen, Nervenärzte, Psychiater und Psychotherapeuten neue Chancen. Im Vergleich zu früheren Jahren wachsen aber die ökonomischen Risiken beim „Festkleben“ an traditionellen Konzepten. Das Beratungsunternehmen „NeuroKonzept“ stellt interessierten Kollegen Erfahrung und Know-how für integrierte Versorgungsformen zur Verfügung.



**Oliver Frielingsdorf**  
Frielingsdorf  
Consult GmbH

© Archiv

**D**as Motto heißt: Chancen nutzen – Risiken kontrollieren. Konsequenter umgesetzt, führt diese Strategie auch in unsicheren Zeiten zu wirtschaftlichem Erfolg. Teilweise komplexe Erfolgsvoraussetzungen auf der einen Seite und mitunter existenzbedrohende Risiken auf der anderen Seite kann jedoch kein Arzt mit dem üblichen Managementstil des Einzelkämpfers wirksam kontrollieren. Und dabei unterscheidet sich der Chancen-orientierte Optimist kaum vom Risiko-orientierten Pessimisten. In einer abgestimmten Gruppe von vielen Beteiligten stehen die Chancen mittelfristig deutlich besser, auch in Zukunft den Beruf des Arztes auf einer soliden wirtschaftlichen Basis ausüben zu können.

Um die anstehenden Veränderungen mit maximalen Erfolgsaussichten angehen und die sich bietenden Chancen nutzen zu können, bündelt daher NeuroKonzept zentral bundesweite Erfahrungen und Know-how. Erprobte Verfahren werden interessierten Neurologen, Nervenärzten, Psychiatern und Psychotherapeuten zur Verfügung gestellt, die am Aufbau integrierter Versorgungsformen gestaltend teilnehmen und von deren Erfolg profitieren wollen.

### Wer ist NeuroKonzept?

NeuroKonzept wurde im Jahr 2004 als bundesweit tätiges Beratungsunternehmen auf Initiative der Berufsverbände BDN, BVDN und BVDP gegründet. NeuroKonzept ist ein Know-how-Pool zum Thema „Integrierte Versorgung für Neurologen, Nervenärzte, Psychiater und Psychotherapeuten“ und be-

steht aus einem Netzwerk von erfahrenen Experten aus einschlägigen Bereichen wie Betriebswirtschaft, Recht sowie Versorgungs-, Praxis- und Qualitätsmanagement.

Ziel von NeuroKonzept ist die Entwicklung von praktikablen Konzepten und Erfolgsmodellen für die integrierte Versorgung nach den §§ 140 ff. SGB V und die Weitergabe dieses Wissens in aufbereiteter und umsetzbarer Form an interessierte Kollegen. Auf diese Weise soll bundesweit der erfolgreiche Aufbau integrierter Versorgungsstrukturen für diese Fachbereiche gefördert werden.

Zur Vorbereitung von Verhandlungen mit Kostenträgern über Verträge zur integrierten Versorgung müssen beispielsweise die folgenden Fragen schlüssig beantwortet werden:

- Welche Indikation eignet sich für eine integrative Versorgung?
- Welche Leistungserbringer werden dafür benötigt?
- Wie werden Behandlungspfade definiert?
- Wie werden Kosten und Preise kalkuliert?
- Wie erfolgt die interne Honorarverteilung?
- Worauf ist bei Verhandlungen mit den Kassen zu achten?
- Welche Verträge sind insgesamt zu schließen?
- Wie können diese Verträge dann erfolgreich umgesetzt werden?



**Dr. Ingo Pflugmacher**  
Rechtsanwälte  
Busse & Miessen



**Dr. Dr. Klaus Piwernetz**  
medimaxx disease  
management GmbH

## NeuroKonzept im Überblick

**Verbandsnahe Aktivitäten:** NeuroKonzept erarbeitet in enger Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden BVDN, BDN und BVDP praxisnah und speziell auf die Belange dieser Fachgruppen zugeschnittene Konzepte und Strategien für neue Versorgungsformen. Durch einen Beirat, der mit Verbandsmitgliedern besetzt ist, wird sichergestellt, dass NeuroKonzept die Interessen der Berufsverbände und Verbandsmitglieder fördert.

**Vorsprung für Neurologen, Nervenärzte, Psychiater und Psychotherapeuten:** Durch das Zusammenwirken von Experten und Fachleuten unterschiedlicher Disziplinen und durch das zentrale Zusammenführen bundesweiter Erfahrungen wird für Neurologen, Nervenärzte, Psychiater und Psychotherapeuten wertvolles Know-how nutzbar, das einen entscheidenden Vorsprung zur Sicherung der wirtschaftlichen Zukunft verschafft.

**Bundesweiter Aufbau professioneller Strukturen:** NeuroKonzept fördert durch zentral gebündelte Erfahrung bundesweit den effektiven und erfolgsorientierten Aufbau integrierter Versorgungsstrukturen. Diese erfordern professionelle Strukturen – sowohl auf der medizinischen Seite als auch im Bereich des Managements. NeuroKonzept bietet hierzu professionelle und erfahrene Unterstützung.

### Kontakt:

NeuroKonzept,  
Sternstorbrücke 6–8, 53111 Bonn,  
Tel. (02 28) 9 83 91 76, Fax (02 28) 9 83 91 55,  
E-Mail: info@neurokonzept.de

— Wie organisiert und leitet man ein IV-Netz in der täglichen Praxis?

NeuroKonzept hilft bundesweit bei der Beantwortung dieser und anderer Fragen durch spezifische Erfahrung und Wissen aus laufenden Projekten.

Für einen erfolgreichen Einstieg in die Planung und Konzeption von Strukturen zur integrierten Versorgung bietet das Unternehmen sowohl Einstiegsseminare als auch individuelle Begleitung der Kollegen bei Verhandlungen oder beim Aufbau und Betrieb der Netze selbst an.

### Oliver Frielingsdorf

Frielingsdorf Consult GmbH, Köln

### Dr. jur. Ingo Pflugmacher

Rechtsanwälte Busse & Miessen, Bonn

### Dr. med. Dr. rer. nat. Klaus Piwernetz

medimaxx disease management GmbH  
München

Anzeige



## Integrierte Versorgung *Kopfschmerz*

# Kompetenznetz gegen den Schmerz

Die DGN und der BDN haben zusammen ein Konzept für die integrierte Versorgung neurologischer Erkrankungen erarbeitet. Der folgende Beitrag analysiert die derzeitige Versorgung von Patienten mit chronischem Kopfschmerz und stellt die Rahmenbedingungen für eine effektive Behandlung dieser Patientengruppe vor.

**C**hronische Kopfschmerzen sind ein großes gesundheitspolitisches Problem. Epidemiologische Studien zeigen, dass 12–14% aller Frauen und 6–9% aller Männer unter Migräne leiden. 3% der Bevölkerung haben einen chronischen Spannungskopfschmerz und 2% leiden unter einem medikamenteninduzierten Dauerkopfschmerz.

Besonders problematisch ist die Situation für Patienten mit chronischen Kopfschmerzen (an mehr als 15 Tagen im Monat). Die sehr häufigen Kopfschmerzen führen zu einem übermäßigen Anteil an Fehltagen am Arbeitsplatz, langen Krankschreibungen und oft auch zu vorzeitiger Berentung. Handelt es sich um Migräne, sind die Kosten für die Akuttherapie erheblich, insbesondere wenn Triptane verschrieben werden.

Überaus problematisch sind auch Patienten mit einem medikamenteninduzierten Dauerkopfschmerz. Durch die häufige oder regelmäßige Einnahme von Schmerzmitteln, Ergotamin oder Triptanen kommt es zu einer Chronifizierung der Kopfschmerzen. Diese führt wiederum zu häufigen Fehltagen am Arbeitsplatz und hohen Kosten der Medikamente. Viel schwerwiegender sind allerdings die Langzeitschäden, da die Patienten auf lange Sicht chronische Nierenschäden, Magen-Darm-Ulzera, maligne Tumoren der ableitenden Harnwege oder vaskuläre Komplikationen (periphere arterielle Verschlusskrank-

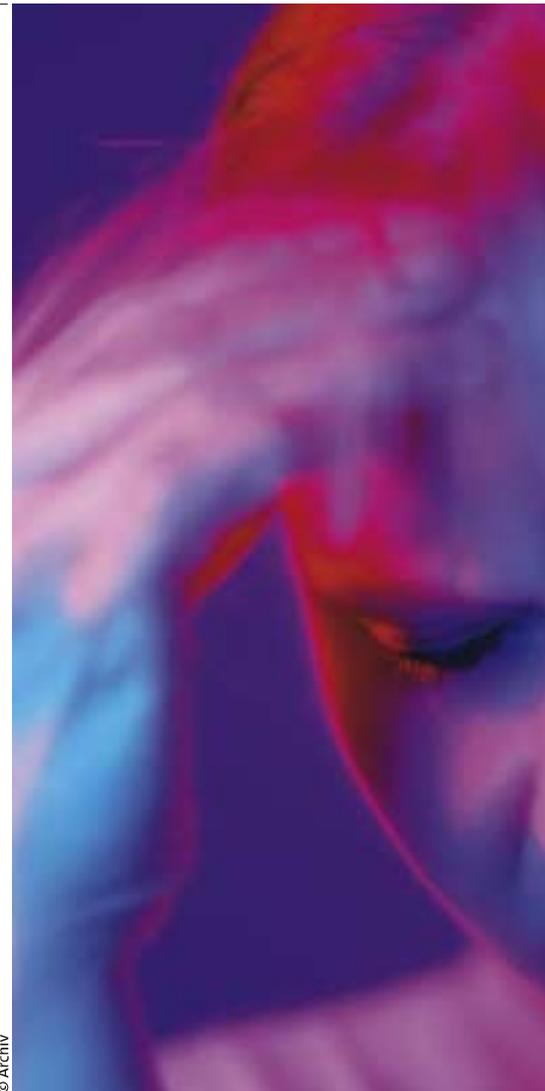
heit, koronare Herzkrankheit, Apoplex, ischämische Colitis) riskieren.

Bedeutsam ist auch die Komorbidität bei Patienten mit chronischen Kopfschmerzen: Mehr als die Hälfte dieser Patienten leiden gleichzeitig an einer Depression. Weitere Komorbiditäten sind Angsterkrankung, funktionelle Darmstörung, Schwindel, Tremor und bei einer Untergruppe von Migränepatienten Schlaganfälle.

### Zu wenig Spezialisten

Es gibt in Deutschland sehr wenige Konzepte für eine integrierte Versorgung (IV) von Patienten mit chronischen Kopfschmerzen, die auf einem abgestuften Diagnose- und Therapieprogramm mit ambulanten tagesklinischen und stationären Behandlungen basieren. Zwar stehen mittlerweile eine Reihe gut ausgebildeter allgemeiner Schmerztherapeuten zur Verfügung; Spezialisten zur Behandlung chronischer Kopfschmerzen sind jedoch dünn gesät. Viele Patienten mit chronischen Kopfschmerzen werden jahrelang insuffizient von Hausärzten behandelt und weichen dann frustriert auf Außenseitermethoden aus.

Nicht wenige Universitätskliniken verfügen über Kopfschmerzspezialambulanz. Die stationäre Behandlung, insbesondere die Entzugstherapie bei medikamentös induziertem Dauerkopfschmerz, findet aber nur an wenigen dafür qualifizierten Kliniken in Deutschland statt. Der überwiegende Teil der



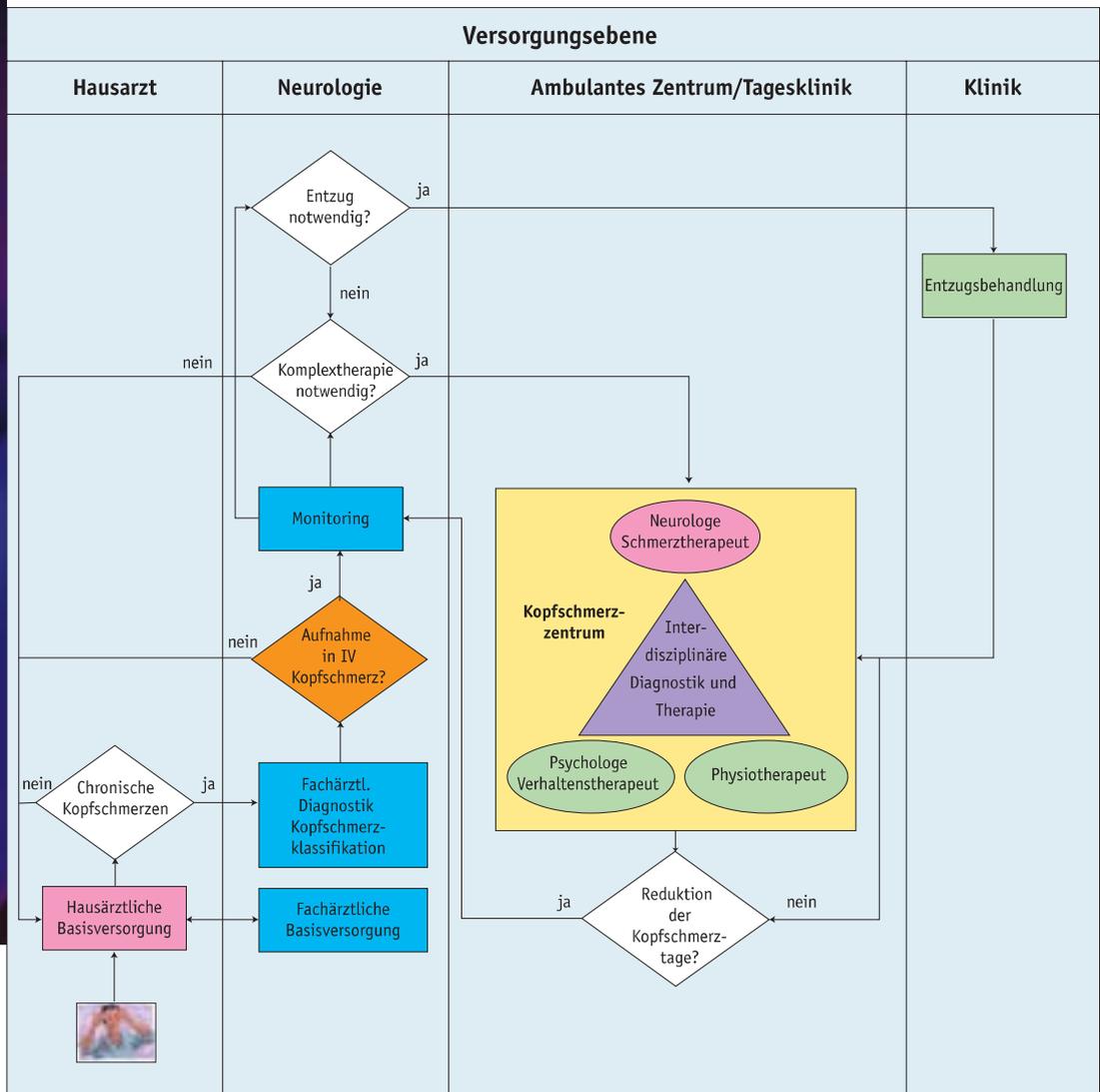
© Archiv

Patienten wird nach wie vor in psychosomatischen oder psychiatrischen Kliniken entzogen; hier fehlt dann oft die strukturierte Anschlusstherapie und insbesondere geeignete prophylaktische Maßnahmen.

Eine Behandlung mit medizinisch sinnvollen, nicht-medikamentösen Therapieverfahren wie Biofeedback-Verfahren, kognitiv-behaviorale und Entspannungsverfahren sowie Strategien zur Krankheits- und Stressbewältigung erfolgt trotz erwiesener Wirksamkeit bei korrekter Anwendung kaum, da diese Leistungen nicht Gegenstand der gesetzlichen Krankenversicherung sind. Eine interdisziplinäre, multiprofessionelle Behandlung, die diese Ansätze berücksichtigt, erfolgt oft viel zu spät – meist erst in chronifizierten Stadien und im Rahmen ausgesprochen langwieriger und teurer stationärer Behandlungen in Spezialkliniken.



**Versorgungsebenen und Strukturen der IV Kopfschmerz**



© Dr. U.Meier, Grevembroich

**Kosten der Versorgung**

Chronische Kopfschmerzpatienten verursachen hohe Kosten. Dies sind zum einen die direkten Kosten für Medikamente, insbesondere, wenn es sich dabei um Triptane handelt und wenn diese an mehr als 15 Tagen im Monat eingenommen werden. Dazu kommen häufig eine Vielzahl unnötiger diagnostischer Maßnahmen, insbesondere im Bereich der Bildgebung sowie teure und unsinnige Therapieverfahren, überwiegend aus dem Bereich der Paramedizin. Viele Patienten unterziehen sich auch unter der unzutreffenden Annahme, dass eine Veränderung der Halswirbelsäule mit Kopfschmerzen zu tun hätte, über Jahre hinweg Einrenkungsmanö-

vern oder wiederholten Injektionsbehandlungen.

