NEUROTRANSMITTER

Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie aktuell

Offizielles Organ des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte (BVDN), des Berufsverbandes Deutscher Neurologen (BDN) und des Berufsverbandes Deutscher Psychiater (BVDP)

BDN-SONDERHEFT zum DGN-Kongress



Integrierte Versorgung

Festhalten an einem richtigen Konzept



- Neurologen und Psychiater im Netz Ärzte als Partner der Medien
- EBM 2000 PLUS
 Tipps gegen Risiken und Fallstricke
- Medizinische Versorgungszentren Leitfaden für die Praxis



Vorwort zum DGN-Sonderheft

Willkommen in Wiesbaden!

A ufgrund zunehmender ökonomischer Zwänge im öffentlichen Gesundheitswesen sind wir Mediziner zu einem besonderen Spielball von (berufs-)politischen Reformisten geworden – sowohl als Niedergelassene wie auch als Klinikärzte. Gut gemeinte Reformen erweisen sich in der Praxis häufig als bürokratische Monster. Ein gutes Beispiel sind die DRG, die dazu führen, dass Ärzte weniger Zeit für ihre eigentliche Aufgabe, die Behandlung ihrer Patienten, haben. Andere Reformen verursachen ungerechte und indiskutable Leistungsbewertungen; dies hat die Einführung des EBM 2000 plus gezeigt.

Eine weitere, weitgehend schleichend und außerhalb der Kliniken kaum wahrgenommene Entwicklung ist die in vielen Krankenhäusern und Universitätskliniken begonnene radikale Umstrukturierung der Fachabteilungen durch Einführung großer interdisziplinärer Behandlungseinheiten (low care, intermediate care, intensive care). Durch sie sollen finanzielle Einsparungen erzielt werden; ob dies für die Krankenhäuser der Maximalversorgung tatsächlich so eintreffen wird, ist bisher noch nicht bewiesen. Trotz der offensichtlichen Nachteile eines solchen Systems, in dem die Verantwortung für die Diagnostik und Therapie eines Patienten nicht mehr in der Hand einer Fachklinik ruht (Schumpelick, 2004), werden solche Modelle schon bundesweit umgesetzt.

Wie wichtig der BDN und die Partnerverbände BVDN und BVDP in dieser Phase tiefgreifender gesundheitspolitischer Veränderungen sind, haben die Vorstandsmitglieder der Verbände eindrücklich bewiesen. Ohne deren zeitaufwändigen Einsatz wären viele Entwicklungen der letzten Jahre noch ungünstiger ausgegangen. Der Vorstand der DGN möchte deshalb nachdrücklich dafür werben, dass möglichst viele Kolleginnen und Kollegen Mitglieder des BDN bezieungsweise der entsprechenden Berufsverbände werden. Politiker nehmen nur Berufsverbände mit starken Mitgliedszahlen ernst.

Neue Kooperationen zwischen BDN und DGN

Als ganz aktuelles Beispiel für die erfreuliche Kooperationen möchte ich die gemeinsame Gründung des Deutschen Instituts für Qualität in der Neurologie, DİQN, nennen. Es handelt sich dabei um die Bündelung und Steuerung der vielen schon vorhandenen Maßnahmen zur Qualitätssicherung in unseren Fächern. Für diese Aufgabe konnten wir Andreas Wissmann aus Essen gewinnen, der hervorragend in die Materie eingearbeitet ist. Weitere Beispiele sind die Weiterentwicklung und Verhandlung von Rahmenkonzepten zur sektorenübergreifenden integrierten Versorgung für die wichtigsten neurologischen Erkrankungen sowie die gemeinsamen Patientenleitlinien dazu. Die schon vorhandenen zwölf Leitlinien sollen um weitere zehn ergänzt werden. Die Patientenleitlinien werden sich grundsätzlich von denen der Fachgesellschaften, die primär für ärztliche Entscheidungen gedacht sind, unterscheiden. Diese Aufgabe hat Arne Hillienhof übernommen; er



Prof. Dr. med. Johannes Noth1. Vorsitzender der DGN

ist Mediziner und Wissenschaftsjournalist. Die ersten zwölf Patientenleitlinien hat er bereits ausgearbeitet. Die fertige Fassung kann dann kostenlos auf den Homepages des BDN und der DGN eingesehen und von dort heruntergeladen werden.

Die diesjährige Jahrestagung

Prof. Dr. Wolfgang Oertel als Kongresspräsident hat zusammen mit seinem wissenschaftlichen Kongressekretariat und dem Leiter der Fortbildungsakademie, Prof. Dr. Cornelius Weiller, ein ausgewogenes Programm mit guter Balance zwischen hochkarätigen wissenschaftlichen Sitzungen, gesponserten Symposien und CME-Fortbildung zusammengestellt. Gerade die Fortbildungsakademie, in der die Beurteilung der Referenten durch die Teilnehmer maßgeblich die Referentenauswahl für die nächste Jahrestagung bestimmt, hat sich in den letzten Jahren qualitativ und gemessen an den Teilnehmerzahlen hervorragend entwickelt. Dazu hat Frau Schilling als Sekretärin der Fortbildungsakademie ganz wesentlich beigetragen; dafür möchte ich mich auch in Namen aller Vorstandsmitglieder der DGN ganz herzlich bedanken.

In Zukunft wird im Herbst nur noch ein großer neurologischer Kongress stattfinden, weil die Deutsche Gesellschaft für Klinische Neurologie und Funktionelle Bildgebung, DGKN, ihre Jahrestagungen im Frühjahr abhalten möchte. Die 50. Jahrestagung, die zugleich eine Jubiläumsveranstaltung sein wird, findet somit im Frühjahr 2006 unter der Leitung von Prof. Dr. Manfred Kaps in Bad Neuheim statt. Sie können sich für diese Tagung unter "www.conventus.de/DGKN2006" bereits anmelden.

Zunächst aber freue ich mich, Sie in Wiesbaden begrüßen zu können! MM



Reagieren anstatt resignieren

Die schwierigen Rahmenbedingungen sind uns alle bekannt: Der medizinische Fortschritt will finanziert werden, die demografische Entwicklung führt zu einem steigenden Bedarf an Ressourcen und die zunehmende Arbeitslosigkeit mindert die Einnahmen der Krankenkassen. Regierungen wechseln und trauen uns – parteiübergreifend – zukunftweisende und tragfähige Konzepte nicht zu. Im klinischen Alltag wächst die Bürokratie. In Kliniken, Rehaeinrichtungen und Praxen steigen die Anforderungen; die finanziellen Mittel werden hier wie dort weniger, die Arbeitszufriedenheit sinkt. Konjunkturelle Höhenflüge verzeichnen wir allein bei Auswanderungsphantasien und bei Hotlines für Ärzte mit Burn-out-Syndromen.

Auf die schnell wechselnden Rahmenbedingungen müssen wir uns einstellen – und zwar aktiv: Wir werden nicht hofiert, nein, wir müssen von uns hören machen und uns mit schlüssigen Konzepten einbringen, wenn die Situation sich nicht an uns vorbei noch weiter zuspitzen soll. Die Plastizitätsforschung lehrt es uns: Nichts im Kortex hat seinen unumkämpften Platz, neuronale Netzwerke buhlen in Abhängigkeit von Schädigungsmustern und Umwelteinwirkungen um die Kortexoberfläche. Die Berufsverbände müssen dafür sorgen, dass die Neurologie nicht von anderen, meist stärkeren und politisch hofierten Fächern weiter an den Rand gedrückt wird.

Der EBM 2000 plus wäre ohne Präsenz der Berufsverbände ungleich schlechter ausgefallen – auch wenn wir weit davon entfernt waren, unsere Positionen damals durchzusetzen. Wir würden lieber mehr über medizinische Qualitätsprojekte sprechen, aber jede Diskussion über Qualität läuft ins Leere, wenn die wirtschaftliche Basis dafür nicht vorhanden ist. In dieser Sonderausgabe finden Sie daher wieder Beiträge zum Thema EBM 2000 plus und zur Weiterentwicklung der GOÄ.

Einen anderen Schwerpunkt bilden kooperative Versorgungsformen, also medizinische Versorgungszentren und integrierte Versorgungsstrukturen. Ein wichtiger Beitrag von Kollege König beschäftigt sich mit der künftigen Zuständigkeit der neurologischen Frührehabilitation. Wird die neurologische Frührehabilitation in den Akutbereich unter nicht-neurologischer Führung verlagert?

Natürlich berichten wir auch diesmal über Qualitätsprojekte, etwa zum Thema Fortbildung von Parkinson-Assistentinnen, über ein Curriculum Demenz aber auch über Weiterentwicklungen der Leitlinien in der Neurologie. Als eine der ersten Fachgruppen haben wir begonnen, systematisch Leitlinien zu evaluieren.

Ein Thema, das uns besonders am Herzen liegt, ist die Gründung des Deutschen Institutes für Qualität in der Neurologie. Mit diesem von Verbänden und Fachgesellschaften getragenen Institut können wir systematischer als bisher diejenigen Daten erheben und auswerten, die uns bislang in der politischen Diskussion gefehlt haben.