Aber auch die indirekten Kosten sind erheblich: Patienten mit chronischen Kopfschmerzen fehlen überproportional oft am Arbeitsplatz, haben lange Krankheitsphasen und werden oft vorzeitig berentet. Folgekosten entstehen auch durch die Abklärung und Behandlung von Spätfolgen der regelmäßigen Medikamenteneinnahme.

**Evidenzbasierte Leitlinien/ Handlungsempfehlungen**

Für die Behandlung chronischer Kopfschmerzen existieren rational begründete Versorgungsstandards. Entsprechende Leitlinien gibt es von der DGN in Zu-

sammenarbeit mit dem BDN. Diese sind inhaltlich identisch mit den Leitlinien der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft und weitestgehend identisch mit den Empfehlungen der Arzneimittelkommission der BÄK.

**Unter-, Über- und Fehlversorgung**

Bei Patienten mit chronischen Kopfschmerzen ist von einer Unterversorgung auszugehen. Steht der Kopfschmerz im Vordergrund, erfolgt meist nur eine isolierte medikamentöse Therapie. Steht die Komorbidität und die Depression im Vordergrund, erfolgt die Behandlung durch einen Psychiater, der aber oft nicht adäquat die Kopfschmerzen thera-



piert. IV-Konzepte, die die strukturierte Diagnostik, medikamentöse Therapie, Verhaltenstherapie, physikalische Therapie und geeignete körperliche Aktivität kombinieren sowie entsprechende Komorbiditäten berücksichtigen, stehen bisher nur in sehr geringem Umfang zur Verfügung. Eine Über- beziehungsweise Fehlversorgung besteht in der medizinisch und wissenschaftlich nicht begründeten Diagnostik von Halswirbelsäulenschäden, die viel zu oft Nicht-Neurologen fälschlicherweise als Kopfschmerzursache annehmen. Hier erfolgt dann eine fast immer überflüssige radiologische Diagnostik der Halswirbelsäule und eine nur in Ausnahmefällen begründbare radiologische Diagnostik des Kopfes. Die nicht selten praktizierte Routineüberweisung zu Augen-, HNO- und Zahnärzten ist ebenfalls nur in Ausnahmefällen begründet. Die Notwendigkeit hierfür kann bei besonderen Kopfschmerzarten bestehen, die von Fachärzten zuverlässig erkannt werden können. In der Regel sind die zumeist hausärztlich veranlassten Maßnahmen überflüssig.

#### Chancen der IV nutzen

Betroffene Patienten haben einen Anspruch auf eine moderne klinische Diagnostik und eine wirksame Therapie. Für die Kostenträger bedeutet dies, dass in einem strukturierten Therapiekonzept evidenzbasierte Behandlungsmethoden umgesetzt werden und eine größere Er-

folgswahrscheinlichkeit bieten. Die Leistungserbringer müssen vorhandene Strukturen optimieren und die Chancen ausnutzen, die das GMG bietet, um eine IV dieser Patienten zu organisieren und zu gewährleisten. Dieses beinhaltet unter anderem: operationale Definition der Ein- und Ausschlusskriterien, evidenzbasierte Diagnostik und Therapie, operationale Definition der Schnittstellen, Dokumentation und Qualitätskontrolle.

#### Perspektiven einer IV

**Medizinische Verbesserungspotenziale:** Eine optimale Therapie chronischer Kopfschmerzen kann die Häufigkeit und Schwere von Kopfschmerzen um bis zu 50% reduzieren; damit werden auch weniger Medikamente für die Akuttherapie notwendig. Dies wiederum verbessert nicht nur die Lebensqualität, sondern schützt auch vor den potenziellen Spätfolgen der regelmäßigen Medikamenteneinnahme. Ein besonderer Nutzen liegt in einer strukturierten Patientenedukation, um Patienten aus der passiven Konsumhaltung zur aktiven Krankheitsbewältigung zu bewegen.

**Organisatorische Verbesserungspotenziale:** Patienten mit chronischen Kopfschmerzen werden in aller Regel vom Hausarzt und in seltenen Fällen von einem Neurologen oder Schmerztherapeuten betreut. Eine Überweisung erfolgt derzeit oft nicht aus medizinischen, sondern aus budgetären Grün-

den, wenn die Verordnung von teuren Medikamenten wie Triptanen notwendig wird oder ein zu hohes Ausmaß erreicht hat. An eine universitäre Kopfschmerzambulanz wird meist erst dann überwiesen, wenn der niedergelassene Kollege therapeutisch nicht mehr weiter weiß oder der Patient ein gewisses Verzweiflungspotenzial erreicht hat. Die Spezialambulanzen können aber in derzeitigen Ambulanzsystemen die Patienten auch nur beraten; sie haben keine Möglichkeit, langfristig die Therapie zu kontrollieren und gegebenenfalls anzupassen.

Indikative Therapiekonzepte sind unter dem bisherigen Erstattungssystem nicht möglich. Stationäre Behandlungen finden überwiegend beim Medikamentenentzug statt; wobei hier Patienten mit ausgeprägter Komorbidität, bei denen die Depression oder Angsterkrankung im Vordergrund steht, vermehrt stationär therapiert werden.

#### Definition der Patientenzielgruppe

Eingeschlossen in die Konzeption werden Patienten mit chronischen Kopfschmerzen, also Patienten mit mehr als 15 Tagen Kopfschmerzen im Monat. Ebenfalls einzuschließen sind Patienten mit einem hohen Chronifizierungspotenzial: Patienten, bei denen innerhalb eines Jahres die Zahl der Kopfschmerz-tage pro Monat von 10 auf 15 ansteigt, beziehungsweise bei denen mehr als zehn mal im Monat die Einnahme einer Akutmedikation erfolgt. In die IV einbezogen werden darüber hinaus Patienten, bei denen die Kopfschmerzen zu mehr als sechs Wochen Krankschreibung oder Fehltagen am Arbeitsplatz führen sowie Patienten, bei denen medikamentöse Prophylaxeverfahren gescheitert sind. Ausgeschlossen werden Patienten mit einfachen Kopfschmerzsyndromen, wie einfacher Migräne, episodischem Spannungskopfschmerz oder anderen episodischen Kopfschmerzen, die ausschließlich medikamentös zu behandeln sind.

#### Struktur der IV Kopfschmerz

Für eine Region von jeweils 2 bis 3 Millionen Einwohnern soll jeweils ein Kopfschmerzzentrum etabliert werden,

### Zielformulierung der IV bei Kopfschmerz

#### Zielkomplex 1: Optimierte strukturierte Diagnostik

Den Löwenanteil in der Diagnostik chronischer Kopfschmerzen können erfahrene Kliniker ausschließlich aufgrund von Anamnese und körperlichem Untersuchungsbefund leisten. Zusatzuntersuchungen, insbesondere bildgebende Verfahren sind nur in Ausnahmesituationen notwendig.

#### Zielkomplex 2: Integriertes Therapiekonzept

Dieses Konzept sollte folgende Bestandteile enthalten:

- Optimierung der medikamentösen Akuttherapie
- Medikamentöse Prophylaxe
- Verhaltenstherapeutische Ansätze (Muskelrelaxation, Stressbewältigungstraining, Schmerzbewältigungsverfahren)
- Physiotherapie und geeignete körperliche Aktivität
- Behandlung der Komorbidität

#### Zielkomplex 3: Einbeziehung des Patienten

Der Patient selbst muss ebenfalls in die Therapie und in die Therapieziele mit eingebunden werden. Das bedeutet nicht nur Aufklärung, sondern auch Edukation, aktive Mitarbeit und Verantwortung des Patienten.



das mit niedergelassenen praktischen Ärzten und Allgemeinmedizinern sowie mit Schmerztherapeuten und Neurologen kooperiert. Das Kopfschmerzzentrum soll an ein Krankenhaus der Maximalversorgung beziehungsweise an eine große Schmerz-/Kopfschmerzambulanz angebunden sein. Zur Personalausstattung gehören Neurologen mit spezieller Erfahrung in der Diagnose und Therapie von Kopfschmerzen, verhaltenstherapeutisch orientierte Psychologen, Physiotherapeuten und Psychiater/Psychosomatiker. Ein zentrales Koordinierungs- und Schulungszentrum wird angegliedert. Dieses Zentrum arbeitet mit niedergelassenen Hausärzten, Neurologen und Schmerztherapeuten zusammen, die die Weiterbetreuung der Patienten übernehmen, wenn entsprechende Therapiekonzepte erarbeitet sind. Die Patienten müssen sich allerdings dann im Abstand von drei Monaten im Kopfschmerzzentrum vorstellen. Dabei bewerten die Mitarbeiter des Zentrums den Therapieerfolg und modifizieren – wenn nötig – die therapeutischen Ansätze.

Eine integrierte Datenbank nach dem Vorbild des Kompetenznetzes Kopfschmerz (gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung), in der die Basisdaten der Patienten und die Verlaufsdaten erfasst werden, ist Bestandteil des Kopfschmerzzentrums. Über ein unabhängiges Call-Center wird im Abstand von drei Monaten der Krankheitsverlauf unabhängig vom behandelnden Arzt und vom Kopfschmerzzentrum dokumentiert.

### Schulung für Ärzte und Patienten

Die kooperierenden Ärzte im niedergelassenen Bereich werden in regelmäßigen Zeitabständen geschult, um für die hier zu betreuende Patientengruppe, aber auch für andere Patienten mit Kopfschmerzen eine optimale evidenzbasierte Therapie anbieten zu können. Dieses gilt auch für die im IV-System beschäftigten Psychologen, Physiotherapeuten und Psychosomatiker.

Ein wichtiger Bestandteil des therapeutischen Ansatzes sind Schulungsmaßnahmen für Patienten und gegebenenfalls deren Angehörige. Dies umfasst

die Aufklärung über die Pathophysiologie von Kopfschmerzen, das richtige Verhalten bei Kopfschmerzen, das Erlernen nicht-medikamentöser Therapieverfahren sowie die Dokumentation und Erfolgskontrolle der durchgeführten Therapie.

### Bewertung und Vergleich

Operationale Zielparame-ter sind eine Reduktion der Kopfschmerztage unter 15 pro Monat, eine Reduktion der Kosten für die Akuttherapie von mehr als 50% und eine Reduktion der Ausfall-tage am Arbeitsplatz beziehungsweise der Krankschreibungen um mehr als 50%.

Regionen, in denen das IV-System etabliert ist, sollen über einen Zeitraum von drei Jahren mit Regionen verglichen werden, bei denen ein solches System nicht aufgebaut wurde. Zielparame-ter sind hier der Verbrauch an Akutmedika-menten bei Patienten mit chronischen Kopfschmerzen und die Fehl-tage am Arbeits-platz.

### Patientenzuweisung und Schnittstellenmanagement

Ärzte können die Patienten per Überweisung an ein Kopfschmerzzentrum vermitteln. Handelt es sich um einfache Therapiemaßnahmen (beispielsweise Einleitung einer medikamentösen Prophylaxe ohne bestehende schwerwiegende Komorbidität), kann die Therapie durch einen niedergelassenen Arzt im Netz erfolgen. Die Patienten werden dann durch das Call-Center kontaktiert und um erneute Kontaktaufnahme mit dem Zentrum gebeten, wenn die Therapieziele nicht erreicht werden.

Patienten mit sehr schweren chronischen Kopfschmerzen und ausgeprägter Komorbidität beziehungsweise Patienten mit medikamenteninduzierten Dauerkopfschmerzen werden zunächst vom Kopfschmerzzentrum betreut und geschult. Wenn die therapeutischen Maßnahmen beginnen zu greifen, verweist das Zentrum die Patienten wieder an den niedergelassenen Kollegen zur Weiterbetreuung. Auch hier erfolgt nach sechs und zwölf Monaten eine Erfolgskontrolle.

Patienten, bei denen eine ausgeprägte Komorbidität besteht, werden in

Kooperation mit der am Zentrum angesiedelten Psychiatrie/Psychosomatik mitbetreut.

### Koordination und Qualitätskontrolle

Am Kopfschmerzzentrum ist ein unabhängiges Koordinationszentrum angesiedelt, das von einem Netzmanager/ Geschäftsführer geleitet wird, und das ein Dokumentationszentrum sowie das Call-Center und gegebenenfalls einen wissenschaftlichen Beirat beinhaltet.

Alle Patienten, die am IV-System teilnehmen, werden in einer zentralen Datenbank erfasst. Dort erfolgt die Dokumentation der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie der Therapieerfolge und Misserfolge über Tagebücher beziehungsweise Befragungen der Patienten.

### Fazit

Die gesundheitsökonomischen Belastungen durch chronischen Kopfschmerz sind erheblich. Das Konzept für die IV der betroffenen Patienten umfasst ein Kopfschmerzzentrum an einer großen Klinik, das mit niedergelassene Spezialisten und Hausärzten zusammenarbeitet. Ein unabhängiges Koordinationszentrum sorgt für die regelmäßige Überprüfung der Therapieziele.

### Literatur beim Verfasser

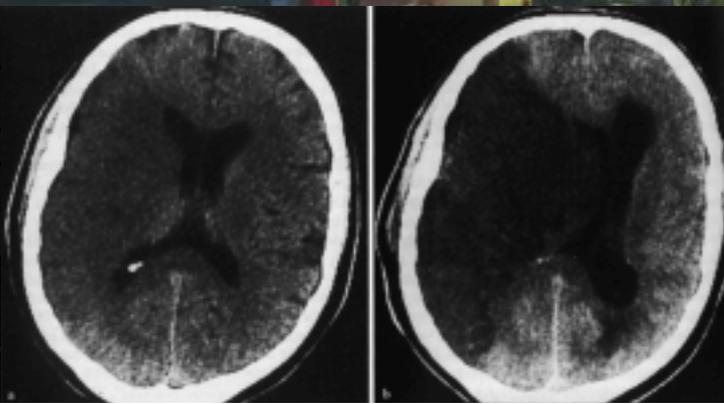
**Prof. Dr. med. Hans-Christoph Diener**  
Neurologische Universitätsklinik Essen

**PD Dr. med. Volker Limmroth**  
Neurologische Universitätsklinik Essen

**Dr. med. Uwe Meier**  
Vorsitzender des BDN, Grevenbroich



© H. Rieger, W. Schoop: Klinische Angiologie, Springer (1998)



© Bilderbox, A-Thening

**Infarkt im Medialstromgebiet rechts; zu Beginn nur andeutete hypodense keilförmige Zone mit verstrichener Mark-Rindengrenze. Zwei Tage später klare Demarkierung mit Mittellinienverlagerung.**

## Integrierte Versorgung *Schlaganfall*

# Task Force für ein optimiertes Behandlungskonzept

Seit der Einführung des DRG-Systems und restriktiveren Kriterien für eine indizierte stationäre Behandlung ist der Schlaganfall als Notfall eine wichtige medizinisch-ökonomische Basis für neurologische Kliniken. Aber auch über die stationäre Phase hinaus sind die Aufgaben in der Schlaganfallbehandlung komplex und reichen von der Primärprävention über die Rehabilitation bis hin zur Sekundärprävention und Langzeitbetreuung. All dies sind genug Gründe für Neurologen, federführend an der Gestaltung von zukünftigen Versorgungsformen in der Schlaganfallbehandlung mitzuwirken.

Jährlich erleiden rund 200.000 Menschen einen akuten Schlaganfall. Insgesamt gibt es 650.000–945.000 Patienten mit einem Apoplex in der Vorgeschichte. Von diesen Schlaganfallpatienten versterben zirka 20% innerhalb der ersten vier Wochen, 37% innerhalb des ersten Jahres und rund 60% innerhalb von fünf Jahren. Zirka ein Drittel der überlebenden Patienten bleiben nach einem Schlaganfall pflegebedürftig. Bei den 70- bis 80-Jährigen haben 7,5% der Frauen und 8,4% der Männer bereits mindestens einen Apoplex im Leben erlitten.

Bei Mittelung der stationären Kosten verschiedener Fachabteilungen ergeben sich insgesamt durchschnittlich etwa

15.695 EUR pro Patient im ersten Jahr nach dem Schlaganfall. Dabei beträgt der Anteil der stationären Kosten im ersten Jahr 49,5%. Da im Jahr 2050 mit einem Anteil der über 80-Jährigen von 15% der Bevölkerung gerechnet wird, ist die präventive Gesundheitserziehung bereits jetzt von großer Bedeutung. Das Risiko eines weiteren Schlaganfalls beträgt in den ersten fünf Jahren 15–40%.

### Task Force Schlaganfall

Nachdem deutlich wurde, dass ein Programm zum Disease Management (DMP) des Schlaganfalls vom Gemeinsamen Bundesausschuss derzeit nicht angestrebt wird, schlossen sich verschiedene Interessenvertreter Anfang des Jahres in einer „Task-Force Schlaganfall“ zusammen, um zeitnah eine Rahmenkonzeption zur integrierten Versorgung (IV) des Schlaganfalls zu entwickeln. Die Ausgangslage wurde dabei insgesamt als günstig beurteilt. Im Unterschied zu einem DMP können IV-Programme vor Ort von Leistungserbrin-

gern und Kostenträgern frei vereinbart werden und bieten somit eine größere Chance der Realisierung. Außerdem können sie flexibel gestaltet und an die regionalen Verhältnisse angepasst werden. Die Rahmenkonzeption soll bundesweit als Vorlage dienen, um regionale Abschlüsse zu erleichtern und gleichzeitig ein hohes inhaltliches Niveau zu sichern.

Die Konsensfindung erfolgte im Rahmen mehrerer Konferenzen, in denen die politische Ausgangssituation und aktuelle Beispiele für IV-Verträge analysiert wurden. Zur Bewertung der Ausgangssituation halfen die guten Kontakte der Berufsverbände (BDN/BVDN) und der Stiftung Deutsche Schlaganfallhilfe (SDSH) zum Gemeinsamen Bundesausschuss, zum Bundesverband und den Regionalverbänden der AOK sowie zum VDAK-AEK (Verband der Angestellten Krankenkassen e.V. – Arbeiter Ersatzkassen e.V.). In zahlreichen Gesprächen bestätigte sich das Interesse der Kostenträger, mit den in der Task-Force gebündelten Interessenvertretungen und auf der Basis der gemeinsamen Rahmenkonzeption IV-Modelle zu verhandeln.

### „Quick and dirty“ ist zu wenig

Aktuell besteht der Trend, IV-Verträge als Minimalversion zwischen Akut- und Rehabilitationskliniken abzuschließen (auch als „quick and dirty“ bezeichnet). Dabei wird lediglich eine Komplexpauschale für zuvor getrennt von den Kliniken abgerechnete Leistungen vereinbart. Der ambulante Sektor ist entgegen der politischen Zielrichtung des Programms hierbei überhaupt nicht berücksichtigt. Damit wird die Chance vertan, ein umfassendes und durchgehendes Versorgungskonzept auch in der chronischen Versorgung des Schlaganfallpatienten zu etablieren. Dieses Konzept würde eine konsequente Sekundärprävention ebenso beinhalten wie die Anwendung evidenzbasierter Therapien funktioneller Beeinträchtigungen und sekundärer Krankheitsfolgen.

### Rahmenkonzept für gesamten Behandlungspfad

Die Task Force verständigte sich daher darauf, in der Rahmenkonzeption für

## Inhalte des Rahmenkonzepts IV-Schlaganfall

### Ausgangssituation

Epidemiologie  
Gesundheitsökonomie  
Versorgungsrealität

### Versorgungsziele

Medizinische Versorgungsziele  
Ökonomische Versorgungsziele

### Medizinisches Konzept

Pfadübersicht  
Detailebenen  
Teilnehmer

### Leistungen

Versorgungsblöcke  
Kommunikation  
Schlaganfallpass  
Fallmanagement  
Call-Center  
Prozesskontrolle

### Netzmanagement

Leitung und Organisation  
Geschäftsform

### Methoden und Techniken

Dokumentation  
Evaluierung  
Qualitätsmanagement

### Vertragsbeispiele

Einsparpotenziale  
Kostenrechnung

die IV-Schlaganfall den gesamten Behandlungspfad zu berücksichtigen und die allgemeinen Bedingungen umfassend darzustellen. Dazu gehört unter anderem die Beschreibung der epidemiologischen Ausgangssituation und der ökonomischen Bedingungen der Schlaganfallversorgung in Deutschland sowie eine konkrete Beschreibung der Versorgungsziele. Daneben sind Maßnahmen zum Patienten-Empowerment, zur Schulung der Leistungserbringer und zur Qualitätssicherung nötig. Entsprechend diesem Rahmenentwurf sollte einem regionalen IV-Vertrag immer ein Gesamtkonzept der Schlaganfallversorgung zugrunde liegen, das alle Aspekte des Behandlungspfades entsprechend den loka-

## Interessenvertretung in der Task Force Schlaganfall

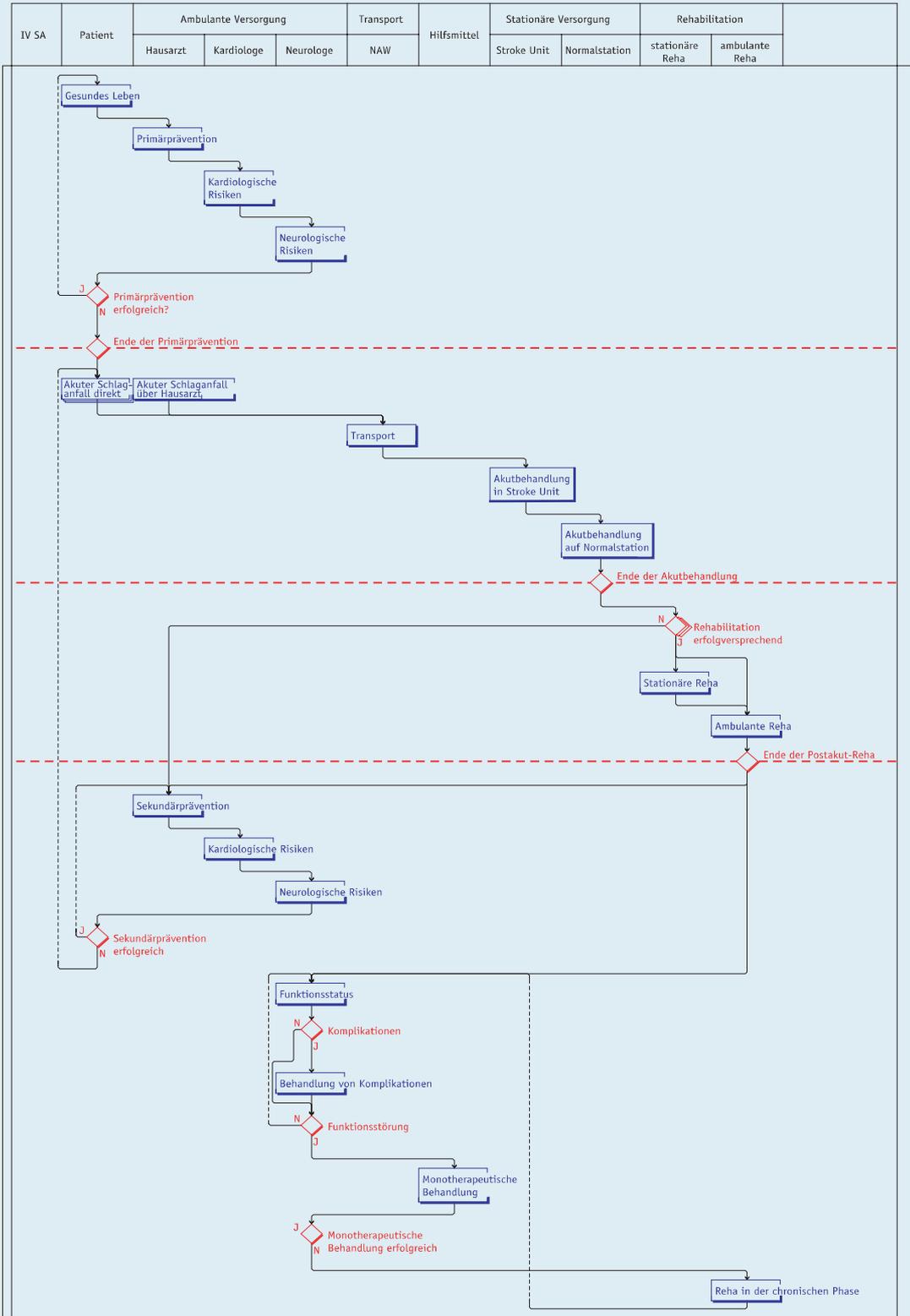
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)
- Berufsverband Deutscher Neurologen (BDN)
- Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN)
- Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft (DSG)
- Stiftung Deutsche Schlaganfallhilfe (SDSH)

### Mitglieder der Task-Force Schlaganfall:

- Prof. Dr. H. C. Diener (DGN/BDN)
- PD Dr. E. Busch (DGN)
- Dr. U. Meier (BDN)
- Dr. P. Reuther (BDN/BVDN)
- PD Dr. M. Grond (DSG)
- Frau C. Kögerl (SDSH)
- Dr. M. Wagner (SDSH)
- Dr. Dr. K. Piwernetz (NeuroKonzept)



### Behandlungspfad-Schlaganfall



© Dr. U. Meier, Grevembroich

len Verhältnissen berücksichtigt. Bei Vertragsverhandlungen zwischen regionalen Leistungserbringern und Kostenträgern kann dieser Behandlungspfad dann als Grundlage einer evidenzbasierten und optimierten Schlaganfallbehandlung zugrundegelegt werden. In der Rahmenkonzeption werden aber auch Teilbereiche der Schlaganfallversorgung als Leistungsblöcke definiert. Diese Leistungsblöcke bieten die Möglichkeit, bei regionalen Verträgen Teilleistungen abzubilden und vertraglich zu vereinbaren.

### Rahmenkonzept Schlaganfall

Das Rahmenkonzept fasst die epidemiologische und ökonomische Ausgangssituation zusammen. Es liefert damit Basisdaten für die wahrscheinliche Häufigkeit von Ereignissen und Anzahl von Risikopatienten. Damit ist ein Überblick über Kosten und mögliche Einsparpotenziale in der Schlaganfallversorgung möglich. Es werden konkrete Ziele benannt, die sowohl die medizinische Prozess- und Versorgungsqualität als auch realistische ökonomische Interessen der Leistungserbringer und Kostenträger betreffen.

Das medizinische Konzept umfasst eine detaillierte Beschreibung des Behandlungspfads. Dabei werden alle wichtigen Entscheidungssituationen im Verlauf der Schlaganfallbehandlung berücksichtigt und – wo immer möglich – mit Kriterien zur Entscheidungsfindung versehen. Durch diese Abbildung der gesamten Kette an Entscheidungssituationen wird es möglich, die jeweiligen regionalen Verhältnisse systematisch zu analysieren und Verbesserungsbedarf zu erkennen. Aufgrund der Komplexität des Gesamtsystems ist es dann nötig, die Leistungserbringer und die Leistungen in Versorgungsblöcken zu ordnen, um eine praktikable Aufgabenteilung zu gewährleisten.

Der Behandlungspfad gliedert sich in drei größere Einheiten:

- die Primärprävention,
- die Versorgung des akuten Schlaganfalls und
- die Versorgung des chronischen Schlaganfallpatienten.

Die Einhaltung des Behandlungspfads und insbesondere der Sektorübergänge

stellen koordinierende Maßnahmen und ein Fallmanagement sicher.

### Primärprävention des Schlaganfalls

Eine flächendeckende Primärprävention ist im Rahmen einer IV-Struktur zu aufwändig und weist eine ungünstige Kosten-Nutzen-Relation auf. Das ändert sich jedoch durch die Identifikation von Hochrisikopatienten; aufgrund der epidemiologischen Daten ist dies mit geringem diagnostischen Aufwand möglich.

Aus den relevanten Risikofaktoren wird nach dem Framingham-Algorithmus ein Risikoindex für das Auftreten eines akuten Schlaganfalls ermittelt. Wenn der Risikoindex ein definiertes Maß überschreitet, werden die Patienten in das Primärpräventionsmodul des IV-Netzes einbezogen. Für die Behandlung der Risikofaktoren stehen Therapieoptionen mit hoher Wirksamkeit zur Verfügung, sodass hier eine wirksame Schlaganfallprävention möglich ist.

Für die Kontrolle der basalen Risikofaktoren ist der Hausarzt zuständig und verantwortlich; für die Kontrolle der kardialen Risikofaktoren der Kardiologe und für die Kontrolle neurovaskulärer Risikofaktoren der Neurologe.

### Behandlung eines akuten Schlaganfalls

Zur Behandlung des akuten Schlaganfalls wird der Patient in eine Stroke-Unit aufgenommen. Entscheidend für das Behandlungsergebnis ist eine schnellstmögliche Versorgung. Um kurze Versorgungswege und Zeitfenster sicher zu stellen, werden Hausärzte, Rettungsleitstellen und Notärzte über Schulungen und Bereitstellung von Checklisten einbezogen.

In der Stroke-Unit erfolgt eine rasche Diagnose und Therapie. Der Nutzen einer Schlaganfallspezialeinheit ist bewiesen, Qualitätsmanagementverfahren sind von Seiten der DSG und der SDSH etabliert. Im Anschluss kann eine Behandlung auf der Normalstation oder eine direkte Verlegung nach Hause, in die Rehabilitationseinrichtung oder in das Pflegeheim erfolgen.

Bei Entlassung aus der Akutklinik ist zu klären, ob Rehabilitationsbedarf

### Neues CME-Verfahren beim Kongress

Die Vorstände von DGN und DGPPN, von BVDN, BDN und BVDP haben 2003 den Aufbau einer gemeinsamen (!) dezentralen Mitglieder- und CME-Fortbildungsverwaltung beschlossen und eine entsprechende Dienstleistungs-GmbH mit Sitz in Neuss gegründet.

Die Firma Brainiax hat für die neue Gesellschaft eine elektronische Plattform mit einer umfangreichen, von allen beteiligten Gesellschaften nutzbaren Verwaltungsdatenbank und Serverstruktur entwickelt, die auf diesem Kongress Premiere feiert. Der DGN-Kongress und die Fortbildungsakademie 2004 sind von der LÄK Nordrhein und unserer CME-Kommission zertifiziert.

- Sie erhalten mit Ihren Tagungsunterlagen eine Anzahl von persönlichen Barcode-Klebern, die eine persönliche Identifikationsnummer, aber keine weiteren Daten enthalten.
- Für jede Teilnahme an einer Sitzung beziehungsweise einem Kurs erhalten Sie im jeweiligen Saal einen Evaluationsbogen zur Beurteilung der Referate.
- Bitte füllen Sie diesen Evaluationsbogen aus und kleben Sie einen Ihrer persönlichen Barcode-Kleber in das vorgesehene Feld. Bitte geben Sie Ihren Bogen am Saal-Ausgang oder am Kongressbüro unbedingt ab!
- Die Evaluationsbögen werden anonym und maschinell eingelesen, sodass eine vollständige Bewertung des Kongresses und der Akademie entsteht (Pflicht im Rahmen des CME Verfahrens laut GMG).
- Gleichzeitig wird Ihre Teilnahme an den Kursen beziehungsweise Sitzungen automatisch in der neuen EDV erfasst und die erworbenen CME Punkte Ihrem zentralen CME-Konto gutgeschrieben.
- Eine Bescheinigung über die erworbenen CME-Punkte erhalten Sie nach dem Kongress.

**Dr. med. Peter Franz, München**  
**Dr. med. habil. Paul Reuther,**  
**Bad Neuenahr**

CME-Kommission von  
DGN, BVDN, BDN



und Rehabilitationsfähigkeit besteht. Anhand von definierten Kriterien wird dann die Verlegung in eine ambulante oder stationäre Rehabilitationseinrichtung veranlasst. Nach der dortigen Entlassung erfolgt der Übergang in die ambulante Therapie des chronischen Schlaganfallpatienten.

### Behandlung eines chronischen Schlaganfallpatienten

Dieser Teil des Behandlungspfads sieht die Sekundärprävention und die Behandlung von spezifischen Komplikationen vor. Die Sekundärprävention erfolgt über ähnliche Maßnahmen und identische Zuständigkeiten wie bei der Primärprävention: Kontrolle der basalen Risikofaktoren durch den Hausarzt, Kontrolle der kardialen Risikofaktoren durch den Kardiologen und Kontrolle der neurovaskulären Risikofaktoren durch den Neurologen.

Die Behandlung von spezifischen Komplikationen beinhaltet die Kontrolle und Therapie von Funktionsbeeinträchtigungen und von speziellen Symptomen wie Spastik, Schmerz und Depressionen. An dieser Stelle erfolgen Übergänge in den Heil- und Hilfsmittelbereich sowie bei Bedarf in elektive Rehabilitationsbehandlungen.

### Qualitätskontrolle

Zur Umsetzung und Koordination des medizinischen Konzepts sind zusätzliche Instrumente notwendig. Eine zentrale Rolle kommt dem Netzwerkmanager zu, der durch geeignete Maßnahmen die Prozessqualität sichern und durch die Zusammenführung von Daten eine transparente Qualitätskontrolle herstellen muss. Schließlich sind Schulungen zum Patienten-Empowerment von großer Bedeutung, da die angestrebten Veränderungen nur durch die aktive Mitarbeit der Patienten umgesetzt werden können.

### Stand der Verhandlungen

Die Rahmenkonzeption zur IV-Schlaganfall wurde inzwischen in die Verhandlungen mit den Kostenträgern, AOK und VDAK-AEK eingebracht. In Nordrhein sind bereits konkrete Verhandlungen mit regional organisierten Leistungserbringern auf dieser Basis im

Gange. Entscheidend wird nun sein, wie die ökonomischen Bedingungen so zu gestalten sind, dass sowohl die Leistungserbringer als auch die Krankenkassen Vorteile im Vertragsabschluss sehen. Dabei gibt es prinzipiell zwei Möglichkeiten: Einerseits können alle Leistungen im Rahmen der IV-Versorgung aus der Vergütung der Regelversorgung herausgelöst werden. Andererseits ist aber auch die Vergütung der Leistungen weiterhin im Rahmen der Regelversorgung möglich; das IV-Programm zahlt hier nur zusätzliche Leistungen, die dann zur Optimierung des Gesamtsystems eingesetzt werden.