HagenahVorsitzender des BDN



Dr. med. Uwe Meier Vorsitzender des BDN

Weiterhin stellen wir Kooperationen mit der KBV im Bereich des Qualitäts- und Fehlermanagements vor sowie eine Kooperation mit dem Finanzdienstleister MLP zum Thema betriebliche Altersvorsorge, die für Praxisinhaber wie für Mitarbeiter gleichermaßen attraktiv ist. Last not least berichten wir über unsere Informationspolitik und Öffentlichkeitsarbeit.

Wir hören bereits die Rufe der Kritiker, wenn wir das Thema Qualität zu sehr fokussieren. Doch nur mit Fakten und datenbasierten Argumenten können wir bestehen. Allein die neuen Vorgaben zur Plausibilitätsprüfung durch die Krankenkassen vermitteln ein Gefühl für die künftigen Konfliktfelder und Aufgaben. Plausibilitätsprüfungen, Leitlinien, Qualitätsund Risikomanagement, neue kooperative Versorgungsstrukturen: Diese Bereiche greifen ineinander, bergen neue Chancen und neue Risiken. Verhandlungen, Informationen und Projekte auf diesen Gebieten sind unabdingbar für die Weiterentwicklung und Positionierung unseres Faches.

Auf die Gefahr hin, redundant zu sein, wollen wir es dennoch betonen: Die Zusammenarbeit zwischen Berufsverbänden und Fachgesellschaften war noch nie so gut. Absprachen und Präsenz in den Institutionen sind außerordentlich effizient. Das erleichtert die täglich wachsende Arbeit enorm. Hierfür möchten wir uns beim Vorstand, den beteiligten Arbeitsgruppen der DGN sowie bei den Mitstreitern im BVDN und – soweit es die Überschneidungen betrifft – selbstverständlich auch beim BVDP und bei der DGPPN bedanken.

Wie jedes Jahr möchten wir Sie abschließend nochmals auf die Mitgliederversammlung am Donnerstag und auf die BDN-Foren am Mittwoch und am Samstag im Rahmen des vor uns liegenden 78. Kongresses der DGN in Wiesbaden hinweisen.

Wir wünschen bei allen Unwegbarkeiten dennoch viel Spaß an der Fortbildung und an der Neurologie!

hagenal



BDN | Sonderheft 1/2005

- 3 _ Grußwort
- 5 _ Vorwort

l Versorgungsstrukturen & Abläufe

- **10 Medizinische Versorgungszentren** MVZ ein Leitfaden für die Praxis
- 15 __ Integrierte Versorgung neurologischer Erkrankungen Hindernisse und Auswege
- **18** Neurologische Frührehabilitation und Rehabilitation Vom Phasenmodell der BAR zum Fallpauschalensystem
- 22 Strukturierte Versorgung Parkinson Pilotprojekt als Vorläufermodell
- **26** Integrierte Versorgung Schlaganfall Kompetent und effizient therapieren
- **30** Integrierte Versorgung Kopfschmerz Konzept für eine optimierte Therapie

l Versorgungsabläufe

- 36 Deutsches Institut für Qualität in der Neurologie Versorgungsdaten selbst interpretieren
- 38 __ Qualitätsmanagement-Systeme für die Praxis Zusatz-Know-how der KBV nutzen
- **40** Ausbildung zur PASS Spezialistin in der Praxis
- **44** Arbeitskreis Demenz Neues Fortbildungskolloquium
- 46 ___ "Critical Incident Reporting System" Aus Fehlern lernen

l Versorgungsstandards

48 Leitlinien zu Diagnostik und Therapie Evidenzbasierte Neurologie

Integrierte Versorgung

Die integrierte Versorgung hat die optimierte Diagnostik und Therapie von (neurologischen) Patienten zum Ziel. Die Bilanz vieler Verhandlungen mit den Krankenkassen ist dennoch ernüchternd. Trotzdem sprechen viele Gründe dafür, am Modell dieses Versorgungskonzepts festzuhalten.

15

Parkinson-Assistentin

Um Patienten effizient in der Praxis zu versorgen, ist qualifizierte Teamarbeit zwischen Arzt und Arzthelferinnen nötig. Seit letztem Jahr gibt es für interessiertes Praxispersonal die Möglichkeit, sich zur Parkinson-Assistentin (PASS) weiterbilden zu lassen. Der Kurs ist bei den Helferinnen sehr beliebt und führt bei den Absolventinnen zu mehr Eigenständigkeit im Umgang mit Parkinson-Patienten.

40



EBM 2000 plus

Der neue Einheitliche Bewertungsmaßstab ist seit gut einem halben Jahr in Kraft. Wichtige und praxisrelevante Tipps, beispielsweise zur korrekten Abrechnung von Beratungsund Gesprächsleistungen oder zu Prüfungen durch KV und Kassen, sollen dem Neurologen Hilfestellung geben.

57

Wie Sie uns erreichen

Verlagsredaktion:

Dr. med. Andreas Fischer, Tel. (089) 4372-1444, Fax (089) 4372-1400, E-Mail: fischer@urban-vogel.de

Schriftleitung:

Dr. med. Uwe Meier Tel. (0 21 81) 22 53 22, Fax (0 21 81) 22 53 11, E-Mail: umeier@t-online.de

Geschäftsstelle

BVDN/BDN/BVDP

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

Die **Adressen** der Funktionsträger und Autoren des BDN finden Sie auf S. 77.

Titelbild

Das Internetportal "Neurologen-und-Psychiater-im-Netz" informiert Patienten, bietet interessante Homepage-Optionen für Ärzte und ist kompetenter Partner der Medien.





BDN

51 __ Evaluation von Leitlinien L'art pour l'art oder Hilfe für die Praxis?

Patientenleitlinien Aufklärungshilfe nach internationalen Standards

l Vergütungsstrukturen

EBM 2000 plus ... Klagen, Verklagen oder Handeln und Verhandeln?

EBM 2000 plus ... Risiken und Fallstricke

59 — Ouo vadis GOÄ?

Kooperation & Service

60 __ Betriebliche Altersversorgung Mitarbeiter motivieren und Praxiskosten sparen

Neurologen im Netz Ärzte als Partner der Medien

65 __ www.neuroscout.de Aktuelle Infos stets präsent

66 _ Chefarztvertrag Hilfe beim Verhandeln

68 __ Markt & Forschung

76 __ BDN-Service

BDN-Forum 2005

IV-update: Integrierte Versorgung - Was gibt es Neues? Mittwoch, 21. September 2005, 15.30–17.00, Saal 1 a3

BDN-Mitgliederversammlung

Donnerstag, 22. September 2005, 17.00-19.00, Saal 1 a3

Evidenzbasierte Medizin und Einheitlicher Bewertungsmaßstab: Implementierung von Leitlinien in der Praxis unter den Bedingungen des EBM 2000 plus

Samstag, 24. September 2005, 15.30-18.30, Saal 11

- 1. Rahmenbedingungen: EBM 2000 plus und neue Vergütungsstrukturen leitlinienbasierter Versorgung (F. Bergmann, U. Meier)
- 2. Darstellung der Versorgungsstandards durch Autoren der Leitlinien DGN/BDN: Migräne (H.-C. Diener, Essen), Schwindel (T. Brandt/M. Strupp, München), Demenz (K. Schmidtke, Freiburg), Radikuläre Schmerzen (N. N.)
- 3. Leitlinien und Versorgungsrealität: Diskussion und Roundtable mit den Autoren und niedergelassenen Neurologen

Beilagenhinweis

Diese Ausgabe enthält auf Seite 74 f. den Therapie Report aktuell zu Multiple Sklerose: "Hoch dosiert und hochfrequent in die Dauertherapie: Schritt für Schritt in die Zukunft"

Wir bitten um freundliche Beachtung.

Impressum

NEUROTRANSMITTER

Offizielles Organ des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte e.V. (BVDN), des Berufsverbandes Deutscher Neurologen e.V. (BDN) und des Berufsverbandes 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: bergmann@bvdn-nordrhein.de

Herausgeber und Schriftleiter dieser Sonderausgabe: Berufsverband Deutscher Neurologen e.V. (BDN), Vorsitzender Dr. med. Uwe Meier (verantwortlich), Montanusstr. 54, 41515 Grevenbroich,

Tel. (o 21 81) 22 53 22, Fax (o 21 81) 21 53 11, E-Mail: u.meier@t-online.de Geschäftsstelle: D. Differt-Schiffers, Hammer Landstr. 1a, 41460 Neuss, Tel. (o 21 31) 2 20 99-20, Fax (o 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 GmbH, Neumarkter Str. 43, 81673 München, Tel. (0 89) 43 72-13 00, Fax (0 89) 43 72-13 99, http://www.urban-vogel.de Inhaber- und Beteiligungsverhältnisse: Die Urban & Vogel GmbH ist eine 100%ige Tochtergesellschaft der Springer Medizin-Verlag GmbH, Heidelberg. Eigentümerin der Springer Medizin-Verlag GmbH ist mit 100% Anteilen die Springer Science+Business Media GmbH & Co. KG, Berlin

Geschäftsführer: Dr. Georg Ralle

Leitung Verlagsbereich III: Dr. med. Christoph Posch

Redaktion: Dr. rer. nat. Claudia Mäck (cm), Tel. (o 89) 43 72-14 03, Fax (o 89) 43 72-14 oo, E-Mail: maeck@urban-vogel.de; Dr. med. Andreas Fischer (af); Monika Welzel-Friebe (Chefin vom Dienst)

Assistenz: Tina Spanger (-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. 9 vom 1.10.2004

Vertrieb: Frank Niemann (Leitung, -14 11)

Abonnement: Die Zeitschrift erscheint 11-mal jährlich. Bestellungen

nimmt der Verlag unter Tel. (o 62 21) 3 45-43 04, per Fax (o 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: 17,50 EUR. Jahresabonnement: 164 EUR. Für Studenten/AIP: 109 EUR. Versandkosten jeweils: Inland 18 EUR, Ausland 22 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 Fernsehaufzeichnung 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 Gebrauchs-namen, Handelsnamen, Warenbezeichungen 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 Es wird auf chlorfrei gebleichtem Papier gedruckt.