In jedem Fall muss die integrierte Versorgung zeigen, dass die eingesetzten Mittel langfristig die Patientenversorgung verbessern und gleichzeitig die Kosten reduzieren können. Auf Seiten der Leistungserbringer können IV-Verträge die langfristige Teilnahme an effizienten regionalen Versorgungsstrukturen gewährleisten.

### Fazit

Die Task Force Schlaganfall, die sich aus Interessensvertretern der wichtigen neurologischen Berufs- und Fachverbände zusammensetzt, hat eine Rahmenkonzeption für die integrierte Versorgung des Schlaganfalls entwickelt. Die Konzeption basiert auf epidemiologischen und ökonomischen Daten von Apoplexpatienten und bildet den gesamten Behandlungspfad in der Schlaganfallversorgung ab. In den laufenden Verhandlungen mit den Kostenträgern kommt es jetzt darauf an, die wechselseitigen Vorteile der Vertragspartner anhand regionaler Modelle auch überzeugend darzustellen.

### Literatur bei den Verfassern

#### PD Dr. med. Elmar Busch

Klinik für Neurologie,  
Universitätsklinikum Essen

#### Dr. med. Uwe Meier

Vorsitzender des BDN,  
Grevenbroich

Integrierte Versorgung *Multiple Sklerose*

## Synergien konsequent nutzen



© Bilderbox, A-Thening/Archiv



**T2-gewichtete Kernspin-Aufnahme eines Patienten mit MS; die typischen Läsionen sind gut zu erkennen.**

Die Versorgung von Patienten mit Multipler Sklerose bietet sich im besonderen Maß für ein integriertes Konzept an: Es handelt sich um eine chronische Erkrankung; die direkten und indirekten Kosten sind ausgesprochen hoch und die Versorgung weist eine Vielzahl von Schnittstellen auf.

**D**er BDN hat noch vor Verabschiedung des GMG Ende letzten Jahres eine Fokusgruppe für die Konsentierung eines Rahmenkonzepts zusammengestellt und bereits im Januar 2004 ein erstes Arbeitswochenende organisiert. Die Mitglieder repräsentieren die Berufsverbände beziehungsweise die DGN oder sind Vertreter von Gruppen, die bereits in verschiedenen Bundesländern Gespräche mit Kostenträgern geführt haben. (Dieses Konzept befindet sich noch im Konsentierungsverfahren.)

Bei der Multiplen Sklerose (MS) handelt es sich um die häufigste neurologische Erkrankung, die oftmals in jun-

gen Jahren schon zu bleibender Behinderung und vorzeitiger Berentung führt. In Deutschland wird die Prävalenz auf 120 pro 100.000 Einwohner geschätzt. Viele MS-Patienten sind im Alltag stark beeinträchtigt bis hin zur Rollstuhlpflichtigkeit und höchster Pflegestufe. Von zehn MS-Patienten sind nur noch vier arbeitsfähig, 32% beziehen eine Erwerbsunfähigkeitsrente.

#### Hohe Versorgungskosten

Die Versorgungskosten sind außergewöhnlich hoch: Allein die Medikamentenkosten belaufen sich pro Jahr auf rund 400 Mio. EUR; die direkten Kosten schwanken zwischen 14.000–

60.000 EUR im Jahr. Hinzu kommen Kosten für die symptomatische Pharmakotherapie, ferner Kosten für Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie, begleitende Psychotherapie sowie andere internistische Begleitbehandlungen.

Von besonderer gesundheitsökonomischer Bedeutung sind Kosten für stationäre Aufenthalte und Reha-Maßnahmen. Sie betragen im Schnitt 33.638 EUR pro Jahr und Patient; dies entspricht einer Summe von über 4 Mrd. EUR für alle MS-Patienten pro Jahr. In einer Region mit zwei Millionen Einwohnern sind somit bei konservativer Schätzung mehr als 3.000 MS-Patienten zu versorgen, die Kosten summieren sich auf über 100 Mio. EUR pro Jahr.

Teilnehmer am Rahmenkonzept der integrierten Versorgung (IV) sind wissenschaftlich-universitäre MS-Ambulanzen, neurologische Kliniken, niedergelassene Neurologen, spezialisierte ambulante und stationäre komplextherapeutische Zentren (Reha-Einrichtun-

gen) sowie Apotheken. Externe Partner sind Hausärzte, Radiologen, Urologen, Kardiologen, Physio-/Ergotherapeuten, Logopäden und Sozialarbeiter. Sie sind so zahlreich, dass eine vertragliche Bindung im Rahmen der IV im ersten Schritt keinen Sinn macht. Gleichwohl sind die Externen aber über Zuweisungsstandards mit in das Qualitätskonzept eingebunden. Es ist durchaus denkbar und auch vorgesehen, dass der Vertrag in funktionierenden Netzen um diese Teilnehmer erweitert wird.

Voraussetzung für die Teilnahme der Leistungserbringer an der IV von MS-Patienten ist ein ausweisbarer Schwerpunkt der beteiligten Einrichtungen. So sollte beispielsweise eine Praxis mindestens 40 MS-Patienten pro Quartal betreuen und eine wissenschaftliche MS-Ambulanz einen Forschungsschwerpunkt mit entsprechender Publikationsfrequenz haben. Alle Leistungserbringer führen ein internes Qualitätsmanagement durch und bringen die Bereitschaft mit, sich an den QM-Maßnahmen des Versorgungsnetzes verbindlich zu beteiligen.

### Behandlungspfad und Leistungskomplexe

Die strukturierte Versorgung der MS-Patienten sieht eine Regelversorgung und eine problemzentrierte Versorgung vor. Die Regelversorgung beinhaltet planbare Basis- und Kontrolluntersuchungen sowie Schulungsangebote für Patienten und Angehörige.

Die problemzentrierte Versorgung beinhaltet bedarfsausgerichtete Leistungsangebote bei besonderen Versorgungsproblemen und Komplikationen. Die Leistungen des Netzes werden zu Komplexen zusammengefasst, die durch definierte Situationen indiziert werden; sie müssen als Leistungskomplex kalkulierbar sein.

Vor dem Eintritt in das IV-System erfolgt eine Sichtung und Bewertung der Diagnose und deren Sicherheit (Aufnahmekonsultation und Diagnosecheck). Bei positiver Bewertung kann eine formale Einschreibung in das IV-System stattfinden. Andernfalls ist die Diagnostik noch zu vervollständigen. Bei unklaren Fällen und schwierigen Differenzialdiagnosen werden die Pati-

enten im wissenschaftlich ausgerichtetem MS-Zentrum vorgestellt.

### Aufnahmekonsultation

Die Aufnahmekonsultation dient der Diagnosesicherheit und der Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien. Grundvoraussetzung für die Aufnahme in das IV-System MS ist die Diagnose auf der Grundlage der DGN-Leitlinien. Sie muss anhand dieser Kriterien gestellt und nachvollziehbar dokumentiert worden sein.

Die Aufnahmekonsultation umfasst neben den Untersuchungen die Sichtung der bereits vorliegenden Befunde. Gegebenenfalls veranlasst der aufnehmende Arzt weitere Untersuchungen oder führt sie selbst durch. Abschließend wird der Patient über die Ergebnisse unterrichtet und über formale Abläufe im IV-Netz MS informiert. Zu Beginn finden auch Schulungen für Patient und Angehörige statt.

Das IV-Netz akzeptiert die Diagnose eines Facharztes; eine bereits seit längerem bestehende und behandelte MS ist äquivalent zur Facharzt diagnose. Bei unklaren Fällen erfolgt eine obligate Zuweisung in das wissenschaftliche MS-Zentrum. Zusätzlich wird im Aufnahme-Check geprüft, ob der Patient die formalen Kriterien für eine Teilnahme am IV-Netz erfüllt.

### Basiskonsultation

Im Rahmen der Basiskonsultationen finden jährlich umfassendere Screening-Untersuchungen einschließlich standardisierter Assessments und quartalsweiser Kontrollkonsultationen statt. Ziel der Jahresuntersuchung ist die Kontrolle des klinischen und funktionellen Krankheitsverlaufes, das Erfassen von Veränderungen in der Verlaufsform, das Anpassen oder Ändern des Therapieregimes sowie die Kontrolle und Diskussion von Krankheitsfolgeproblemen. Ziel der quar-

Tabelle 1

## Versorgungsziele

### Optimierte Versorgungsqualität:

- geringere Schubraten durch leitlinienorientierte Basistherapie
- geringere Abbruchrate bei den Basistherapien durch effektive Patientenschulung
- Frühes Erkennen von Therapieversagern in der Basistherapie und Einleiten von Alternativmaßnahmen (Eskalation)
- Reduzierung der Behinderungsprogression durch geringere Schubraten und phasengerechte Steigerung der Therapieoptionen
- optimierte symptomatische Therapie, dadurch weniger sekundäre Langzeitschäden und Pflegefälle
- optimierte Versorgung von Krankheitsfolgeproblemen durch ziel- und alltagsorientierte Therapieangebote im psychosozialen Umfeld
- verbesserte Diagnostik/Therapie neuropsychologischer Defizite zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit junger Menschen
- verbesserte Information, Stärkung der Selbstverantwortung und des gesundheitsfördernden Verhaltens für den Patienten
- Schutz der Patienten vor nicht wirksamen Therapien und deren möglichen Nebenwirkungen

### Kostenreduktion durch strukturierte Versorgungswege mit eindeutig geregelten Schnittstellen:

- geringere direkte Kosten durch weniger Schubraten, dadurch weniger ambulante Kosten und Krankenhauseinweisungen
- weniger Abbruchquoten in der Basistherapie, dadurch weniger (gesundheitsökonomisch nicht wirksame) Arzneimittel ausgaben
- weniger unnötige Arztkontakte durch Vorhalten erkrankungsspezifischer Diagnostik und Therapie
- schnellere Diagnosestellung und weniger Fehldiagnosen (Diagnosesicherheit)
- Verhinderung unnötiger diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen
- signifikant weniger stationäre Aufenthalte durch erweiterte ambulante Maßnahmen (Schubtherapie, Mitoxantrontherapie)
- Ersatz ortsferner, unspezifischer und kurähnlicher Reha-Maßnahmen durch wohnortnahe komplextherapeutische Maßnahmen
- ziel- und alltagsorientierte Behandlung psychosozialer Probleme und sekundärer Krankheitsfolgen durch aufeinander abgestimmte Therapie-, Beratungs- und Schulungsangebote zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit



talsweisen Kontrolluntersuchungen ist die Kontrolle und Überprüfung der aktuellen Therapie und möglicher Nebenwirkungen, einschließlich nicht-medikamentöser Therapien sowie die Sicherstellung der Patientencompliance. Anhand dieses Vorgehens wird auch darüber entschieden, ob ein Übergang in eine weitere Versorgungsstation erfolgen muss. Dies beinhaltet die Konsultation in einem wissenschaftlichen Spezialzentrum bei komplizierten oder unklaren Verläufen, Therapien im Heilmittelbereich bei einfachen funktionellen Beeinträchtigungen, rehabilitative Maßnahmen bei komplexen funktionellen Beeinträchtigungen, ambulante fachärztliche Diagnostik (Radiologe, Urologe) oder spezielle Patientenschulungen. Für die Basisuntersuchungen sind in der Regel Schwerpunktpraxen zuständig.

### Patientenschulungen

Schulungen stärken die Eigenverantwortung der MS-Patienten. Sie sollen dabei nicht nur über die Erkrankung und ihre Behandlungsmöglichkeiten informiert werden. Ebenso essenziell ist die Hilfe bei der Anpassung ihres Lebensstils (Diät, Bewegung/Sport, Stressmanagement). Sie sollen mehr bei therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen mitentscheiden, in ihrem Versorgungsprozess mitarbeiten und auch die Qualität der Versorgung mitbeurteilen können. Die Eingangsschulung erfolgt für jeden Teilnehmer individuell. Weitere Schulungen werden curricular aufgebaut und finden themenzentriert sowie schweregradbezogen in regelmäßigen Abständen statt. Alle Netzteilnehmer nehmen ihre Patientenschulungen in einem gemeinsamen (stationären oder virtuellem) Schulungszentrum nach netzinternen Absprachen vor.

### Bedarfskonsultationen (ungeplante Besuche)

Der Bedarf für nicht geplante Konsultationen ergibt sich aus einer Funktionsverschlechterung, besonderen Symptomen wie Spastik oder Schmerz, neuropsychologischen Symptomen und Fatigue, affektiven Störungen oder psychosozialen Problemen. Ein weiterer Bedarf besteht bei Nebenwirkungen

und Fragen zur Neueinstellung mit Medikamenten oder aufgrund eines besonderen Beratungsbedarfs wie beispielsweise bei Schwangerschaft, Kinderwunsch, Rentenbegehren, Arbeitsunfähigkeit. Zuständig sind in der Regel die Schwerpunktpraxen. Je nach Ursache einer Bedarfskonsultation können weitere netzinterne oder externe Leistungskomplexe ausgelöst werden:

**Neuropsychologische Assessments und Behandlung:** Bei schweren und alltagsrelevanten Funktionsbeeinträchtigungen kognitiver und MS-spezifischer affektiver Funktionen wie Gedächtnis-, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, exekutiven Störungen, Störungen der Affektregulation und der Krankheitsverarbeitung sowie bei Fatigue-Syndromen ist ein spezifisches, standardisiertes Assessment als Grundlage für die weitere Therapieplanung erforderlich. Durch modulare neuropsychologische Therapieangebote in Form von kognitivem Training, Aktivitätsaufbau, Stress- und Belastungsmanagement, Entspannungsverfahren und Strategien zur Krankheitsbewältigung können durch eine effektive Therapie im Vorfeld aufwändigere Verfahren vermieden werden. So sind beispielsweise Richtlinienpsychotherapien, Rehabilitationen und weitere Therapien als Folge von chronischen Maladaptationssyndromen oder Anpassungsstörungen vermeidbar. Zuständig sind komplextherapeutische Zentren, Neurologische Kliniken, MS-Ambulanzen (unter Berücksichtigung der regionalen Besonderheiten und der Verfügbarkeit) – gegebenenfalls in externer Kooperation.

**Konsultation bei kompliziertem Verlauf:** Bei kumulierten Schüben, Progression der Behinderung, unklaren Verläufen sowie bei Diskrepanzen zwischen subjektiven Beschwerden und objektiven Befunden muss eine Konsultation in einer hochspezialisierten Einheit zur Festlegung des weiteren Vorgehens erfolgen. Zuständig sind in der Regel wissenschaftliche Spezialambulanzen.

**Behandlung bei unkompliziertem und kompliziertem Schub:** Die Behandlung unkomplizierter Schübe erfolgt ambulant. Eine stationäre Schubbehandlung ist indiziert bei schwerer Funktionseinschränkung oder Komplika-

Tabelle 2  
Netzteilnehmer und externe Partner

#### Netzteilnehmer:

- ein wissenschaftliches, in der Regel universitär angebundenes MS-Zentrum mit Spezialambulanz und angeschlossener neurologischer Klinik
- neurologische Kliniken
- neurologische Schwerpunktpraxen
- spezialisierte ambulante komplextherapeutische Zentren
- spezialisierte stationäre Reha-Zentren
- Apotheken

#### Externe Partner:

- Hausarzt
- Urologe
- Kardiologe
- Radiologe
- Physiotherapeuten
- Ergotherapeuten
- Logopäden
- Hilfsmittelhersteller
- Institutionelle Pflegeeinrichtungen
- Selbsthilfegruppen

kationen mit engem Bezug zur Grunderkrankung (entgleister Diabetes, schwere Infekte, akute Psychosen). Zuständig sind hier neurologische Kliniken.

**Eskalationstherapie/Chemotherapie:** Aufgrund der teilweise erforderlichen interdisziplinären Überwachungen wie kardiologisch-echokardiografische Untersuchungen oder engmaschige Kontrollen von Blutbild, Leber- und Nierenfunktionswerten sind in diesen Fällen neurologische Kliniken oder Spezialambulanzen zuständig. (In Ausnahmefällen bei besonderer regionaler Spezialisierung kann dies auch eine Schwerpunktpraxis übernehmen.)

**Alltagszentrierte wohnortnahe Komplextherapie/Rehabilitation:** Eine wohnortnahe Komplextherapie ist indiziert bei alltagsrelevanten Aktivitäts- und Partizipationsstörungen im häuslichen, familiären, sozialen, schulischen oder beruflichen Umfeld, wenn monoprofessionelle Maßnahmen ausgeschöpft sind oder aufgrund des Störungsmusters



nicht zum Ziel führen. Diese Therapie orientiert sich am Modell der gestörten gesundheitlichen Integrität der WHO beziehungsweise an deren internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Die Behandlung erfolgt multimodal in einem Team verschiedener Experten, einschließlich psychologischer/neuropsychologischer Betreuung unter fachärztlicher Leitung. Schwerpunkte ergeben sich insbesondere bei Patienten mit neuropsychologischen Primär- und Begleitstörungen. Zuständig sind spezialisierte ambulante komplextherapeutische Zentren.