© Verlag Urban & Vogel GmbH, München ISSN 1436-123X



Medizinische Versorgungszentren

MVZ – ein Leitfaden für die Praxis



Medizinische Versorgungszentren sind Ausdruck der gesundheitspolitischen Intention, mehr Wettbewerb zwischen unterschiedlichen Versorgungsformen zu schaffen. Die (juristischen) Voraussetzungen und Grundlagen sind nicht nur wichtig für Ärzte und Kliniken, die selbst ein MVZ gründen oder in einem solchen arbeiten wollen: Jeder sollte wissen, was sich hinter dieser "Poliklinik in kapitalistischem Gewand" verbirgt.

ie Weiterentwicklung der Versorgungsformen zur Überwindung vorhandener (oder vermuteter) disziplinärer und sektoraler Grenzen in der Medizin war und ist ein wesentliches Anliegen der Politik, das seinen Ausdruck insbesondere im GMG vom 14.11.2003 gefunden hat. Nach dem Willen des Gesetzgebers soll zukünftig in der ambulanten Versorgung ein "Wettbewerb zwischen verschiedenen Versorgungsformen ermöglicht werden mit dem Ziel, dass Patienten jeweils in der ihren Erfordernissen am besten entsprechenden Versorgungsform versorgt werden können". Im Wahlprogramm der CDU/CSU 2005 findet sich weiterhin die Forderung nach mehr Wettbewerb unter den Leistungserbringern im Gesundheitssystem. Ein Schritt in diese Richtung war die "Erschaffung" des Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) durch das GMG. War die Genehmigungspraxis

der Zulassungsausschüsse zunächst noch von Unsicherheit geprägt, so konnten die rechtlichen Rahmenbedingungen doch im ersten Halbjahr 2004 weitestgehend geklärt werden.

Das erste vom Verfasser betreute MVZ erbringt seit dem 1.7.2004 vertragsärztliche Leistungen. Bis zum 31.3.2005 wurden bundesweit 125 weitere MVZ genehmigt.

Gründungsberechtigung und Gesellschafterstellung

MVZ nehmen an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung teil und können von allen Leistungserbringern gegründet werden, die derzeit bereits an der Versorgung gesetzlich Versicherter teilnehmen. Dies sind insbesondere: Vertragsärzte, Vertragszahnärzte, Krankenhausträger (Plankrankenhäuser oder solche mit Versorgungsvertrag), ermächtigte Krankenhausärzte, Vertragspsychotherapeuten aber auch Apotheker, Heil-

mittelerbringer, Hebammen und andere.Die Gründungsvoraussetzungen müssen in der Person des MVZ-Gesellschafters dauerhaft vorliegen; anderenfalls ist dem MVZ die Zulassung zu entziehen (§ 95 Abs. 6 SGB V). Es empfiehlt sich deshalb, nur solche Gesellschafter vorzusehen, deren Teilnahme an der Versorgung gesetzlich Versicherter nicht zeitlich befristet oder aus anderen Gründen voraussehbar nur vorübergehend ist. Dies betrifft vor allem die Gesellschafterstellung eines Ermächtigten; im Gesellschaftsvertrag kann allerdings das Ausscheiden des betroffenen Gesellschafters bei Wegfall der Gründungsberechtigung vorgesehen werden.

Erfolgt die Gründung eines MVZ dadurch, dass ein bereits zugelassener Vertragsarzt auf seine Zulassung zugunsten des MVZ verzichtet, um in diesem als Angestellter tätig zu werden (vgl. unten), so verliert der Arzt mit der Verzichtserklärung seine Stellung als Grün-

dungsberechtigter; er kann somit nicht selbst Gesellschafter des MVZ sein, in dem er angestellt ist.

Fachübergreifende Tätigkeit

MVZ müssen fachübergreifend tätig sein. Sie sind Teil der Bedarfsplanung und müssen vom Zulassungsausschuss genehmigt werden. Maßgeblich für die notwendige interdisziplinäre Tätigkeit ist nach zutreffender Auffassung - die Differenzierung nach den Bedarfsplanungsrichtlinien für Ärzte: Diese ist weitgehend, jedoch nicht vollständig (Ausnahmen: beispielsweise Nervenärzte, Internisten) mit dem Weiterbildungsrecht identisch. Bedarfsplanungsrechtlich sind allein die Fachgebiete, nicht Schwerpunkte oder fakultative Weiterbildungen relevant. Es ist somit zweifelhaft, ob das Erfordernis der fachübergreifenden Tätigkeit erfüllt ist, wenn beispielsweise ein "Nur-Neurologe" und ein "Nur-Psychiater" im MVZ tätig werden sollen. Weiterbildungsrechtlich wäre dies selbstverständlich "fachgebietsübergreifend", bedarfsplanungsrechtlich liegt aber nur eine "Fachgruppe" vor. Ergänzend könnte man hier auf den EBM 2000 plus verweisen, der mit der jeweiligen Begrenzung auf das Kapitel 16 beziehungsweise 21 vorschreibt, dass "unterschiedliche" Leistungen erbracht werden.

Bisher kam es in der anwaltlichen Tätigkeit des Verfassers hierauf nicht an, da stets eine weitere, eindeutig "fachverschiedene" Disziplin im MVZ vertreten war. Da verschiedene Zulassungsausschüsse aber sogar die Auffassung vertreten, radiologische und nuklearmedizinische Tätigkeit seien nicht fachübergreifend (was selbstverständlich absurd ist), sollte man eher mit einer ablehnenden Haltung der Ausschüsse rechnen. In der Regel wird sich dieses Problem aber nicht stellen, da die klugen Konzepte bereits die Mitarbeit weiterer Disziplinen vorsehen.

Das Kriterium der fachübergreifenden Tätigkeit ist nicht erfüllt, wenn neben einem ärztlichen Fachgebiet allein nicht-ärztliche Leistungen (mit Ausnahme der psychologischen Psychotherapie), also z.B. nur physiotherapeutische oder logopädische Leistungen erbracht werden. Es müssen mindestens zwei ärztliche Disziplinen vertreten sein.

Leistungserbringung durch Angestellte

Sozialrechtlich kann jeder Arzt als Angestellter in einem MVZ tätig werden, der in das Arztregister eingetragen ist, also der über eine abgeschlossene Weiterbildung in dem jeweiligen Fachgebiet verfügt, und der für die vertragärztliche Versorgung nicht ungeeignet ist. Letzteres beschränkt sich auf schwere charakterliche Mängel oder Suchterkrankungen. Die frühere Altersgrenze von 55 Jahren besteht nicht mehr; der Arzt darf jedoch nicht älter als 68 sein.

Auf der Grundlage einer Zulassung kann ein Arzt in vollzeitigem Umfang als Angestellter im MVZ im Rahmen der ambulanten Versorgung gesetzlich Versicherter tätig werden. Es können jedoch "auf" einer Zulassung auch mehrere Ärzte im MVZ arbeiten, was sich häufig als sinnvolle Gestaltung erweist.

Die nachfolgenden Überlegungen sind nur für "gesperrte" Disziplinen von Bedeutung, da in den "freien", keiner Bedarfsplanung unterliegenden Gebieten in der Praxis nicht die gemeinsame Ausnutzung einer Zulassung erfolgt, sondern für jeden weiteren Arzt eine weitere Zulassung beantragt (und erteilt) wird.

Time-Sharing

Werden zwei oder mehr Ärzte im MVZ auf der Grundlage nur einer Zulassung tätig, so kann entweder deren Arbeitszeit oder das Abrechungsvolumen des MVZ beschränkt werden. Wird die Arbeitszeit beschränkt ("Time-Sharing"), gelten folgende Anrechungsfaktoren, die in der Summe den Faktor 1 pro Zulassung nicht überschreiten dürfen:

Anrechnungs- faktor
0,25
0,5
0,75
1,0

Die jeweiligen Arbeitszeiten sind dem Zulassungsausschuss durch Vorlage der Arbeitsverträge nachzuweisen. Eine Ausweitung der Arbeitszeit eines Arztes bedarf der Genehmigung durch den Zulassungsausschuss, eine Reduzierung ist anzuzeigen.