**Stationäre Komplextherapie/Rehabilitation:** Eine stationäre Rehabilitation ist indiziert bei alltagsrelevanten Aktivitäts- und Partizipationsstörungen im Bereich der Körperpflege und der Akti-

### Fazit

Die integrierte Versorgung ermöglicht eine verbesserte und gleichzeitig ökonomischere Behandlung der MS-Patienten. Neben den konventionellen Leistungsblöcken sind Schulung von Patienten und Angehörigen, enge Führung der Patienten durch eine MS-spezifische Fachkraft (MS-Nurse) und Koordination von Leistungen durch spezialisierte Neurologen im Rahmen eines definierten Behandlungspfades feste Bestandteile des Konzeptes.

Kürzere Diagnose- und Entscheidungswege, das Vermeiden unnötiger diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen und aufeinander abgestimmte Leistungen sorgen für eine effiziente und qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten. Geringe Wartezeiten, kompetente Ansprechpartner für alle Problembereiche (einschließlich des psychosozialen Bereichs) sowie Schulungen erhöhen die Servicequalitäten des Netzes.

Einsparungen ergeben sich aus der Reduktion der Einweisungen in nicht spezialisierte Zentren, günstigem Medikamenteneinkauf sowie aus der Verminderung von Schubraten und sekundären Krankheitsfolgen.

vitäten des alltäglichen Lebens. Auch hier gilt als Bedingung, dass monoprofessionelle Maßnahmen ausgeschöpft sind oder nicht zum Ziel führen. Das behandelnde Team schließt therapeutische Pflege und psychologische Betreuung mit ein. Schwerpunkte ergeben sich insbesondere bei schwerstbetroffenen Patienten mit Pflegebedarf. Zuständig sind ebenfalls spezialisierte stationäre komplextherapeutische Zentren.

### Koordinierende Maßnahmen

Im Rahmenkonzept der IV sind an koordinierenden Maßnahmen das Fall-Management und ein Call-Center für Information, Führung durch die Behandlungspfade und Abstimmen der Termine vorgesehen. Als Grundlage für diese Steuerungs- und Optimierungsaufgaben dienen regelmäßige Auswertungen aus der standardisierten Dokumentation. In den Call-Centern arbeiten MS-spezifische Fachkräfte (MS-Nurses), die eng mit den Patienten in Kontakt stehen, regelmäßig mit ihnen kommunizieren und sie führen.

Basis für die Kommunikation und für den Datentransfer bildet die strukturierte Dokumentation innerhalb des Netzes. Sie ist so gestaltet, dass sie zwei sich ergänzende Zielrichtungen unterstützen kann: die Vergütung für nachgewiesene Leistungen und die Koordination der Leistungen innerhalb der Netze sowie zwischen dem Netz und externen Leistungserbringern. Der Datentransfer verläuft auch zwischen den Leistungser-

bringern untereinander und zwischen Leistungserbringern und dem Fall-Management. In der Startphase ist eine einfache, dafür sichere Lösung über Fax oder E-Mail vorgesehen. Mit der Entwicklung allseits kompatibler und datensicherer elektronischer Plattformen ist eine Anpassung jederzeit möglich.

Die Patienten des Netzes müssen einerseits als Mitglieder des Netzes identifiziert werden können und andererseits aktiv an den Leistungen beteiligt werden. Dazu erhalten sie einen Patientenpass, der die notwendigen Daten für den Notfall und für die jeweiligen durchzuführenden Dienstleistungen enthält. Damit können sie nachvollziehen, welche Leistungen bereits erbracht wurden und welche Leistungen demnächst anstehen.

Unter Leitung des wissenschaftlich ausgerichteten Zentrums erfolgen zentrale Schulungen und Fortbildungen, um die medizinischen Versorgungsstandards zu gewährleisten. Fallkonferenzen und Qualitätszirkel bilden die Grundlage für das Erkennen und Beheben von Problemen im Versorgungsablauf.

### Literatur bei den Verfassern

**Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich**

Vorsitzender des BDN

**PD Dr. med. Volker Limmroth**

Neurologische Universitätsklinik Essen

**Hans-Jürgen Boldt, Berlin**

**Prof. Dr. Hans-Christoph Diener**

Neurologische Universitätsklinik Essen

Tabelle 3

### Übersicht und Systematik der Leistungskomplexe

#### Regelversorgung

(planbare, obligate Leistungen):

- Aufnahmekonsultation
- Basis-Konsultationen
- Jahresuntersuchung
- Kontrolluntersuchung
- Patientenschulungen

#### Problemzentrierte Versorgung:

- Bedarfskonsultationen (ungeplante Besuche) bei
  - Funktionsverschlechterung
  - neuropsychologischen Störungen
  - affektiven Störungen und psychosozialen Problemen
  - besonderem Beratungsbedarf
  - Blasen-/Mastdarmstörungen
  - spezieller Therapiekontrolle (implantierte Pumpen)
  - Konsultation bei komplizierter Verlaufsform (second opinion)
  - Behandlung unkomplizierter Schübe
  - Behandlung komplizierter Schübe
- Eskalationstherapien
- alltagszentrierte wohnortnahe Komplextherapie/Rehabilitation
- pflegezentrierte Komplextherapie/Rehabilitation



**Morbus Parkinson:  
Chancen für eine  
optimierte Behandlung**

© Deutsche Parkinson Vereinigung

## Integrierte Versorgung Parkinson

# Effizienz anstatt Zuständigkeitskonfusion

Ein Entwurf für eine Rahmenkonzeption zur „Integrierten Versorgung Parkinson“ nach § 140 SGB V beschreibt modellhaft die Strukturen, Versorgungsprozesse, Behandlungspfade und Schnittstellen für eine sektorenübergreifende Versorgung von Parkinson-Patienten. Der Entwurf versteht sich als „work in progress“. Alle Leistungserbringer sind eingeladen, kritisch konstruktive Anregungen für die Weiterentwicklung dieser Konzeption zu geben.

**D**ie Projektgruppe für den Entwurf der Rahmenkonzeption zur „Integrierten Versorgung Parkinson“ besteht aus Vertretern von BDN, BVDN, QUANUP (Verband für Qualitätsentwicklung in Neurologie und Psychiatrie), KNP (Kompetenznetz Parkinson) und DGN. Die beiden Berufsverbände erheben schon lange den Anspruch, die Rahmenbedingungen und die Qualität der (fachärztlichen) Versorgung chronisch neurologisch und psychiatrisch Kranker trotz der Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen zu verbessern. Einer der wesentlichen Aufgaben für das KNP besteht in der dritten Förderperiode darin, die Versorgung von Parkinson-Patienten zu optimieren.

QUANUP leistet mit seinem Pilotprojekt „Strukturierte Versorgung Parkinson“ wesentliche und wichtige Vorarbeiten für neue Versorgungsformen (Schulungskonzepte, Ausbildung von Parkinson-Assistentinnen, Dokumentation). Die DGN ist als medizinische Fachgesellschaft an der Umsetzung der Leitlinien in der Patientenversorgung und an einer verbesserten Zusammenarbeit der stationären und ambulanten Versorgungsebenen interessiert.

Die vollständige Version des Entwurfs (Stand: Februar 2004) mit Literatur ist auf der DGN-Homepage unter [www.dgn.org](http://www.dgn.org) abrufbar. Sie soll mit den Spitzenverbänden der Kostenträger und den Patienten-Selbsthilfeorganisationen

überregional abgestimmt werden und kann als Muster für die regionale Entwicklung von Versorgungsnetzen dienen. Das Konzept versteht sich als Dienstleistung aller Beteiligten.

### Warum Integrierte Versorgung bei Morbus Parkinson?

Parkinson-Syndrome sind häufige, chronisch verlaufende, fortschreitend behindernde und komplikationsträchtige Erkrankungen. Ihre Versorgung geht mit vielen Schnittstellen zwischen verschiedenen Leistungserbringern einher und verursacht ausgesprochen hohe direkte und indirekte Kosten. In Deutschland sind derzeit allein etwa 200.000 Menschen an einem idiopathischen Parkinson-Syndrom (IPS) erkrankt. Mit der Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung ist in Zukunft mit einer weiter steigenden Zahl an Patienten zu rechnen.

In der aktuellen Versorgungssituation Parkinson-Erkrankter in Deutschland gibt es deutliche Hinweise auf eine Über-, Unter- und Fehlversorgung. Mit einer verbesserten Grundversorgung und bedarfsgerechter Inanspruchnahme spezialisierter Versorgungsangebote so-

wie durch Vermeiden von Fehltherapien und -belegungen ist eine integrierte Versorgung sinnvoll und schnell realisierbar. Sie erhöht die Versorgungsqualität und mobilisiert Wirtschaftlichkeitsreserven.

### Keine einheitlichen Strategien

Die medizinische Versorgung der Parkinson-Patienten wird – ähnlich wie bei anderen chronischen neuropsychiatrischen Krankheiten – derzeit weder auf ihre Effizienz überprüft noch werden Strukturen definiert. Im frühen Stadium des IPS ist eine erhebliche Fehlversorgung durch eine letztlich unbekannte Rate an Fehldiagnosen Realität. Es werden sowohl ambulant als auch stationär unnötige diagnostische Maßnahmen und Fehltherapien veranlasst.

Ist die Diagnose gestellt, führen Therapiefehler häufig zu einer Beschwerdepersistenz beziehungsweise -progredienz oder zu Komplikationen, wodurch die Belastung der Patienten zunimmt und die Gesamttherapiekosten steigen. Im Langzeitverlauf von Patienten mit IPS sieht sich der Arzt mit teilweise therapieinduzierten Problemen wie Wirkungsschwankungen, Levodopa-induzierten Dyskinesien und Psychosen oder auch mit Depressionen, demenziellen Syndromen akinetischen Krisen, parkinsonspezifischen Verlaufsbesonderheiten und Komplikationen konfrontiert. Die richtige Umstellung der Therapie auf diese Situationen bedarf einer langen Erfahrung und sollte in Spezialambulanzen und besonders geschulten Schwerpunktpraxen durchgeführt werden.

### Wer ist zuständig?

Aufgrund der diagnostischen wie therapeutischen Problemen in der Behandlung von Parkinson-Erkrankten ergibt sich die Notwendigkeit, klar definierte Zuständigkeiten, Versorgungsstationen und -abläufe zu definieren (Behandlungspfade, handlungs- und entscheidungsunterstützende Leitfäden). Derzeit gibt es keine Regelung, wer den Patienten wie lange versorgt – mit welchen ambulanten beziehungsweise stationären, diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Die Behandlungsstrategien werden oft nach individueller

ärztlicher Erfahrung und Neigung durchgeführt. Bei den niedergelassenen Haus- oder Fachärzten spielt neben dem persönlichen Kenntnisstand teils auch der Einfluss von Budgets und Richtgrößen eine Rolle; Ähnliches gilt im stationären Bereich auch für Größen wie Belegungsstatistik und DRG-Vergütung. Die Effizienz von nichtmedikamentösen Therapien und von Heilmittel ist unsicher beziehungsweise nicht evaluiert; die Erfahrung von Heilmittelanwendern im Umgang mit Parkinson-Patienten sehr unterschiedlich. Weiterhin gibt es für den Patienten im niedergelassenen, aber auch im stationären Bereich (mit Ausnahme einiger Spezialabteilungen an Universitäten und Parkinson-Fachkliniken) nahezu kein erkennbares Zeichen, ob der konsultierte Arzt oder Therapeut auf dem Gebiet der Parkinson-Syndrome ausreichend erfahren ist.

In der derzeitigen ambulanten wie stationären Versorgung fehlt die Anwendung übergeordneter, klar definierter und transparenter Entscheidungsalgorithmen für eine krankheitsphasenspezifische, leitliniengerechte und patientenzentrierte Therapie.

### Direkte und indirekte Kosten

Bei Parkinson-Syndromen handelt es sich um chronische Erkrankungen, die mit zunehmender Erkrankungsdauer hohe Kosten verursachen. Pro Jahr werden in Deutschland nach einer Hochrechnung insgesamt rund 3 Mrd. EUR für die Behandlung der Parkinson-Patienten ausgegeben. Die durchschnittlichen Jahreskosten sind in Tabelle 1 zusammengestellt (Spottke et al., 2004). Diese Daten decken sich mit den Ausgaben in anderen europäischen Gesundheitssystemen, wie in Frankreich oder Schweden. Die Kosten zeigen eine klare Abhängigkeit vom Schweregrad der Er-

**Tabelle 1  
Kosten durch Morbus Parkinson**

Direkte Kosten	4.810 (22%)
Kosten Parkinsonmedikation	3.350 (15%)
Kosten Rentenversicherung Pflegeversicherung	4.400 (20%)
Kosten Patienten	3.150 (14%)
Indirekte Kosten	6.590 (29%)
Gesamtkosten	22.400
<i>Durchschnittliche Jahreskosten in EUR pro Patient in Deutschland (Spottke et al., 2004)</i>	

krankung (Stadien nach Hoehn und Yahr) und dem Auftreten motorischer Komplikationen und psychiatrischer Symptome (Depressionen, Halluzinationen, s. Tab. 2); diese Abhängigkeit konnte in mehreren Studien nachgewiesen werden (Müller et al., 2004; Kessler et al., 2003).

Gemäß der Ziele der integrierten Versorgung (IV) (Tab. 3, S. 42) soll die Rahmenkonzeption zur „Integrierten Versorgung Parkinson“ Empfehlungen und Vorschläge geben für

- die strukturelle und prozessorale Entwicklung eines sektorenübergreifenden regionalen Versorgungsnetzes,
- die Zusammensetzung der potenziellen Partner eines regionalen IV-Netzes,
- die Leistungskomplexe innerhalb der IV,
- die krankheitsphasen-, ereignis- und risikoabhängigen Behandlungspfade sowie Schnittstellenregelungen für die verschiedenen Leistungserbringer und Sektoren,
- die Grundlagen verschiedener denkbarer Geschäftsmodelle,
- die Implementierung (und Praxisevaluation) der Leitlinien (DGN 2004,

**Tabelle 2  
Kosten in Abhängigkeit von Krankheitsstadium und Dyskinesie**

	Dyskinesien		Hoehn & Yahr				
	Ja	Nein	I	II	III	IV	V
Direkte Kosten	5.520	3.020	1.140	720	3.360	8.140	9.640
Medikamentenkosten	4.000	2.680	2.580	2.620	3.400	3.920	2.580
<i>Durchschnittliche Jahreskosten in Euro pro Patient in Abhängigkeit vom Hoehn &amp; Yahr-Stadium (HY) und von motorischen Komplikationen</i>							



- Oertel et al, KNP) als unterstützende Hilfe zur Diagnose und Therapie der Parkinson-Syndrome,
- den gezielten Einsatz von Heilmitteln durch krankheitserfahrene Therapeuten,
- die ambulante Komplextherapie als Ersatz für stationäre „Kurmaßnahmen“,
- die regionale Förderung von effektivem wie „preiswertem“ Reha-Sport und Funktionstherapie in der Gruppe.

### Behandlungskette der integrierten Versorgung

Eine integrierte Versorgung von Parkinson-Patienten erfordert ein qualifiziertes Behandlungsangebot für die Grundversorgung unmittelbar am Wohnort und den Zugang zu gut erreichbaren hochspezialisierten Versorgungseinheiten wie universitäre Zentren und Operationszentren. Es müssen die Leistungs- und Interventionskomplexe (Tab. 4) geregelt, die Behandlungspfade zwischen den verschiedenen Kooperationspartnern transparent geordnet und die Schnittstellen definiert werden. Die klare Festlegung dieser Prozessabläufe ist die wesentliche Aufgabe der regionalen Netzkonferenz, der Netzpartner und der Vertragspartner einer IV-Versorgung.

### Potenzielle Partner

In einem IV-Netz ist das Zusammenwirken interner und externer Partner erforderlich, wobei die regionalen Gegebenheiten zu berücksichtigen und von Netz zu Netz durchaus unterschiedliche Konstellationen und Modelle denkbar sind. Auch die verschiedenen Spitzenverbände der Kostenträger haben durchaus unterschiedliche Vorstellungen über die jeweiligen IV-Netzstrukturen. Die Entwicklung einer Netzmanagementstruktur ist unumgänglich.

**Eher interne Kooperationspartner:** Neurologen/Nervenärzte, Schwerpunktpraxen, Institutsambulanzen, Hausärzte\*, Psychiater/Psychotherapeuten\*, Neurologische Kliniken, Universitätskliniken, Parkinson-Fachkliniken, (Rehabilitationskliniken), ambulante neurologische Rehabilitationszentren, Netzapotheken, parkinsonerfahrene Heilmittelerbringer\* (Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten, Neuropsychologen).

**Eher externe Kooperationspartner:** Hausärzte\*, Psychiater/Psychotherapeuten\*, Neurochirurgen, Orthopäden, In-

\* Zur Rolle von Hausärzten, Heilmittelerbringern und Psychiatern/Psychotherapeuten als interne oder externe Partner im IV-Netz Parkinson gibt es zurzeit noch unterschiedliche Modelle.

ternisten, Urologen, Radiologen/Nuklearmediziner, Hilfsmittelversorger, Heilmittelerbringer\* (Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten, Neuropsychologen, Sozialdienste, Pflegedienste, Altenheime, betreute Wohneinrichtungen, Reha-Sport-Gruppen, Parkinson-Selbsthilfegruppen).

### Qualitätssicherung

Die sozialrechtlichen Bedingungen einer integrierten Versorgung regelt das SGB V §140 ff. Die regionalen Partner schließen miteinander einen Kooperationsvertrag ab, in dem Rechte und Pflichten geregelt sind. Der Netzverbund schließt dann Verträge mit den Kostenträgern. Die IV-Teilnehmer verpflichten sich zum Einhalten definierter qualitativer Struktur-, Prozess- und Ergebnismerkmale. Auf regionaler Ebene finden Qualitätszirkel zwischen den Leistungserbringern statt; Netzkonferenzen erfolgen unter Beteiligung aller Partner.

Die Ergebnisse der integrierten Versorgung sollten einem – wenn möglich überregionalen – Benchmarking-Vergleich unterworfen sein, an dem KNP, QUANUP, Fachgesellschaften, Berufsverbände und die dPV (Deutsche Parkinson Vereinigung) beteiligt sind. Indikatoren für die Qualitätsprüfung wären beispielsweise der Verlauf von Depressions-Scores, Lebensqualitäts-Items, Zufriedenheitsindizes oder stationäre Behandlungszeiten.

Das IV-Netz sollte ein Call-Center (Reminder-System) unterhalten, das die Patienten mit Komplikationen und solche ab Stadium IV nach Hoehn und Yahr regelmäßig kontaktiert. Es wird von den Neurologen/Nervenärzten, den Schwerpunktpraxen und den Schwerpunktambulanzen beauftragt.

Um die Leitlinien und Behandlungspfade weiterzuentwickeln, erfolgen regelmäßige Befragungen und Evaluationen unter den Beteiligten. Die Fachgesellschaften und Berufsverbände stimmen sich entsprechend ab.

### Kostenkalkulation

Ein IV-Netz muss aus der optimierten Patientenversorgung eine dezidierte ökonomische Wertschöpfung erwirt-

Fortsetzung Seite 45 —

Tabelle 3  
Ziele der integrierten Versorgung

**Der Entwurf für ein integriertes Versorgungskonzept verfolgt folgende medizinische und gesundheitsökonomische Ziele:**

- Früherkennung und rasche Diagnose
- optimierte medikamentöse und nicht medikamentöse Therapie (Vermeiden von Fehltherapien)
- Vermeiden stationärer Aufenthalte durch optimale medikamentöse und nicht medikamentöse Therapie
- rechtzeitige Erkennung und adäquate Behandlung motorischer und nicht motorischer Komplikationen (z. B. Depression, Halluzinationen)
- Indikationsstellung für spezielle Therapieformen (medikamentös wie operativ)
- Vermeiden beziehungsweise Verzögern einer frühzeitigen Unterbringung in einem Pflegeheim beispielsweise durch adäquate und rechtzeitige Behandlung Therapie-induzierter Psychosen
- Vermeiden von unnötigem Aufwand für Fremdhilfe (Pflege) und Hilfsmittel
- Vermeiden stationärer rehabilitativer Therapien durch qualifizierte ambulante Heilmittelanwendung und ambulante Komplextherapie in Wohnortnähe mit Einbinden der Angehörigen
- Vermeiden von unnötigen Beeinträchtigungen der Lebensqualität der Betroffenen und ihres sozialen Umfelds



schaften, um den monetären Mehrleistungsbedarf, die Kosten für das Netzmanagement und einen Bonus für alle Beteiligten in der qualifizierteren Versorgung zu decken. Eine detaillierte Kostenberechnung der integrierten Versorgung sowie die Konsequenzen für die Patienten (u. a. Lebensqualität) kann mit Hilfe eines entscheidungsanalytischen Modells (Markov-Modell) für ein Jahr und für die Zukunft im Detail erstellt werden. Mitarbeiter im KNP forschen und arbeiten auf dem Gebiet der Kosteneffektivitätsanalysen mit mathematischen Modellen, sodass hier eine genaue Abschätzung der Kosten möglich sein wird.

**Mehrausgaben kompensiert**

Durch das stufengesteuerte Behandlungssystem (Hausarzt/Neurologe) und das verbesserte Management von Komplikationen (die zu gehäuften Krankenhauseinweisungen beziehungsweise früher Heimeinweisung führen) ist eine Reduktion der stationären Aufnahmen und der Heimeinweisungen (nicht monetarisiert) zu erwarten. Insgesamt kann nach konservativer Schätzung von 10 bis 30% weniger stationären Aufnahmen ausgangen werden.

Mehrkosten werden durch die verbesserte medikamentöse Versorgung und die Verordnung von Zusatzleistungen wie Logopädie, Krankengymnastik entstehen. Die rationalere Verordnung mithilfe von Leitlinien ermöglicht aber wahrscheinlich einen sinnvolleren Einsatz dieser Ressourcen. Der gezielte Einsatz von Heilmitteln durch krankheits-erfahrene Therapeuten, die ambulante Komplextherapie als Ersatz für stationäre „Kurmaßnahmen“ und die regionale Förderung von effektivem und „preiswertem“ Reha-Sport in der Gruppe senken – im Vergleich zur derzeitigen unregelmäßigen Versorgung – ebenfalls die Ausgaben. Die Reduktion der Krankenhausaufenthalte und der dortigen Verweildauer sowie eine wirtschaftlichere Medikamentenversorgung im Netz (Vertrag mit Netzapotheken) könnten die dennoch entstehenden Mehrkosten kompensieren.

Die verbesserte Versorgung durch Hausarzt und niedergelassene Neurologen/Schwerpunktpraxen/Spezial-Am-

**Tabelle 4  
Leistungskomplexe und Interventionskomplexe**

<b>Fallmanagement:</b>	— Management Hausarztkooperation, Qualitätszirkel, Hausarztschulung
— Früherkennung	— Management externe Facharztkooperationen: Psychiater/Psychotherapeut, Urologe, Internist, Orthopäde, Radiologe/Nuklearmediziner
— Erstdiagnose/Differenzialdiagnose/ Staging	— Management Angehörigenarbeit
— Einleitung der Behandlung	— Patientenschulung Empowerment:
— Medikamentöse Versorgung „leichter“ Parkinson-Patienten (HYI–II)	• Schulungen für Neuerkrankte und für „Fortgeschrittene“
— Medikamentöse Versorgung „mittelschwerer“ Parkinson-Patienten (HY III)	• Schulung für Komplikationen
— Medikamentöse Versorgung „schwerer“ Parkinson-Patienten (HY IV–V)	• Sportgruppe
— Quartalsvisite	• Selbsthilfegruppe
— Risikokonsultation	• Patienten-Chatforen im Internet (eventuell überregional organisiert)
— Jahresverlaufskonsultation	— Management Soziotherapie und Pflege
— Management Therapieumstellung	— Beratung, soziale Dienstleistung, Pflegedienste, Heimunterbringung
— Management stationäre Behandlung (u. a. Vorschlag: stationäre Einweisung über Facharzt!):	— Ausbildung Parkinsonhelferin/ Parkinsonassistentin
• parkinsonbedingt	— Qualitätsmanagement der Versorgung, Benchmarking beispielsweise für Depressionsbehandlung, Lebensqualität, stationäre Versorgung
• nicht parkinsonbedingt	
— Management Heilmittelanwendung (Qualifizierung der Therapeuten):	<b>Sonderversorgungskonzepte:</b>
• Physiotherapie	— Tiefenhirnstimulation
• Ergotherapie	— Pumpenversorgung
• Logopädie	— Eignung zum Führen eines Kraftfahrzeugs
• kognitive Therapie	— Management atypischer Parkinsonsyndrome
— Management Hilfsmittelversorgung	
— Management Rehabilitation (z. B. mit Einholen einer Zweitmeinung):	<b>Netzmanagement:</b>
• ambulante Komplextherapie	— organisatorische, betriebswirtschaftliche Netzkoordination, Geschäftsführung
• stationäre Rehabilitation	— medizinische Leitung des Netzes
— Management spezielle Beeinträchtigungen:	— Netzkonferenz: Netzsatzung, Verfahrensregeln im Netz, Bonusverwaltung
• Mobilität, Sturzgefährdung	— Netzkommunikation, Call-Center, Reminderfunktion, Notfalltelefon
• ADL, Selbstversorgung	— Netzdokumentation
• Kommunikation	— Schulungslogistik
— Management Komplikationen:	
• Notfall – Krisenintervention (z. B. Notfalltelefon)	
• motorische Komplikationen	
• psychiatrische Komplikationen: Psychose, Depression, Demenz	
• autonome Komplikationen: Vegetativum, urogenital	



### Mehrwert der integrierten Versorgung

**Das Konzept der integrierten Versorgung wird Synergieeffekte innerhalb der Leistungserbringer freisetzen und damit einen deutlichen Mehrwert für alle Teilnehmer des Verbundes schaffen. Im Einzelnen wird dies erreicht durch:**

- strukturiertes Erfassen von Patientenbefunden, Maßnahmen und Versorgungsdaten aus dem Langzeitverlauf
- Veränderung und Neuorientierung der bisherigen individuell und empirisch getroffenen therapeutischen Entscheidungen in einem transparenten, leitlinienbasierten Behandlungsschema
- optimierte Kooperation zwischen der haus- und fachärztlichen Versorgung sowie der ambulant-stationären und akutmedizinisch-rehabilitativen Versorgungskette
- Verbesserung der Versorgungsqualität und Qualitätssicherung in allen Bereichen (Medikamente, Heilmittel, Patienten- und Angehörigenedukation)
- verbesserte Patientenlebensqualität und -zufriedenheit
- Nachvollziehbarkeit der notwendigen Ausgaben und des Ressourceneinsatzes, Vermeiden unnötiger Ausgaben und Handlungsschritte, Ermittlung der Kosteneffizienz nach den Kriterien der Evidence-based-Medicine
- Benchmarking der Leistungserbringer und der Leistungserbringung in allen Bereichen des Versorgungsnetzes
- Basis für die Erprobung und Validierung möglicher zukünftiger Therapieformen im Hinblick auf eine gesundheitsökonomische Kosten/Nutzen-Analyse
- Reduktion stationärer Behandlungen durch ein stufengesteuertes Behandlungssystem mit abgestimmten Behandlungspfaden
- zielorientierten Einsatz von Heilmitteln und rehabilitativer Komplextherapie

balanzen und der Einsatz einer Parkinsonassistentin führen, bedingt durch spezielle Kostenvereinbarungen, zu leicht höheren Ausgaben. Auch diese Mehrkosten werden durch die reduzierte Anzahl von Krankenhausaufenthalten aufgefangen.

Zusätzliche Kosten entstehen durch Koordination und Verwaltung im Rahmen des Netzwerks sowie durch neue Kommunikationsformen auf der Ebene der Leistungserbringer und Patienten.

### Fazit

Für die medizinische Versorgung von Parkinson-Patienten existierte bislang kein einheitliches Konzept. Die integrierte Versorgung definiert klare Strukturen mit einheitlichen diagnostischen und therapeutischen Abläufen sowie deren Bewertung in Leistungs- und Interventionskomplexen. Mehrausgaben (z. B. für verbesserte medikamentöse Versorgung, Zusatzleistungen aber auch Koordination und Verwaltung der Netzstruktur) werden durch Einsparungen bei der Häufigkeit und Dauer von Klinikaufenthalten kompensiert.

Gleiches gilt für Qualitätsmanagement und Benchmarking, für einheitliche Dokumentation und Schulungsangebote; auch diese Mehrausgaben müssen aus der optimierten Versorgung erwirtschaftet werden.

Sicherlich dürfen die in einem IV-Konzept entstehenden materiellen Kosten aber nicht ohne die Effekte und den Mehrwert für den Patienten beurteilt werden. Die Güte der Versorgung und die Lebensqualität von Patienten mit der Parkinson-Krankheit inklusive ihrem sozialen Umfeld nehmen in einem IV-Konzept deutlich zu. Das Benchmarking wird dies zeigen.

### Literatur bei den Verfassern

**Dr. Dr. med. habil. Paul Reuther,**  
Bad Neuenahr

**PD Dr. med. Richard Dodel,**  
Neurol. Univ.-Klinik Bonn

**Dr. med. Karla Eggert,**  
Neurol. Univ.-Klinik Marburg

**Dr. med. Reinhard Ehret, Berlin**

**Dr. med. Martina Müngersdorf, Berlin**

**Prof. Dr. med. Wolfgang H. Oertel,**  
Neurol. Univ.-Klinik Marburg

**Dr. med. Alexander Simonow, Herborn**



## Integrierte Versorgung *Epilepsie*

# Schubkraft für ambulante und stationäre Verzahnung

Foto: © Archiv, EEG: S. Zschocke: Klinische Elektroenzephalographie, Springer (2002)



Die DGN, der BDN und Epilepsieexperten haben ein Rahmenkonzept für die integrierte Versorgung von Patienten mit Epilepsie entwickelt. Dieses Konzept soll durch die intensivere Zusammenarbeit bereits existierender Epilepsiezentren und spezialisierter neurologischer Zentren ambulanten und stationären Bereich stärker miteinander verzahnen.

**D**ie Epilepsie ist eine der häufigsten neurologischen Erkrankungen mit 500.000 bis 800.000 betroffenen Menschen in Deutschland. Ein übergeordnetes integratives Versorgungskonzept mit eindeutig definierten Schnittstellen für die ambulante und stationäre Versorgung und einer spezialisierten Betreuung von Epilepsiepatienten existiert bislang nicht. Schwer erkrankte Patienten sind unterversorgt.

Epilepsie verursacht hohe direkte Kosten. Diese beruhen zum einen in der dauerhaft erforderlichen und mitunter komplexen medikamentösen Behandlung sowie in wiederholten Krankenhausaufenthalten, die oft ungeplant nach Krampfanfällen erforderlich werden. Zum anderen sind initial umfassende diagnostische Maßnahmen nötig und die betroffenen Patienten müssen kontinuierlich fachneurologisch betreut

werden. Beträchtliche indirekte Kosten entstehen durch die hohe Arbeitslosigkeit, wiederkehrende Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung der Patienten.

### Versorgungsziele

Das bisher erarbeitete Konzept zur integrierten Versorgung (IV) definiert drei Zielkomplexe:

1. optimierte antiepileptische Therapie – als Kriterien gelten Anfallsfreiheit, Vermeiden unerwünschter Nebenwirkungen und Reduktion von Krankenhauseinweisungen sowie Komplikationen;
2. optimierte Prävention neuropsychologischer Defizite und psychiatrischer Störungen sowie verbesserte soziale und berufliche Integration;
3. vermehrtes Patienten-Empowerment durch verstärkte Information und Selbstbestimmung des Patienten im Versorgungsprozess.

### Vier definierte Zielgruppen

Die Konzeption der Versorgungsstruktur sieht vor, dass nur Patienten mit einer definitiven Epilepsie in die IV einbezogen werden. Im Hinblick auf Versorgungsdichte und spezielle Leistungskomplexe unterscheidet das Konzept vier Patientenzielgruppen:

- Patienten, bei denen die Diagnose Epilepsie neu gestellt wurde,
- Patienten mit einer medikamentös therapieresistenten Epilepsie,
- Patienten mit einer zusätzlichen geistigen und körperlichen Behinderung,
- Patienten, deren operative Versorgung abzuklären ist oder die epilepsiechirurgisch behandelt werden können.

### Leistungskomplexe und Koordination

Die medizinischen Leistungskomplexe werden durch ein zentrales Koordina-

---

tions- und Schulungszentrum, spezialisierte fachneurologische Praxen, spezialisierte Kliniken mit Epilepsiespezialambulanz und regional tätige epilepsiechirurgischen Zentren erbracht.

An koordinierenden Maßnahmen sind Schulungen für Ärzte und Patienten sowie deren Angehörige in regelmäßigen Intervallen und in Anlehnung an den Schweregrad der Erkrankung vorgesehen. Ein zentrales Koordinationszentrum und ein geeignetes Case-Management soll die Prozesse an den Schnittstellen verbessern. Dieses Zentrum koordiniert die regionalen Aktivitäten unter anderem über eine eigene Website und durch ein Call-Center. Qualitätsmanagement-Maßnahmen stellen die Funktionsfähigkeit der Schnittstellen sicher. Daten zur Durchführung von Kosten-Nutzen-Analysen werden erhoben und statistisch ausgewertet.

#### **Anlaufphase**

Vorgesehen ist zunächst eine Anlaufphase von drei Jahren. In dieser Zeitspanne sollen die IV-Strukturen implementiert, die Schulungsprogramme erstellt und Behandlungspfade definiert werden. Zusätzlich erfolgen Kosten-Nutzen-Analysen. Die durch das Programm ermöglichten Einsparungen sollen nach der Initiierungsphase von drei Jahren zur Weiterführung des Programms verwendet werden.