Sämtliche Angaben zu den Beschäftigungszeiten und dem Umfang beziehen sich allein auf die vertragsärztliche Versorgung. Tätigkeiten außerhalb der ambulanten Versorgung gesetzlich Versicherter (also privatärztliche Tätigkeit oder eine solche zur Behandlung stationärer Patienten) erfolgen ergänzend in zeitlich nicht reglementiertem Umfang. Bei einer solchen Beschränkung der Arbeitszeit unterliegt das Abrechnungsvolumen des MVZ keiner besonderen (über die Bestimmungen des jeweiligen Honorarverteilungsvertrages hinausgehenden) Begrenzung.

Job-Sharing

Alternativ zu dieser Beschränkung der Arbeitszeit ist es möglich, dass zwei Ärzte vollzeitig auf der Grundlage nur einer Zulassung im MVZ arbeiten (so genanntes "Job-Sharing"). In diesem Fall wird jedoch das maximal abrechenbare Punktvolumen des MVZ beschränkt. Vereinfacht dargestellt werden dem MVZ höchstens Leistungen in dem Umfang vergütet, in dem Zahlungen in den vergangenen vier Quartalen erfolgten. Einige KVen vertreten allerdings die Auffassung, das MVZ sei ein "neuer Leistungserbringer", weshalb nicht das individuelle Abrechnungsvolumen der früheren Praxis, sondern der jeweilige Fachgruppendurchschnitt anzusetzen sei.

Es ist zu beachten, dass nach der bisherigen Praxis der Zulassungsausschüsse die Beschränkung der abrechenbaren Leistungsmenge das MVZ insgesamt trifft, also die Beschränkung nicht nur die Leistungen derjenigen Disziplin betrifft, in der zwei Ärzte "auf" einer Zulassung vollzeitig beschäftigt sind. Diese Verwaltungspraxis ist nach der Überzeugung des Unterzeichners rechtswidrig. Inzwischen hat auch die KBV erklärt, die Beschränkung dürfe nur für diejenige Disziplin verfügt werden, in der zwei Ärzte "auf" einer Zulassung tätig werden. Da dies aber noch nicht allen Ausschüssen bewusst ist, sollte dieser Aspekt im Vorfeld rechtlich dargelegt und mit der Kassenätzlichen Vereinigung abgestimmt werden.



BDN | Versorgungsstrukturen & Abläufe

Zulassungsanspruch für Angestellte

Wird ein Arzt als Angestellter auf der Grundlage einer Zulassung im MVZ tätig ("Vollzeit-Angestellter" ohne Job-Sharing), so hat er nach fünf Jahren – trotz Zulassungsbeschränkungen – einen Anspruch auf eine eigene Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung "außerhalb" des MVZ. Die originär beim MVZ vorhandene und dort verbleibende Zulassung kann somit dupliziert werden.

Der angestellte Arzt des MVZ kann sich an einem anderen Ort niederlassen (wobei er aus dem Arbeitsverhältnis mit dem MVZ ausscheiden muss). Er kann aber auch als Vertragsarzt mit eigener Zulassung im MVZ tätig werden oder aber er überträgt seine erworbene Zulassung sogleich wieder auf das MVZ, um erneut in diesem als Angestellter tätig zu werden. Werden "auf" einer Zulassung zwei Ärzte im MVZ tätig und haben sie ihre Arbeitszeit beschränkt, so erwirbt den Anspruch auf eigene Zulassung nur derjenige Arzt, der mindestens im Umfang einer 75%-Stelle, das heißt von mehr als 20 Wochenstunden, tätig war. Die Duplizierung ist allerdings nur einmal pro Zulassung, über die das MVZ verfügt, möglich. Sofern ein Arzt im Wege der Nachbesetzung einer Arztstelle im MVZ tätig wird, hat er keinen Anspruch auf eine eigene Zulassung nach fünf Jahren. Bereits bei der erstmaligen Stellenbesetzung sollte dies berücksichtigt und entsprechend disponiert werden (vgl. unten).

Zusammengefasst: Erfolgt die Beschäftigung mehrerer Ärzte "auf" einer Zulassung, so kann dies mit Beschränkung des abrechenbaren Punktvolumens (aber vollzeitiger Tätigkeit aller Ärzte) oder alternativ als Time-Sharing (ohne Abrechnungsbeschränkung aber mit Bindung an die maximale Wochenarbeitszeit von 40 Stunden) geschehen.

Die KV prüft nach

Das Time-Sharing ist dann zu empfehlen, wenn prognostisch sichergestellt ist, dass die jeweiligen zulässigen Wochenarbeitszeiten (für ambulante GKV-Behandlung) eingehalten werden. Aufgrund der Kennzeichnungspflicht der Leistungen pro Arzt und der Zeitbewertung nach Anhang III des EBM 2000 plus ist der Ar-

beitszeitaufwand für die KV überprüfbar – und wird auch überprüft. Das Time-Sharing kann zu erheblichen Friktionen führen, da die "Vollzeittätigkeit" eines Arztes "auf" einer Zulassung bis zu 12 Stunden am Tag, also zirka 60 Wochenstunden als plausibel und "unauffällig" gilt. Sobald sich zwei Ärzte eine Zulassung "teilen", gilt allerdings eine Obergrenze des "Plausiblen" von 40 Wochenstunden.

Die Möglichkeit des Duplizierens der Zulassungen wird nach derzeitiger Rechtlage nur für den (angestellten) Arzt bestehen, der im Time-Sharing arbeitet und mindestens im Umfang von über 20 Wochenstunden beschäftigt ist. Beim Job-Sharing mit Abrechnungsbeschränkung ist diese Duplizierung für den "Job-Sharer" nach derzeitiger Auffassung der KBV nicht möglich.

Vergütung der Leistungen

Die Vergütung der durch MVZ erbrachten Leistungen entspricht der Vergütung der Vertragsärzte, nämlich derjenigen einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis. Es können für die Zeit ab dem 1.1.2007 abweichende Vergütungsvereinbarungen getroffen werden (§ 85a Abs. 6 SGB V). Die Einzelheiten hierzu sind noch nicht absehbar; die gesetzgeberische Intention spricht für eine Erhöhung der Vergütung der in MVZ erbrachten Leistungen, da diese Versorgungsform gefördert werden soll.

Bereits der am 1.4.2005 in Kraft getretene EBM sieht eine Erhöhung des Ordinationskomplexes vor; nach den derzeitigen Beschlüssen des Bewertungsausschusses werden darüber hinaus die zukünftigen "Budgets", die so genannten Regelleistungsvolumina, für MVZ gegenüber denjenigen für Einzelpraxen erhöht sein. Die Prognose lautet, dass das Abrechnungsvolumen eines MVZ um zirka 10% gegenüber dem (summierten) Volumen vergleichbarer Einzelpraxen angehoben wird.

Vereinzelt wurde die Meinung geäußert, die privaten Krankenversicherungen würden Liquidationen eines MVZ nicht erstatten. Es soll hier nicht auf die rechtliche Herleitung dieser Auffassung eingegangen werden, die zum einen nicht überzeugt, zum anderen die rechtlichen Optionen der Erteilung einer Neben-

tätigkeitserlaubnis übersah: Die privaten Krankenversicherungen erstatten die Abrechnungen des MVZ, wenn diese auf der Grundlage der GOÄ erstellt sind. Der "Streit" ist somit nur akademischer Natur und praktisch ohne Relevanz.

Zulassung zur vertragärztlichen Versorgung

Das MVZ kann in solchen Fachgebieten, die nach der Bedarfsplanung nicht "gesperrt" sind, selbst und unmittelbar eine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung beantragen. Mit dem Antrag ist durch Vorlage des Arbeitsvertrages nachzuweisen, dass ein Arzt der jeweiligen Disziplin im MVZ tätig werden wird.

Das MVZ kann eine Zulassung auch dadurch erhalten, dass ein bereits zugelassener Vertragsarzt gegenüber dem Zulassungsausschuss erklärt, er verzichte zugunsten des MVZ auf seine Zulassung und werde zukünftig in diesem als angestellter Arzt tätig. Die Dauer dieser Anstellung ist nicht vorgeschrieben, beim Ausscheiden dieses Arztes kann die Stelle mit einem anderen Arzt nachbesetzt werden. Wegen der Möglichkeit des Duplizierens der Zulassung empfiehlt sich aber in Fällen des vorhersehbaren Wechsels der angestellten Ärzte die originäre Beschäftigung sowohl des zeitnah ausscheidenden als auch des dauerhaft verbleibenden Arztes.

Schließlich kann sich das MVZ auf Vertragsarztsitze bewerben, die zur Nachbesetzung ausgeschriebenen sind; es muss wiederum die Anstellung eines Arztes der jeweiligen Disziplin durch Vorlage des Arbeitsvertrages nachgewiesen werden. Zwischen mehreren Bewerbern (z. B. MVZ einerseits und noch nicht niedergelassener Arzt andererseits) hat der Zulassungsausschuss nach Kriterien der Eignung zur vertragsärztlichen Versorgung zu entscheiden. Da insofern noch keine einheitliche Verwaltungspraxis der Zulassungsausschüsse besteht, lässt sich nicht prognostizieren, ob die Bewerbung eines MVZ vor-, gleich- oder nachrangig zu der eines Arztes behandelt wird.

Umwandlung einer Gemeinschaftspraxis

Bei der "Umwandlung" einer Gemeinschaftspraxis in ein MVZ erfolgt die Zulassung dadurch, dass die gründenden



BDN | Versorgungsstrukturen & Abläufe

Vertragsärzte erklären, sie würden nunmehr als MVZ an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und ad personam als Gesellschafter derselben tätig sein. Dem Zulassungsausschuss ist – anstatt der Arbeitsverträge in der "Angestellten-Variante" – der Gesellschaftsvertrag vorzulegen.

"Kauf" von Sitzen

Es empfiehlt sich häufig der dargestellte "Übertragungsweg", wonach Vertragärzte erklären, sie verzichten zugunsten des MVZ auf ihre Zulassung und werden zukünftig im MVZ als Angestellte tätig. Nach den Erfahrungen des Verfassers mit der Gründung von MVZ können entweder solche Ärzte bewogen werden, auf ihre Zulassung zu verzichten, die ohnehin aus Altersgründen die Praxisaufgabe planen oder aber es werden "im Berufsleben stehende" Ärzte motiviert, die dann regelmäßig auf längere Dauer im MVZ – als Angestellte – tätig sein wollen. Für den Verzicht auf die Zulassung zugunsten des MVZ werden regelmäßig Zahlungen an die jeweiligen Ärzte erforderlich sein; rechtlich ist dies als Kauf der Arztpraxis durch die MVZ-Trägergesellschaft zu gestalten; der erworbene Praxiswert kann abgeschrieben werden.

Rechtsform des MVZ

Das MVZ kann sich in der Rechtsform der BGB-Gesellschaft oder der GmbH konstituieren; AG und Partnerschaftsgesellschaft kommen nur in Ausnahmefällen in Betracht. Die englische Limited ist zulässig, Vor- und Nachteile sind jedoch sorgfältig abzuwägen. Handelsgesellschaften (KG, GmbH & Co. KG, OHG) werden von der überwiegenden Zahl der KVen nicht als zulässige Rechtsform eines MVZ angesehen.

Zur Verringerung der Gründungskosten und zur Vermeidung der Gewerbesteuerpflicht wird häufig die Errichtung des MVZ als Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) sinnvoll sein, sofern Vertragsärzte diese gründen. Werden allerdings ausschließlich Angestellte (und nicht die Gesellschafter selbst) im MVZ tätig, so wird dieses voraussichtlich auch bei Errichtung als GbR gewerbesteuerpflichtig sein. Für Krankenhäuser empfiehlt sich deshalb in der Regel die Er-

richtung als – eigenständige – GmbH (insbesondere bei einer Gemeinnützigkeit des Hauses) oder die Errichtung des MVZ als unselbstständige Betriebsstätte der Krankenhausträgergesellschaft.

Ärztlicher Leiter des MVZ

Das MVZ muss einen ärztlichen Leiter bestellen, der die medizinische Verantwortung (vergleichbar mit einem Chefarzt) trägt. Dieser muss nach richtigem Verständnis nicht Geschäftsführer der MVZ-Gesellschaft sein. Das MVZ ist aber auch berechtigt, mehrere ärztliche Leiter zu benennen. Dies empfiehlt sich – aus haftungsrechtlichen Gründen – regelmäßig, da das MVZ interdisziplinär tätig ist und es bis auf Ausnahmefälle nicht darstellbar sein wird, dass ein Facharzt auch die Verantwortung für die Leistungserbringung in der oder den anderen Fachgebieten übernimmt. Sozialrechtlich erforderlich ist allerdings nur die Bestellung eines Leiters.

Gleichzeitig im MVZ und im Krankenhaus angestellt

Es wird die Auffassung vertreten, dass ein im MVZ tätiger Arzt nicht gleichzeitig in einem weiteren abhängigen Beschäftigungsverhältnis stehen darf, nach welchem ihm die Versorgung stationärer Patienten obliegt. Dies wird mit der zu § 20 Ärzte-ZV ergangenen Rechtsprechung des BSG begründet.

Das Bundesministerium, einzelne KVen sowie Mitglieder des Kassenarztsenats des BSG haben aber bereits zu erkennen gegeben, dass diese Interpretation nicht tragfähig ist. Es ist mit einer Gesetzesänderung oder einer positiven Klarstellung durch die Rechtsprechung zu rechnen. Das BMGS hat noch vor einigen Wochen mitgeteilt, es gehe von einer kurzfristigen Gesetzesänderung aus. Dies verzögert sich wegen der bekannten "Handlungsunfähigkeit" der Bundesregierung seit Juli 2005; das Änderungsvorhaben wird voraussichtlich aber auch durch eine neue Bundesregierung betrieben werden. Ob nur dem angestellten Arzt des MVZ die Tätigkeit auch für ein Krankenhaus erlaubt wird, oder sich dies auch auf den Vertragsarzt (Gesellschafter) des MVZ erstrecken wird, ist ebenfalls noch nicht absehbar. Differenzierte Konsil- oder "Outsourcing"-Modelle sind

allerdings bereits jetzt möglich, und können im Einzelfall gestaltet werden.

Ausblick

Das MVZ ist eine Gestaltungsform für den "Arzt-Unternehmer" und dasjenige Krankenhaus, das mit klugen Konzepten sein ambulantes Spektrum erweitert, ohne stationäre Fälle zu verlieren. Neben den beschriebenen – und notwendigen – ärztlichen Leistungen kann ein MVZ auch nicht-ärztliche Leistungen (mit Ausnahme des Verkaufs von Arzneimitteln) erbringen. Es wird somit eine synergistische interdisziplinäre, gegebenenfalls auch sektorübergreifende Behandlung und Ressourcennutzung möglich. Vieles hiervon lässt sich in vergleichbarer Weise durch Vertragsärzte auch in den "traditionellen" Kooperationsformen der Gemeinschaftspraxis und Praxis- beziehungsweise Apparategemeinschaft verwirklichen. Allerdings ist der unternehmerische Aspekt einer Tätigkeit mit Angestellten auf der Grundlage einer dem MVZ – nicht dem einzelnen Arzt – erteilten Zulassung (genauer: Leistungserbringungs- und Abrechnungsgenehmigung) im MVZ flexibler und sinnvoller zu verwirklichen.

Die ambulante Versorgung gesetzlich Versicherter wird in Deutschland nie allein in den Händen medizinischer Versorgungszentren liegen. Es können aber auch keine Zweifel mehr bestehen: Das MVZ wird zum festen Bestandteil des Gesundheitswesens werden - und ist es mancherorts bereits schon. MVZ sind weder "Allheilmittel" noch "Teufelszeug"; es kommt auf die kluge Gestaltung im individuellen Einzelfall an. Die bisherige Erfahrung zeigt, dass ein MVZ je nach Region und Ausgestaltung erhebliche Potenziale, insbesondere zur Kostenoptimierung und Positionierung im Wettbewerb, besitzt. Diese möglichen Vorteile muss nicht jeder Arzt oder jedes Krankenhaus nutzen. Angesichts der Situation im Gesundheitssystem spricht aber alles dafür, zumindest festzustellen, ob und welche individuellen Chancen mit dieser neuen Form der kooperativen Behandlung verbunden sind.

Dr. jur. Ingo Pflugmacher Rechtsanwälte Busse & Miessen Oxfordstr. 21, 53111 Bonn



Die Leitidee der integrierten Versorgung war eine optimierte Versorgung von (insbesondere chronischen und schwer kranken) Patienten bei gleichzeitiger Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven. Die Bilanz aus vielen Verhandlungen mit den Kostenträgern ist eher ernüchternd und in Anbetracht der demografischen Entwicklung als dramatische Fehlentwicklung zu werten. Dennoch gibt es einige Krankenkassen, die sich diesen Herausforderungen stellen und regionale Modellprojekte sowie bundesweite Rahmenverträge auf den Weg gebracht haben.

er BDN hat zusammen mit den wissenschaftlichen Fachgesellschaften und neuropsychiatrischen Berufsverbänden bereits 2003 begonnen, systematisch integrierte Rahmenkonzepte mit hoher Konsensqualität und hohem Integrationsgrad für alle großen Krankheiten unseres Fachgebietes zu entwickeln. Die Konzepte wurden allen großen Kostenträgern vorgelegt. Parallel wurde die Bildung regionaler Versorgungsgemeinschaften gefördert und vor Ort Hilfestellung geleistet. Die Konzepte sind seitens der Kostenträger mit großem Interesse angenommen und bewertet worden ("Das Beste, was uns auf dem Tisch liegt.").

Trotz positiver Resonanz gestalteten sich die Verhandlungen äußerst zögerlich

und es sind nur relativ wenige Verträge tatsächlich zustande gekommen. Die Gründe hierfür sind vielfältig: In der ersten Phase nach Inkrafttreten des GMG mussten wir zunächst feststellen, dass viele Krankenkassen nicht die erforderlichen Ressourcen zur Verfügung stellten, um anspruchsvolle Konzepte zur Vertragsreife bringen zu können. Dies ist in der Tat ein langwieriger Prozess der konzeptionellen Ausgestaltung, des Abgleichs von Interessen, der Leistungskalkulation und Abstimmung mit etablierten Vergütungsstrukturen sowie der juristischen Vertragsprüfung. Die Krankenkassen waren zum einen aufgrund zeitlich enger Vorgaben unter Druck, weil sich die Versorgungskonzepte bis Ende 2006 selbst tragen sollten und sie die Anschubfinanzierung bereits 2004 nutzen wollten. Zum anderen gab es Kassen, die mit "quick-and-dirty"-Verträgen sehr schnell Marketing betrieben und damit die anderen, seriös orientierten Kassen in Zugzwang brachten. So mussten sich viele Kostenträger erst einmal organisatorisch positionieren; den hiermit verbundenen Aufwand tragen wir. Man hat uns lange Zeit mit dem Argument vertröstet, dass man sich nach Abschluss der ersten "Welle" von Verträgen mit niedrigem Integrationsgrad und Marketingverträgen dann unseren komplexeren Modellen zuwenden wolle.