#### **Fazit**

Das Konzept für die integrierte Versorgung von Epilepsiepatienten sieht eine verstärkte Kooperation von spezialisierten Kliniken, Fachpraxen und epilepsiechirurgischen Zentren vor. Eine zentrale Koordinationsstelle soll die Verzahnung von stationärem und ambulantem Bereich verbessern. Das Modell trägt dazu bei, unnötige stationäre Aufenthalte zu vermeiden und die medikamentöse Behandlung zu optimieren; gleichzeitig wird eine effizientere Versorgung der Patienten zu Kosteneinsparungen führen.

Bis dato zeigte sich, dass derzeit die Kostenträger anderen neurologischen Erkrankungen, wie beispielsweise dem Schlaganfall, dem Kopfschmerz oder der Demenz eine höhere Priorität für die Umsetzung von IV-Konzepten einräumen. Aufgrund der ausgesprochen hohen Versorgungskosten und der Häufigkeit der Epilepsie ist aber davon auszugehen, dass die Kostenträger auch an IV-Programmen für Epilepsiepatienten interessiert sind.

#### **Weiterentwicklung**

Nachdem zunächst die DGN (Prof. Dr. H.-C. Diener), der BDN (Dr. U. Meier) sowie Epilepsieexperten (Prof. Dr. A. Hufnagel) das Konzept erarbeitet hatten,

sind auch andere Fachverbände interessiert. Das Modell wird aktuell mit der Liga gegen Epilepsie (Prof. Dr. G. Groß-Selbeck, Prof. Dr. J. Bauer) diskutiert und weiterentwickelt. Fachneurologische Aspekte des niedergelassenen Bereichs werden durch regional tätige Vertragsärzte vertreten (PD Dr. G. Nelles, Köln, Dr. R. Berkenfeld, Neukirchen-Vluyn).

#### **Literatur bei den Verfassern**

---

**Prof. Dr. med. Andreas Hufnagel**  
Neurologische Universitätsklinik Essen



## Qualitätsmanagement-Systeme



© Bilderbox, A-Thening

### Was kommt auf die niedergelassenen Ärzte zu?

Die Anzahl an Angeboten zum Thema „Qualitätsmanagement“ in der Praxis steigt kontinuierlich. Die Schilderungen über Hintergründe und Gesetzeslage sind teilweise missverständlich und interessengeleitet; sie reichen von „Panikmache“ auf der Grundlage falscher Sachverhalte bis hin zur Bagatellisierung. Aus diesem Grund fasst die Athene-Akademie in diesem Artikel noch einmal die aktuellen Entwicklungen und die geltende Gesetzeslage zusammen.

**D**ie gesetzliche Grundlage zum Qualitätsmanagement (QM) findet der interessierte Leser in den folgenden Regelungen des 5. Sozialgesetzbuchs:

**§ 135 a (2) SGB V:** Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen und Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsauftrag nach § 111 besteht, sind nach Maßgabe der §§ 136 a, 136 b, 137 und 137 d verpflichtet,

1. sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und
2. einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.“

Ergebnisse gemäß § 136 Abs. 2 (s. Textkasten) sind im Oktober 2004 zu erwarten. Die Betrachtung der angeführten Regelungen des SGB V verführt zu einer

#### § 136 SGB V

„(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben Maßnahmen zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung durchzuführen. Die Ziel und Ergebnisse dieser Qualitätssicherungsmaßnahmen sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu dokumentieren und jährlich zu veröffentlichen.“

„(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss entwickelt in Richtlinien nach § 92 Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der vertragsärztlichen Versorgung sowie Auswahl, Umfang und Verfahren der Stichprobenprüfungen nach Satz 1.“

eher abwartenden Haltung – frei nach dem Motto: „Solange noch kein Wort über die Umsetzung des Gesetzes gesprochen ist, warte ich in Ruhe ab.“

Die Aktivitäten der KBV allerdings sprechen eine andere Sprache: Bereits

am 11. November 2003 ging den Vorsitzenden der Berufsverbände ein Anschreiben der KBV zum weiteren Vorgehen im Rahmen der QM-Initiative der KBV zu, dem ein Bewertungskatalog zum Qualitätsmanagement in Praxen mit dem Namen QEP® (Qualitätsentwicklung in Praxen) beilag. Ein Zitat aus dem Anschreiben: „Es ist vorgesehen, im Quartal I/2004 eine Pilotphase mit 30 bis 60 Praxen durchzuführen und das bisher vorgelegte Konzept zu evaluieren. Ab Quartal IV/2004 soll das Verfahren bundesweit eingesetzt werden.“ Im Anhang dieses Schreibens fand sich ein Bewertungskatalog mit über 100 Seiten. Die darin enthaltenen Anforderungen der KBV an das QM in Deutschlands Praxen wurden sehr konkret dargelegt. Die KBV spricht im Augenblick davon, bis zum Herbst 2005 mit Routineprüfungen in den Praxen zum Thema QM zu starten. In diesem Zusammenhang haben Vertreter von Athene und BDN mit Vertretern der KBV Gespräche für einen Meinungsaustausch geführt.

Im QEP®-Katalog der KBV sind die Anforderungen der inzwischen fast altbekannten DIN EN ISO 9001 wieder zu erkennen. Crosswalks zwischen beiden Manualen zeigen große Ähnlichkeiten. Demnach liegen die Anforderungen der DIN EN ISO 9001 und des QEP®-Kataloges auf vergleichbarem Niveau. Wer also seine Praxis nach DIN EN ISO 9001 zertifiziert hat, erfüllt mit allergrößter Wahrscheinlichkeit die Anforderungen der KBV und vice versa. *Entgegen vieler Gerüchte besteht aber zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine gesetzliche Verpflichtung zur Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001 oder dem Modell der KBV.*

Nach Fertigstellung des KBV-Modells QEP® werden die mit Athene zusammenarbeitenden Praxen eine Zuordnungsmatrix zum KBV-Modell erhalten und somit die Wahl für die Zertifizierung (DIN EN ISO 9001) oder die Visitation (QEP®) haben. Sie sind für beide Prüfungen gerüstet.

#### Was nützt QM dem Praxisinhaber?

**Mehr Zeit für Medizin:** Im Rahmen des Aufbaus eines QM-Systems werden Zuständigkeiten im Team klargelegt

und Abläufe transparent gemacht. Im Rahmen so genannter „Interner Audits“ (interner Überprüfungsverfahren) prüfen die Mitarbeiter selbst, ob sie sich an die festgelegten Abläufe halten. Hierfür wird ein Teil des Teams ausgebildet. Die Abläufe gestalten sich reibungsloser und es passieren weniger Fehler. Mehr und verantwortungsvollere Arbeit kann an das Mitarbeiter-Team delegiert werden. Dies bringt mit sich, dass die Praxisinhaber weniger Zeit für das „Löschen“ organisatorischer „Feuer“ oder die Durchführung von Kontrollen des Teams aufwenden müssen. Somit bleibt den Ärzten mehr Zeit für das, wofür sie ursprünglich einmal auf dem Arbeitsmarkt angetreten sind: Die medizinische Versorgung von Patienten.

**Klare Prioritäten:** Visionen und Festlegung von Zielen helfen den Praxisinhabern, sich auf das zu konzentrieren, was aus ihrer individuellen Sicht wirklich wichtig ist. Dies bringt eine gewisse emotionale Intoleranz gegenüber den Dingen mit sich, die dem Erreichen dieser Ziele im Weg stehen. So fällt es beispielsweise zunehmend schwerer, noch eine Überstunde zu „schieben“, wenn einem im Rahmen eines Reflexionsprozesses klar wird, dass man eigentlich mehr Zeit für die Entwicklung neuer Versorgungskonzepte oder mit der eigenen Familie verbringen möchte.

**Kontrolle von Risiken:** An eine Praxis werden viele teilweise paradoxe Anforderungen gestellt: Patientenanforderungen, eigene Vorstellungen von einer vernünftigen medizinischen Versorgung, Einhalten des Budgets, Vermeiden von Regressen oder Sicherheit in haftungsrechtlichen Fragen sind kaum miteinander vereinbar. QM hilft, über Kennzahlensysteme alle Aspekte im Überblick zu behalten und frühzeitig Maßnahmen zur Risikovermeidung zu ergreifen.

**Das Team denkt noch besser mit:** Der Aufbau eines QM-Systems bewirkt, dass das Team im Rahmen eines Ideen- und Fehlermanagementsystems mehr Ideen einbringt, diese schneller besprochen und, wenn möglich, schneller umgesetzt werden.

**Das gezielte Unterlaufen von Regelungen durch Mitarbeiter wird schwieriger:** Die schriftliche Festlegung

der Abläufe im Rahmen von Standards macht es fast unmöglich, dass Mitarbeiter wiederholt und gezielt Regelungen unterlaufen, die von allen Mitarbeitern erarbeitet und vom Praxisinhaber für „gültiges Gesetz“ erklärt wurden. Es ist stets klar, wer wofür zuständig ist. Dies ermöglicht es, leicht und schnell zu lokalisieren, welcher Mitarbeiter seiner Verantwortung nicht nachgekommen ist und anlassbezogen entsprechend zu reagieren. Das diffuse Verschieben von Aufgaben wird fast unmöglich.

**Hilfe beim Aufbau eines Personalentwicklungskonzepts:** Unter einem „Personalentwicklungskonzept“ ist zu verstehen, dass die Praxisinhaber im Rahmen von Personalgesprächen gezielt systematische Rückmeldungen an jeden einzelnen Mitarbeiter geben, Ziele mit jedem Mitarbeiter erarbeiten, diese schriftlich fixieren, Umsetzungsstrategien mit den Mitarbeitern überlegen und das Erreichen der Ziele im Rahmen des nächsten Personalgesprächs überprüfen.

Üblicherweise ziehen die Fehler eines Mitarbeiters mehr Aufmerksamkeit auf sich, als all die vielen Vorgänge, die ohne Probleme seit Jahren gut funktionieren. Regelmäßige Mitarbeiterbeurteilungen ermöglichen eine faire Rundum-Beurteilung – unabhängig von aktuellen, positiven oder negativen Anlässen. Die Mitarbeiter erfahren, wo sie stehen und wie sie sich verändern können, damit der Praxisinhaber noch zufriedener mit ihnen wird. Gute Mitarbeiter werden entsprechend gewürdigt, problematische Mitarbeiter erhalten ein klares Rahmenkonzept zur Weiterentwicklung. Mitarbeiter, die sich bis dato Vorteile durch das Sabotieren von Regelungen erarbeitet haben, sehen sich mit erschwerten Bedingungen konfrontiert und ziehen es bisweilen vor, zu gehen.

Ein QM-System kann klare Rahmenbedingungen und Hinweise für den Aufbau eines solchen Personalentwicklungssystems geben.

### Was nützt QM den Mitarbeitern?

**Mehr Anerkennung durch die Praxisinhaber und Kollegen:** Das Festlegen der täglichen Abläufe und der Verantwortlichkeiten führte in einem Großteil der von der Athene-Akademie befragten

Praxen dazu, dass die Achtung vor der Arbeit der Anderen stieg. Denn es wurde klar und war nun nachlesbar, womit der oder die andere sich den ganzen Tag beschäftigte. Viele der befragten Mitarbeiter sagten: „Endlich sehen die Chefs mal, was wir den ganzen Tag so weg-schaffen ...“.

**Problemlosere Urlaubszeiten:** Die Dokumentation der Abläufe ermöglichte vielen Mitarbeitern ungestörte Urlaube, da die Vertretungen in der Praxis in Standards („Verfahrens- und Arbeitsanweisungen“) nachschauen konnten, wenn Unklarheiten aufkamen.

**Noch mehr Überblick:** In fast allen befragten Praxen stieg der Überblick aller Mitarbeiter über die Gesamtheit der Abläufe. Sie konnten mehr Verantwortung übernehmen und ihrer Qualifikation noch gerechter werden.

**Klare Zuständigkeiten:** Im Rahmen des Aufbaus eines QM-Systems wurden die Zuständigkeiten im Team noch klarer festgelegt. Dies erwies sich als äußerst hilfreich für das Betriebsklima, da es nun fast unmöglich war, jemandem zu unterstellen, dass „... sie doch dafür zuständig gewesen wäre“ und die Abläufe an manchen Stellen dadurch begannen, „wie ein Uhrwerk“ zu funktionieren.

**Klare Entscheidungshilfen für komplexe Situationen:** Jeder Mitarbeiter kennt diese Situation: Ein neuer Patient steht vor der Anmeldung, das Telefon klingelt und der Chef ruft. Und alles am besten gleichzeitig. Ein QM-System sorgt dafür, dass für diese komplexen Entscheidungssituationen Prioritäten festgelegt werden, die den Mitarbeitern dann auch einen gewissen Schutz vor Ärger geben. Wenn schriftlich festgelegt ist, dass zuerst der Patient vor der Anmeldung, dann das Telefon und dann der Chef bedient werden sollen, dann schützt diese schriftliche Regelung auch vor dem Unmut derjenigen, die nicht auf Platz eins dieser Liste standen.

Interessant wäre in diesem Zusammenhang eine schriftliche Festlegung von Regelungen zum Thema „Wann störe ich den Arzt?“

### Was nützt QM dem Patienten?

**Medizinische Standards:** Qualitätsmanagement bringt es mit sich, dass sich die Ärzte gezielt und anlassunabhängig



Gedanken über die Qualität der Behandlungsabläufe machen.

**Regelmäßige, medizinische Weiterbildung:** Im Rahmen eines QM-Systems werden die Praxisinhaber gebeten, sich um die eigene, auch medizinische Fortbildung zu kümmern. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass Ärzte in Praxen mit QM-System am Puls der medizinischen Weiterentwicklungen bleiben.

**Ideen und Beschwerden werden aufgegriffen:** QM bewirkt, dass das Mitarbeiterteam Ideen sowie ernstgemeinte Beschwerden noch professioneller aufnimmt und mit größerer Wahrscheinlichkeit echte Konsequenzen daraus abgeleitet werden.

**Vernünftiger Umgang mit den Patientendaten:** Qualitätsmanagement bringt es mit sich, dass die Abläufe in der Praxis auf datenschutzrelevante Aspekte analysiert und gegebenenfalls modifiziert werden.

In Praxen mit einem QM-System (beispielsweise DIN EN ISO 9001) werden die Patientendaten vernünftig gesi-

### So früh wie möglich beginnen

Im Moment empfiehlt es sich dringlich, mit dem Aufbau eines QM-Systems zu starten, da es erfahrungsgemäß 8 bis 14 Monate dauert, bis ein solches den aktuellen Anforderungen entspricht. Auch ist jetzt noch ausreichend Zeit dafür, ein QM-System mit Herz und Verstand aufzubauen. Je größer der Zeitdruck wird, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass es „mit heißer Nadel gestrickt“ werden muss, was vielfältige Möglichkeiten der sinnvollen Nutzung eines QM-Systems aus Zeitgründen einschränkt.

chert und gelagert. Liegen Schweigepflichtserklärungen für alle Mitarbeiter vor, werden beispielsweise weniger Rezepte mit der Seite der Patientendaten nach oben an der Anmeldung zum Unterschreiben ausgelegt.

**Überlegter Umgang mit Medikamenten und Unterlagen:** Patienten in Praxen mit QM-System können sicher sein, dass Medikamente nach dem Ende des Ablaufdatums aussortiert werden und die Kühlkette für entsprechende Medikamente nicht unterbrochen wird. Ferner ist für einen sorgfältigen Umgang mit Arztbriefen, Befunden und anderen Unterlagen gesorgt.

### Hilfe zum Einstieg

Der BDN hat mit Unterstützung von inzwischen über 100 Neurologen und der Athene-Akademie in den vergangenen fünf Jahren Know-how aufgebaut, das es nun sehr einfach macht, eine Praxis gegenüber den politischen Anforderungen fit zu machen. Ein Modell für den niederschweligen Einstieg: Für alle, die sich dem Thema zunächst einmal ohne größere Kosten nähern möchten, ist das Büchlein „Fünf kostenfreie Schritte zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement“ der ideale Einstieg. Die konsequente Durchführung der dort beschriebenen fünf einfachen Schritte bedeutet, dass die Praxis dann über ein einrichtungsinternes QM-System verfügt. QM funktioniert immer dann am besten, wenn es allen Beteiligten Spaß macht sowie Mitarbeitern, Chefs und Patienten weiterhilft. Es

schützt zwar nicht wirklich vor Schwangerschaftshäufungen und Computerabstürzen, aber es hilft Praxisinhabern, ihre Ziele zu erreichen. Und dies auf verblüffend einfache Weise. Das kleine, aber feine Buch für den Einstieg in das QM ist zum Preis von 15 EUR beim Huttenschen Verlag in Würzburg erhältlich (Tel. 09 31-88 02 93 95, Fax -88 02 93 98, ISBN 3-930823-64-0).