Angst vor schwer kranken Patienten?

Für die Kassen schien – bei intensiverer Beschäftigung mit den gesetzlich vorgegebenen Zielen – das größere Problem ein schwer lösbarer Interessenkonflikt zu sein: Demnach gäbe es trotz vorhandener Einsparpotenziale keine echten Anreize für die qualitativ bessere Versorgung. Die Gefahr der Konzentration von Patienten mit hohen Gesundheitsrisiken ("schlechte Risiken") sei zu groß. Der politisch geforderte Wettbewerb bei Leistungserbringern und Kostenträgern ist eben kein Wettbewerb um die Versorgung der schwer Betroffenen, sondern ein Wettbewerb um "gute" Risiken, also um die weniger Kranken, um weniger kostenintensive, zahlungsfähige und ansonsten gesunde Versicherte. Viele Vertreter von Krankenkassen sagen es uns "unverblümt", dass sie über Verträge zur integrierten Versorgung nicht die schwer Kranken anwerben wollten. So erklärt es sich, dass wir immer wieder von Projekten hören, deren Inhalt die Komplexbehandlung der Hammerzehe oder die Versorgung mit Homöpathika durch Hausarzt und Apotheke ist. (Nichts gegen Homöopathika, aber Verträge der integrierten Versorgung wirken in diesem Zusammenhang geradezu zynisch in Anbetracht der Finanzierungsprobleme, die

NeuroTransmitter Sonderheft 1-2005





wir aufgrund von demografischer Entwicklung und Konjunkturschwäche haben.) Dies ist ein eklatanter Missbrauch der Sozialgesetze, weil Gelder aus der Gesamtvergütung genommen werden, der Versorgung somit nicht mehr zur Verfügung stehen und direkt in den Etat für Werbemaßnahmen der Krankenkassen umgelenkt werden.

Engagierte Verträge mit hohem Integrationsgrad sind ebenso wie Verträge bei großen und versorgungsrelevanten Erkrankungen leider die Ausnahme. Die ursprüngliche Zielsetzung, die Versorgungssituation von schwer und chronisch Kranken über eine Strukturierung der Schnittstellen zu verbessern, hat sich so nicht erfüllt. War noch 2004 von prominenter Seite, wie zum Beispiel durch Herrn Lauterbach kolportiert worden, dass die Ärzte kein Interesse an der integrierten Versorgung hätten, richtet sich die Kritik jetzt zunehmend an einige Krankenkassen.

Fehlender finanzieller Anreiz

Auch wenn wir weiterhin in einzelnen Regionen kleinere Erfolge verzeichnen können, so gelangen wir zunehmend zu der Erkenntnis, dass ein guter und zielführender Ansatz der Verorgungsoptimierung pervertiert wird. Die Chance, bei gleichzeitiger Nutzung von Einsparreserven medizinische Versorgungsqualität zu erhöhen, wird damit vertan. Ein grundsätzlicher Anreiz wäre über einen morbidiätsgewichteten Risikostrukturausgleich gegeben. Die zunächst geplante Einführung wird aber derzeit von Krankenkassen und einigen Ländern torpediert. Weil eine Zustimmung der Länder hierzu erforderlich ist, ist derzeit nicht damit zu rechnen, dass sinnvolle Anreizsysteme gesetzt werden. Solange werden wir nicht mit morbiditätsorientierten Anreizsystemen rechnen können, wird sich die Situation der chronisch kranken Patienten nicht verbessern.

Unabhängig von dieser eher pessimistischen Perspektive sind wir weiterhin aktiv geblieben. Wir haben unsere Rahmenkonzepte weiterentwickelt und fördern den systematischen Austausch mit engagierten Gemeinschaften von Leistungserbringern. So sind wir dankbar, dass sich insbesondere einige der Ersatzkassen als sehr engagiert und innovativ

gezeigt haben. Die Kaufmännische Krankenkasse Hannover hat beispielsweise einen anspruchsvollen Vertrag zur integrierten Versorgung von Kopfschmerzen unterschrieben (siehe Beitrag in dieser Sonderausgabe von Diener et al., S. 30 ff.). Dieser Vertrag wird zwar zunächst nur in Nordrhein-Westfalen umgesetzt, soll aber bei Erfolg bundesweit realisiert werden. Der Vertrag ist auch deshalb innovativ, weil hier eine Krankenkasse ganz klar signalisiert, dass Einsparungsziele nachrangig sind und eine verbesserte Versorgung bei gleichbleibenden Kosten als Erfolg gewertet wird.

Und es geht doch ...

Als weiteres positives Beispiel ist die Techniker Krankenkasse zu nennen. Sie hat das Potenzial der strukturierten Versorgung für das Gesundheitssystem erkannt und in diesem Zusammenhang bereits Ende 2004 mit uns Verhandlungen über bundesweite Rahmenverträge aufgenommen. Der Vorteil für die Krankenkasse und für uns ist evident: Konzeptentwicklung, Leistungskalkulation, Vertragsgestaltung inklusive juristischer Prüfung sowie Vertragsmodifikationen müssen nicht jeweils regional neu verhandelt werden. Regional kann mit verhältnismäßig geringem Aufwand dem Rahmenvertrag beigetreten werden. Wir haben zusammen mit der Techniker Krankenkasse zunächst eine Priorisierung der Krankheitsbilder vorgenommen. Hierunter fielen im neurologischen Bereich Parkinson, Schmerzkrankheiten und Schlaganfall. Aufgrund der hohen Inzidenz, hoher Krankheitskosten und Fehlallokationen rangierte dann aber zunächst die Depression an erster Stelle. Der Vertrag wurde innerhalb weniger Monate entwickelt und zur Unterschriftsreife gebracht (s. NeuroTransmitter 7-8 2005, S. 26). Nach erfolgreichem Start will man sich auch den neurologischen Erkrankungen zuwenden.

Rahmenverträge mit NeuroKonzept

Rahmenverträge stellen aufgrund der oben beschriebenen Vorteile den Idealfall eines Vertragsabschlusses dar. Ihre Umsetzung erfolgt zunächst in einigen Modellregionen. Nach Implementierung und Evaluation ist dann eine Ausweitung möglich und weitere Leistungserbringer-

gemeinschaften können dem Rahmenvertrag einfach beitreten. Vertrags- und steuerrechtlich sind bei diesem Vorgehen allerdings einige Besonderheiten zu beachten. Da die Verbände keine Wirtschaftsunternehmen sind, können sie aufgrund der finanziellen Transaktionen einen Vertrag nicht direkt abschließen. Als Mediator funktioniert deshalb eine von den Berufsverbänden zu gründende Genossenschaft. Der Vorteil liegt für alle Beteiligten auf der Hand: Die Krankenkassen brauchen nur einmal den durchaus langwierigen Prozess der Vertragsgestaltung und der Leistungskalkulation zu durchlaufen; Leistungserbringer können sich mit geringem Aufwand dem Vertrag anschließen, Vertragsmodifikationen und etwaige notwendige Nachverhandlungen werden professionell aus einer Hand durchgeführt.

Die Berufsverbände haben, wie mehrfach berichtet, eine Organisation für den Bereich der juristischen und betriebswirtschaftlichen Beratung ins Leben gerufen: NeuroKonzept. Im zweiten Jahr des GMG und den hier geschilderten Vorerfahrungen haben sich Auftrag und Zielsetzung von NeuroKonzept den aktuellen Erfordernissen angepasst. Die Beratungstätigkeit ist in den Hintergrund getreten. Die Organisation ist nunmehr Vertragspartner als Bindeglied zwischen Berufsverbänden und Krankenkassen. Als Rechtsform bietet sich hier eine Genossenschaft an. Leistungserbringer schließen sich als Vertragspartner der integrierten Versorgung der Genossenschaft an. Die Konzeptgestaltung erfolgt weiterhin über die Berufsverbände. Das operationale Geschäft des Netzmanagements wird ausgelagert beziehungsweise an das Unternehmen medimaxx delegiert.

Trotz partiell kritischer Einschätzung sollen im Folgenden noch mal die Chancen und der Nutzen integrierter Versorgungsmodelle dargestellt werden. Nur wenn wir uns weiterhin für diese Vertragsformen aufstellen, haben wir eine Chance, an dieser Versorgungsform teilzunehmen.