### Hilfe für DIN EN ISO 9001

QM-Handbücher nach DIN EN ISO 9001 für die neurologische Praxis und Klinik verhindern, dass das Rad neu erfunden werden muss. Um den Einstieg in dieses QM-System zu erleichtern, hat die Athene-Akademie in den vergangenen fünf Jahren zusammen mit dem BDN, dem BVDN und dem BVDP fachgruppenspezifische QM-Systeme entwickelt, die nun zur Verfügung stehen. Hierzu gehört eine komplette Beispieldokumentation nach DIN EN ISO 9001 für neurologische Praxen. Dieses Modell-QM-Handbuch nach DIN EN ISO 9001 für die neurologische Praxis und ein äquivalentes Buch für die neurologische Klinik spart den QM-Beauftragten ungefähr 200 Stunden Arbeit bei der Einführung eines QM-Systems nach DIN EN ISO 9001. Das Buch enthält exemplarische Lösungen für alle Bereiche einer neurologischen Praxis beziehungsweise Klinik sowie Beispiele für den Aufbau der QM-Dokumentation, die über eine beigelegte CD mit allen Unterlagen auf einen PC heruntergeladen und dort weiterverarbeitet werden können.

Das QM-Handbuch für die neurologische Praxis ist beim bereits genannten Huttenschen Verlag in Würzburg zum Preis von 220 EUR für BDN-Mitglieder und von 280 EUR für Neurologen außerhalb des BDN erhältlich. Das QM-Handbuch für die Klinik ist unter derselben Adresse zum Preis von 890 EUR für BDN-Mitglieder, beziehungsweise 960 EUR für Nicht-BDN-Mitglieder erhältlich.

**Dipl.-Psych. Gabriele Schuster  
Dr. med. Dipl. Psych. Horst Poimann**  
Athene-Akademie, Würzburg

**Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich**  
Vorsitzender des BDN

### Hilfe von Experten

Unterstützung beim Aufbau eines QM-Systems gibt es von der Athene-Akademie des BDN. Der Aufbau im Sinne der voraussichtlichen Kriterien des Gemeinsamen Bundesausschusses kann dort bereits mit externen Kosten unter 1.500 EUR ermöglicht werden.

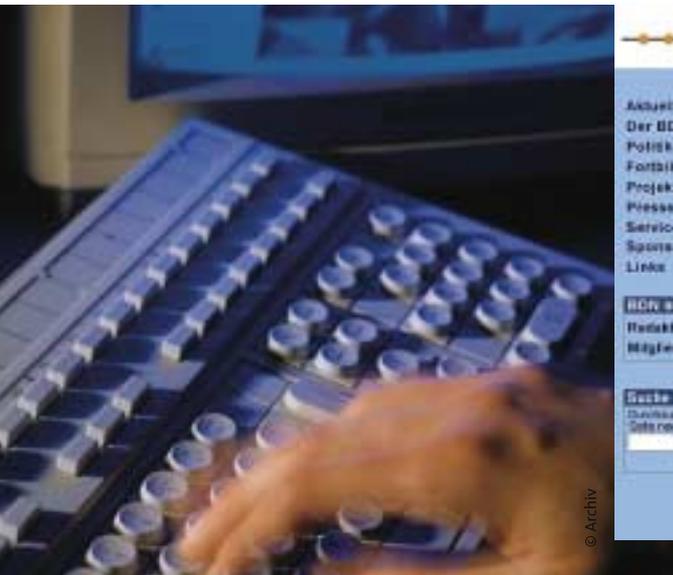
Eine Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001 anzustreben, macht unter speziellen strategischen Hintergründen wie beispielsweise Marketing-Aspekten Sinn. Eine gesetzliche Verpflichtung hierzu besteht jedoch derzeit nicht.

Das Team der Athene-Akademie steht Ihnen als QM-Akademie des BDN mit Rat, Tat und einem vielfältigen Seminarangebot rund um das Thema Qualitätsmanagement jeder Zeit gerne zur Verfügung. Sie erreichen die Athene-Akademie über folgende Adresse:

Athene-Akademie,  
Huttenstr. 10, 97072 Würzburg,  
Tel. (09 31) 88 02 93 96,  
Fax (09 31) 88 02 93 98,  
E-Mail: G.Schuster@athene-qm.de

## Homepage des BDN

# Präsent im World Wide Web



Die neue BDN-Homepage (Stand: August 2004)

Die Internetseite des BDN erhält ein neues Gesicht. Übersichtlich und schnell soll sie den Mitgliedern die notwendigen Informationen zum berufspolitischen Geschehen zur Verfügung stellen sowie die Tätigkeit der Verbände für die jeweiligen Fachgebiete dokumentieren. Archivfunktionen stellen häufig benötigtes Hintergrundwissen bereit.

**E**ine anspruchsvolle Homepage aufzubauen und angemessen zu betreuen ist ausgesprochen aufwändig. Die neuropsychiatrischen Berufsverbände und Fachgesellschaften haben daher in den vergangenen ein- und einhalb Jahren über mögliche Synergieeffekte in der Öffentlichkeitsarbeit und über eine effektive Mitgliederinformation nachgedacht. Das neue Konzept sieht nun vor, die öffentlichen Internetseiten für Patienten komplett auszulagern und die Verbandsseiten auf interne Informationen zu beschränken. Die BDN-Seiten sollen folglich schlanker und effizienter werden, aber doch alles das enthalten, was für die Arbeit des Verbands wichtig ist. Natürlich sollen sie den Verband auch angemessen repräsentieren und für die Mitglieder echte Serviceleistungen bereitstellen. Die Inhalte sollen übersichtlich sein, aber nicht statisch: Neue, für Neurologen interessante Entwicklungen sollen schnell zu erfassen sein. Das Ziel kurzgefasst: Es soll ein lebendiger Marktplatz mit Informationen und Services mit einem konkreten Benefit für die Mitglieder entstehen.

Für reine Patienteninformationen ist in Zukunft die Seite „Neurologen

und Psychiater im Netz“ (Arbeitstitel) zuständig. Sie repräsentiert künftig die gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit von BDN, BVDN, BVDP, DGN und DGPPN. Ein für die Verbände kostenneutraler und gleichzeitig professioneller Auftritt ist damit sicher gestellt, wie er in dieser Form bisher nicht möglich war.

### Synergien nutzen

Der BVDN und BVDP werden diesem Gesamtkonzept nachziehen und so können die Homepages der drei Verbände künftig technisch und redaktionell durch ein einziges Team erstellt und betreut werden. Das spart Kosten und gewährleistet dennoch, dass jeder Verband wie gewohnt in seiner berufspolitischen Arbeit eigene Schwerpunkte setzen und ein eigenes Profil behalten kann. Diese eigenen Schwerpunkte schließen jedoch nicht aus, dass es eine Reihe von Globalthemen gibt, die für alle Verbände relevant sind. „Warum nicht hier Synergien nutzen?“, so die Auffassung der Verbände. Gesundheitsreform, neuer EBM, Fallpauschalen im Krankenhaus: Diese und viele andere Bereiche interessieren quer durch alle Verbände, auch wenn dazu zum Teil unterschiedliche

## Strukturplan der BDN/BVDN/ BVDP-Seite\*

Wichtige Inhalte sind über ein Password geschützt und damit nur für Mitglieder zugänglich:

- Aktuelle berufspolitische Informationen
- Rubrik News und Facts aus der Gesundheitspolitik
- Kontakt/Impressum/Sitemap
- Archivfunktion
- Link zur jeweiligen Fachgesellschaft
- Link zu den beiden anderen Berufsverbänden
- Link zu Online-Fortbildung („www.eddie-med.de“, „www.CME-AKM.de“)
- Link zu QM-Athene
- Buttons auf linker Seite:
  - BDN, BVDN oder BVDP
  - Berufspolitische Informationen (z. B.: NT-Telegramm u. a.)
  - Fortbildung (Termine der Fortbildungsakademie nach Postleitzahlen geordnet; Fortbildungsakademie der jeweiligen Fachgesellschaft)
  - Projekte (DRG, Risikomanagement, neue Versorgungsformen/ Integrierte Versorgung, QM, Arbeitsgemeinschaft ambulante neurologische Rehabilitation, andere
  - Markt und Forschung (die Seite für News aus der Industrie, Sponsorenseite)
  - Neurotransmitter
  - Presse
  - Links
- Suchfunktion

\* Dieser Strukturplan entspricht dem Stand bei Redaktionsschluss dieser Ausgabe. Nachträgliche Änderungen sind möglich.

Projekte und Initiativen laufen. Die Verbände entschlossen sich daher, die Synergien zu nutzen und ihren Seiten einen vergleichbaren Aufbau mit den gleichen Rubriken und Unterrubriken zu geben. Das erleichtert die Etablierung der Seiten und macht die redaktionelle Betreuung einfacher.

### Das Team

Die drei Berufsverbände beauftragten *Siegmart Fest* von der Qualitätsmanagement-Akademie Athene im BDN und das Journalistenbüro *Dr. Arne Hillienhof* mit der Erstellung und der Betreuung der Seiten. Zusammen übernehmen sie alle dafür nötigen Aufgaben. Dazu gehören unter anderem

- die Homepage-Konzeptionierungen,
- die Gestaltung und das Providing der Homepages,
- das Einstellen der Inhalte,
- die regelmäßige Wartung der Inhalte,
- die regelmäßige Betreuung der Startseiten mit aktuellen Inhalten aus Gesundheits- und Berufspolitik.

Außerdem berichten Fest und Hillienhof einem Internetbeirat aus den drei Berufsverbänden regelmäßig einmal pro Monat über die Arbeit auf den Seiten und stimmen Inhalte und Vorhaben mit ihm ab. Der Beirat gibt die Inhalte monatlich frei.

### Transparenz beim Umgang mit Sponsoren

Die Finanzierung der Internetseiten erfolgt über Sponsorengelder. Dabei müssen strenge und transparente Regeln gelten, die auf den Websites auch veröffentlicht werden und bindend sind. Die Sponsoren üben keinen Einfluss auf redaktionelle Inhalte der Seiten aus. Es erfolgt auch keine „Schleichwerbung“. Beiträge, Darstellungen oder Anzeigen der Sponsoren müssen stets als solche deutlich gekennzeichnet sein und dürfen nicht mit redaktionellen Beiträgen vermischt dargeboten werden.

### Aufbau und Inhalte

Die Inhalte der Websites sollen schlank sein, interessant und flexibel: Sie bilden die Arbeit der Berufsverbände adäquat ab und lassen sich schnell auf neue Entwicklungen einstellen. Kernpunkte werden sein:

## Das Redaktionsteam

Studium des höheren Lehramtes in Mathematik und Chemie, danach zwölfjährige Tätigkeit im Außendienst der Pharmazie bei verschiedenen Firmen im niedergelassenen Bereich, im Klinikaußendienst und in einem Serviceaußendienst Praxismanagement. Seit 2003 Trainer für Qualitätsmanagement der Athene-Akademie. Seitdem auch für den BDN im Bereich Sponsorenakquise und Projektmanagement tätig.



Siegmart Fest

Nach dem Studium der Humanmedizin in Köln, Basel und London Tätigkeit als Medizinjournalist seit 1999, zuerst bei der Ärztekammer Nordrhein, dann bei der KBV. Seit Sommer 2002 freier Journalist mit den Schwerpunkten Medizin und Gesundheitspolitik. Regelmäßige Tätigkeit unter anderem für das Deutsche Ärzteblatt, den Deutschen Ärzte Verlag sowie für verschiedene Zeitungen und Zeitschriften. Ein Beispiel für seine Tätigkeit sind die Patientenleitlinien von BDN und DGN.



Dr. med. Arne Hillienhof

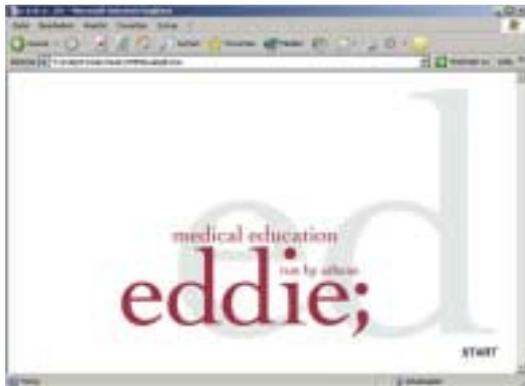
- Darstellung der für BDN, BVDN und BVDP wichtigen Inhalte: Fallpauschalen, Qualitätsmanagement und andere,
- Darstellung des Angebots der Fortbildungsakademie der Berufsverbände, des ergänzenden Online-Fortbildungsangebotes des BDN über „www.eddie-med.de“ sowie der Fortbildungsakademien der DGN und der DGPPN,
- Vorstellung der jeweiligen Vorstände und der Verbandsstrukturen,
- Verlinkung der Fachgesellschaften,
- Verlinkung zu „Neurologen und Psychiater im Netz“ (Arbeitstitel),
- Einbindung oder Verlinkung von Inhalten des NEUROTRANSMITTER und
- eine Archiv- und Suchfunktion zum Auffinden wichtiger Inhalte.

Dr. med. Arne Hillienhof, Köln



## Fortbildung

# Punkten mit „eddie“



Das augenblickliche Angebot zur zertifizierten Fortbildung im Internet ist mager. Es beinhaltet lediglich Fortbildungen zu punktuellen Themen – vor allem im Bereich Pharmakotherapie. Verzichtet man an dieser Stelle noch auf die Fortbildungen auf den Seiten der pharmazeutischen Industrie, bleibt nicht mehr viel übrig. Die Akademie „Athene“ möchte dies in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden ändern und hat das fachübergreifende Fortbildungsportal „eddie, medical education“ ([www.eddie-med.de](http://www.eddie-med.de)) aufgebaut. Im März 2003 erhielt sie den Auftrag, für den BDN die CME-zertifizierte Fortbildung neu zu organisieren. Seither wurde ein Konzept sowie dessen Finanzierung erarbeitet und mit allen Partnern abgestimmt.

Noch in diesem Jahr veranstaltet die Athene-Akademie für den BDN mehrere Symposien. Mindestens zwei Vorträge der einzelnen Veranstaltungen sollen aufgezeichnet werden. Erfreulich ist, dass die Kosten für die Aufzeichnungen von anfangs mehr als 12.000 EUR für eineinhalb Stunden (meist drei Vorträge) auf unter 3.000 EUR gesenkt und damit in einen finanzierbaren Bereich verlagert werden konnten.

Die Symposien und die Kosten der Internetfortbildung finanzieren sich durch eine symposienbegleitende Industrieausstellung; eine inhaltliche Einflussnahme der Sponsoren ist ausgeschlossen.

Vertragsärzte sind seit diesem Jahr durch das GMG verpflichtet, innerhalb von fünf Jahren 250 Fortbildungspunkte nachzuweisen. Diese Fortbildungspunkte können auch mit strukturierter multi-medialer Fortbildung via Internet oder CD-ROM erworben werden; dies gilt – zumindest nach dem Entschluss des 107. Ärztetags in Bremen – ohne Punktezahlgrenzung. Der Nachweis der Fortbildungspunkte wird erstmals 2009 gefordert.

### Aufzeichnung in Ton und Bild

Um einen Vortrag in die Online-Fortbildung aufnehmen zu können, muss die Aufzeichnung vor Ort (Präsenzveranstaltung) erfolgen. Hierzu nimmt die Akademie während des Vortrags den Ton auf. Gleichzeitig wird über eine Regiekamera der Vortrag gefilmt, um im Nachhinein die Power-Point-Bilder passend auf den Ton schneiden zu können. Die Techniker benötigen als Rohdaten die Tondateien, die Power-Point-Dateien und die Aufzeichnung der Regiekamera, um einen kompletten Vortrag für die Online-Fortbildung zusammenzufügen. Die Wiedergabe am PC erfolgt mittels des kostenfreien Real-One-Players, der den Vorteil hat, dass damit eine qualitativ hochwertige Wiedergabe ohne lange Downloadzeiten möglich ist und so die Teilnahme an der Online-Fortbildung auch mit analogem Modem noch Spaß macht.

Die Punktekonto können online geführt werden. Auf Wunsch erhält der Teilnehmer eine Bescheinigung über seine erworbenen Fortbildungspunkte.

### Fortbildung ohne Präsenz

Mit dem Fortbildungsportal „[www.eddie-med.de](http://www.eddie-med.de)“ steht der Ärzteschaft ein fachübergreifendes Medium für den Erwerb von Fortbildungspunkten zur Verfügung. Die ärztlichen Berufsverbände haben hier die Möglichkeit geschaffen, dass ihre Mitglieder und Nichtmitglieder an qualitativ hochwertigen Fortbildungen teilnehmen können, ohne dass sie selbst bei der jeweiligen Veranstal-



tung dabei sein müssen. Endlich wird die Vorstellung von zeit- und ortsunabhängiger Fortbildung realisiert. Da die Online-Fortbildung nur mit Punkten nach erfolgter Lernkontrolle zertifiziert wird, ist ein hoher qualitativer Maßstab gewährleistet.

In Zusammenarbeit mit dem BDN waren bis zum Juni bereits sechs Vorträge eingebunden. Weitere Fortbildungsveranstaltungen sollen im Laufe des zweiten Halbjahres folgen (unter anderem am 6. November in Erlangen).

Das Projekt „eddie, medical education“ versteht sich ausdrücklich nicht als Konkurrenz zu den etablierten Fortbildungsakademien, sondern als wertvolle Ergänzung, das die Besonderheiten des Internetmediums nutzt. Eine Kooperation mit den anderen Akademien ist sinnvoll und erwünscht.

**Siegmar Fest, Haide**