Grundprinzipien der integrierten Versorgung

In der integrierten Versorgung werden Leistungen im Vertrag zu einem festen Preis angeboten und vergütet. Dabei

müssen sie allerdings wie vertraglich vereinbart erbracht werden - in Art, Umfang und Qualität. Gerade auch die Indikation muss zuverlässig gestellt und transparent dokumentiert werden. Nicht eindeutig indizierte Leistungen können nicht abgerufen und nicht vergütet werden. Verstöße dagegen schaden dem Netz und gefährden die erfolgreiche Fortführung des Vertrages. Es geht nicht um die individuelle quantitative Optimierung, sondern um im Netz optimiert erbrachte Leistungen, von der jeder profitiert ("win-win situation"). Das Geld folgt der Leistung ("fee for service"). An erster Stelle steht der ökonomische Nutzen für die Beteiligten und zwar gemessen an den direkten Kosten für

- __ Krankenhauseinweisungen,
- Medikamentenverschreibungen,
- Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit
 42 Tage,
- Heil- und Hilfsmittel.

Zwar fordert das Gesetz auch, die Qualität zu verbessern, Patienten zu beteiligen, aber letztlich steht das ökonomische Interesse im Vordergrund.

Beteiligte an der integrierten Versorgung

Die verschiedenen Netzteilnehmer werden nur mitwirken, wenn sie für sich einen konkreten Nutzen sehen. Dieser ist für die Beteiligten teils identisch, teils unterschiedlich. Die in der Regel an der integrierten Versorgung Beteiligten oder "Nutzenbereiche" sind:

Krankenkassen: Der offensichtlichste Nutzen für die Krankenkassen liegt in der Senkung der direkten Kosten. Daneben steht noch ein Gewinn an morbiditätsorientiertem Risikoausgleich, der nach 2006 erwartet wird.

Krankenhäuser: Bisherige Leistungen werden so vergütet, als ob es sich um Fallpauschalen oder um tagesgleiche Pflegesätze handelt. Allerdings können diese durch verschiedene Ansätze deutlich wirtschaftlicher erbracht werden.

Wir argumentieren immer damit, Krankenhauseinweisungen zu reduzieren. Dabei handelt es sich aber um Einweisungen in Krankenhäuser, die keine spezifischen oder keine hochqualitativen Leistungen anbieten. Die Krankenhäuser im Netz bekommen eher mehr Patienten und mehr spezifische Patienten überwie-

sen. Die leichteren Fälle nehmen ab. Leistungen, die derzeit im Sinne eines Patientenservices ohne Vergütung erbracht werden, werden im Netz integrierter Versorung explizit vergütet. Dabei ist an folgende Leistungen zu denken: Organisation geplanter Aufnahmen, Sicherstellung, dass valide Befunde vorliegen, Organisation von Entlassungen, Mitgabe von Dokumentationen für den nachbehandelnden Arzt und Sicherstellung der Nachbetreuung. Weiter werden zusätzlich vergütete Leistungen möglich wie Schulungen oder fachärztliche Rufbereitschaft. In der Summe der beschriebenen Leistungen ist es Aufgabe des Krankenhauses, den "Leistungsmix" so zu organisieren und zu kalkulieren, dass die Leistungen mit Gewinn erbracht werden können.

Rehabilitation: Auf die Rolle rehabilitativer Einrichtungen soll hier nicht näher eingegangen werden.

Ambulante Behandlung: Bisherige Leistungen werden wie bisher im EBM vergütet. Die anspruchsvollen Leistungen der integrierten Versorung im entsprechenden Vertrag könnten zwar ebenfalls als EBM-Leistung abgerechnet werden, allerdings würden diese Mengen dann die zulässigen Budgetgrenzen für die jeweiligen Fachrichtungen rasch überschreiten. Also werden die bisherigen Leistungen wie bisher und die für die integrierte Versorgung notwendigen zusätzlichen Leistungen gemäß Vertrag "on top" vergütet.

Leistungen, die derzeit im Sinne eines Patientenservices ohne Vergütung erbracht werden, werden im Netz der integrierten Versorung explizit vergütet. Dabei ist an folgende Leistungen zu denken: Recall-Service, Sicherstellung, dass valide Befunde bei der Einweisung vorliegen sowie die Zusicherung einer zuverlässigen, raschen Nachbetreuung. Weiter werden zusätzlich vergütete Leistungen möglich wie Schulungen, fachärztliche Rufbereitschaft, zusätzliche Dokumentation und die Garantie zeitnaher Termine. Zu beachten ist, dass jede erbrachte Leistung entsprechend dokumentiert wird: ohne Dokumentation keine Vergütung!

Medikamente: Die wichtigsten Prinzipien für einen rationalen Umgang mit Medikamenten:

- Medikamente können spezifischer eingesetzt werden,
- __ unnötige Medikamente werden abgesetzt.
- teuere Medikamente können auch in Teilmengen abgegeben werden,
- Medikamente können wegen der größeren Mengen mit Rabatten eingekauft werden.

Heil- und Hilfsmittel: Der Umgang mit Heil- und Hilfsmitteln folgt vergleichbaren Prinzipien wie beim Umgang mit Medikamenten. Die Besonderheiten sind diagnosespezifisch und sollen hier nicht näher erörtert werden.

Organisation und Administration: Die Leistungen im Bereich Organisation und Administration werden getrennt ausgewiesen, kalkuliert und vertraglich vereinbart. Entweder sind die organisatorischen Leistungen notwendig, dann werden sie vereinbart, erbracht und vergütet oder sie sind nicht notwendig – dann werden sie weder erbracht noch vergütet. In letzterem Fall stehen die dafür vertraglich vereinbarten Mittel auch nicht zur Verfügung und könnten der Versorgung gar nicht zugeschlagen werden. Es ist ein bekanntes Missverständnis zu glauben, dass pro Patient eine pauschale Summe zur Verfügung steht, die dann auf die einzelnen Leistungsbereiche verteilt wird. Mittel für die Organisation werden aber getrennt vereinbart und nicht von den Mitteln für die medizinischen Leistung abgezweigt. Es ist weiter missverständlich zu glauben, medizinische Leistungen würden die organisatorischen Leistungen mitfinanzieren. Es ist vielmehr so, dass die organisatorischen Leistungen separat erforderlich sind, da sonst die isolierten medizinischen Leistungen gar nicht integriert im Sinne des Gesetzes und des Vertrages erbracht werden könnten!

Nur zusammen können die Leistungen in entsprechender Qualität erbracht werden – keiner finanziert die andere Seite!

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich Vorsitzender des BDN

Dr. med. Frank Bergmann, Aachen Vorsitzender des BVDN

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



Neurologische Frührehabilitation und Rehabilitation

Vom Phasenmodell der BAR zum Fallpauschalensystem

Das Modell der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation mit den Phasen B (Frührehabilitation), C (weiterführende Rehabilitation) und D (Anschlussheilbehandlung) war mit der Absicht einer nahtlosen Weiterversorgung von hirnverletzten Patienten nach der Versorgung im Akutkrankenhaus geschaffen worden. Dieses Ziel wurde weitgehend erreicht; dennoch bestehen Probleme bei der Finanzierung und den Kriterien für die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit.

ie gesundheitspolitische Umsetzung des Phasenmodells der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) erfolgte in den Bundesländern unterschiedlich. Zwar wird die Frührehabilitation im BAR-Papier der Akutbehandlung nach § 39 SGB V zugeordnet; Realität ist aber, dass in einigen Bundesländern Frührehabilitation als Rehabilitation nach § 40 SGB V stattfindet. Die Zuordnung der Frühreha-Betten zur Krankenhausbehandlung (§ 39) beziehungsweise zur Rehabilitation (§ 40) ist insofern relevant, als Frühreha-Betten nach § 39 dem Fallpauschalensystem unterliegen, solche nach § 40 dagegen nicht.

Problem der unterschiedlichen Finanzierung

Da Krankenhäuser und Rehabilitationsklinken im investiven Bereich unterschiedlich finanziert sind, nämlich Krankenhäuser nach § 39 SGB V über Investitionszuschüsse der Bundesländer, Rehabilitationskliniken über Kredite und Tilgungen, die über den Pflegesatz refinanziert werden, ist ein kurzfristiger Wechsel für die Kliniken nicht ohne weiteres möglich. Um die aktuell bestehenden Frühreha-Betten zu sichern, muss für eine adäquate Vergütung der Frühreha sowohl im Fallpauschalensystem wie auch im Reha-Bereich mit Tagessätzen gesorgt werden. Zumindest für die be-

stehenden Kliniken muss also ein Bestandschutz für die derzeitige Finanzierungsform gefunden werden.

Schwierigkeiten für das bewährte Phasenmodell der BAR resultieren aus dem Fallpauschalengesetz, das bekanntlich nur für die Krankenhausbehandlung nach § 39 gilt. Die Fachgesellschaften DGNR (Deutsche Gesellschaft für Neuro-Rehabilitation) und DGNKN (Deutsche Gesellschaft für Neurotraumatologie und Klinische Neuropsychologie) wie auch Patientenorganisationen haben von Anfang an klar gemacht: Die Frührehabilitation eignet sich nicht für eine Vergütung durch eine diagnosebezogene Fallpauschale; denn sie ist nicht diagnoseorientiert und weist sehr variable Verläufe mit sehr unterschiedlichen Liegedauern auf. Trotzdem hat das Bundesgesundheitsministerium im Prinzip bisher den ursprünglichen Ansatz beibehalten, dass bis auf Psychiatrie und Psychosomatik alle Krankenhausbereiche durch Fallpauschalen entgolten werden sollen. Durch Ausnahmeregelungen (so genannte besondere Einrichtung) ist - wenn auch zeitlich befristet – zurzeit jedoch noch ein großer Teil der Einrichtungen insbesondere in Süddeutschland vom Fallpauschalensystem ausgenommen.

Eigene Codierung

Im Fallpauschalensystem wurde erstmals für das Jahr 2005 im Prozedurenkatalog



ein eigener Code (8-552) für die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation geschaffen. Für die Codierung wird neben anderen Bedingungen insbesondere die Durchführung von 300 Minuten Therapie und/oder therapeutischer Pflege täglich vorausgesetzt. An Wochenenden und an Feiertagen dürften Frühreha-Einrichtungen eine derart hohe Therapiedichte nur ausnahmsweise erreichen. Zusätzlich besteht das Problem, dass wegen diagnostischer Maßnahmen oder interkurrenter Infekte die Therapiezeit oder Therapiefähigkeit des Patienten eingeschränkt sein können und dann diese Therapiedichte nicht erbracht werden kann. Von den Fachgesellschaften und auch verschiedenen Klinikträgergruppen wurden deshalb im Rahmen des strukturierten Dialogs im Februar 2005 verschiedene Vorschläge beim InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) und DIMDI (Deutsches Institut

18 NeuroTransmitter Sonderheft 1-2005



für medizinische Dokumentation und Information) eingereicht. Nach einer Besprechung beim DIMDI vor wenigen Wochen könnte der Kompromiss für die Formulierung des Codes 8-552 im Jahre 2006 darin bestehen, dass die Therapiedichte (Therapie und/ oder therapeutische Pflege) im Durchschnitt des stationären Aufenthaltes 300 Minuten täglich betragen muss, also 300 Minuten nicht mehr an jedem Tag erbracht werden müssen, sondern im Durchschnitt.

Was sind 300 Minuten?

Es stellt sich natürlich konkret die Frage, wie die Erbringung der 300 Minuten Therapie und therapeutischer Pflege zu erfolgen hat. Für die Therapiemaßnahmen besteht wohl in allen Kliniken eine zeitlich vorgegebene Dauer der einzelnen Therapiemaßnahmen (in der

Regel eine Stunde, eine dreiviertel oder halbe Stunde). Schwierig wird dies bei der therapeutischen Pflege. Einerseits ist es dem Pflegepersonal nicht zumutbar, dauernd mit der Stoppuhr zu arbeiten; andererseits muss überhaupt erst einmal festgelegt werden, was unter Grundpflege, Behandlungspflege und therapeutischer Pflege verstanden wird. Nach meiner Erkenntnis haben sich Arbeitsgruppen in Schleswig-Holstein, Niedersachsen und Bayern gebildet, die sich um einen Konsens der Pflegedienstleitungen der Frühreha-Kliniken des jeweiligen Bundeslandes zur Lösung dieses Problems bemüht haben. Am weitesten fortgeschritten scheint die Arbeitsgruppe in Bayern zu sein, die einen Katalog pflegetherapeutischer Leistungen erstellt hat, der mit Minutenwerten des in der Regel erforderlichen Zeitaufwandes für das Pflegepersonal hinterlegt ist. Dieser Katalog ist aber noch nicht mit den Krankenkassen und dem MDK in Bayern abgestimmt.

Weiter ist zum Code 8-552 des Prozedurenkatalogs zu erwähnen, dass zukünftig wahrscheinlich außer dem Facharzt für Neurologie oder Neurochirurgie der Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin und der Facharzt für Pädiatrie mit Zusatzbezeichnung Neuropädiatrie eine neurologisch/neurochirurgische Frühreha-Einrichtung leiten kann, wenn er über eine mindestens dreijährige Berufserfahrung in der neurologisch/neurochirurgischen Frührehabilitation verfügt. Allerdings wird wohl zusätzlich die kontinuierliche Einbindung des neurologisch/neurochirurgischen Sachverstandes in den Frühreha-Prozess gefordert, da im Fallpauschalensystem in der Frührehabilitation definitionsgemäß neurologisch/neurochirurgische krankenhausbehandlungsbedürftige Patienten therapiert werden.

Frühreha-Barthelindex

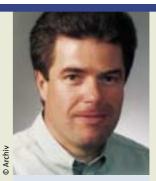
Aktuell in der Diskussion ist im Hinblick auf den Code 8-552 für das Jahr 2006, ob der Frühreha-Barthelindex nach Schönle nur am Anfang der Behandlung 30 oder weniger Punkte betragen darf oder ob dies für die Gesamtdauer der Behandlung gelten soll. Dahinter verbirgt sich die Frage, ob die Beendigung der Frührehabilitation durch das Erreichen eines Frühreha-Barthelindex von mehr als 30 Punkten definiert werden kann.

Das Bundesgesundheitsministerium steht auf dem Standpunkt, dass Frührehabilitation nur so lange erbracht werden darf, wie Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vorliegt. In gleichem Sinne ist auch die Gesetzesbegründung für die Änderung des § 39 SGB V 2001 zu verstehen (Bundesdrucksache 14/1574: "Das Erbringen von medizinischen Leistungen zur Rehabilitation (im Krankenhaus) hat im Rahmen der für die jeweilige Akutbehandlung erforderlichen Verweildauer zu erfolgen"). Damit ergibt sich die Frage nach den Kriterien für die Entlassungsfähigkeit des Patienten aus dem Akutkrankenhaus beziehungsweise wie im Rahmen der Frührehabilitation der Entfall von Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit definiert werden soll.

Leider liegen keine allgemeingültige n Kriterien für die Krankenhausentlassungsfähigkeit eines Patienten vor. Die

Kommentar

In seinem Beitrag referiert Kollege Koenig den aktuellen Stand der politischen Diskussion über Definition und Finanzierung der neurologisch neurochirurgischen Frührehabilitation (Phase B nach BAR). Er diskutiert deren Abbildung im Fallpauschalensystem mittels der OPS 8-552 und deren Auswirkungen auf die verschiedenen Versorgungssysteme Akutkrankenhaus und Rehabilitationsklinik. Ferner grenzt er die neurologische/neurochirurgische Frührehabilitation gegen die "frühe" Rehabilitation bei anderen nicht neurologischen Reha-Indikationen ab. Die Thematik ist insofern für Kollegen in Akutkliniken wie auch für Kollegen in Rehabilitationskliniken von Interesse und Bedeutung.



Prof. Dr. Harald Masur

Wie die politische Entscheidung zu diesem Thema endgültig ausfallen wird, ist noch ungewiss, ebenso die Frage, wer die Leistungen erbringen darf. Wichtig bleibt, dass bei jeder möglichen politischen Entscheidung eine adäquate, fachlich-inhaltlich auf neurowissenschaftlichen Erkenntnissen basierende und quantitativ ausreichende Versorgung der Patienten gewährleistet ist.

Prof. Dr. med. Harald Masur, Bad Bergzabern Schriftführer des BDN



BDN

Versorgungsstrukturen & Abläufe

G-AEP-Kriterien, mit denen der MDK die Fehlbelegung von Krankenhäusern prüfen kann, betreffen lediglich die Aufnahmekriterien in das Krankenhaus. Ein Punktewert von 30 beziehungsweise 35 Punkten im Frühreha-Barthelindex kann sicherlich nicht alleiniges Kriterium für die Beendigung der Krankenhausbehandlung und also auch der Frührehabilitation sein. Denn der Barthelindex misst die Pflegebedürftigkeit, die nicht ohne weiteres mit Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit verbunden ist. Allerdings stellen vier der sechs Frühreha-Erschwernisse nach Schönle typische Elemente für Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit dar (nämlich Beatmungspflichtigkeit, intensivmedizinische Überwachungspflichtigkeit mit Monitor, die Weglaufgefährdung und Überwachungspflichtigkeit wegen Eigen- und Fremdgefährdung). Auch der Tracheostomaträger ist, zumindest solange Entblockungsversuche im Rahmen der Schlucktherapie gemacht werden, engmaschig überwachungspflichtig. Dies kann sicherlich nicht typischerweise von Patienten mit schwerer Kommunikationsstörung behauptet werden.

Neben den genannten Frühreha-Erschwernissen nach Schönle gibt es aber sicherlich weitere Elemente, die Krankenhausbehandlungspflichtigkeit konstituieren können, nämlich beispielsweise interkurrente Infekte, Hydrozephalusabklärung, Ventileinstellung und viele mehr.

Definition ist Ländersache

Interessanterweise müssen die Kriterien für die Beendigung der Krankenhausbehandlung und damit der Frührehabilitation nicht durch DIMDI, InEK oder BMGS festgelegt werden. Vielmehr sieht § 112 SGB V vor, dass die Definition des Endes der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit Ländersache ist, also jedes Bundesland hier eigene Kriterien entwickeln soll. Es besteht somit die absurde Situation, dass bundesweit einheitliche Fallpauschalen kalkuliert werden, das Ende der Krankenhausbehandlung aber in jedem Bundesland anders definiert werden kann.

In einem Fallpauschalensystem dürfte das Ende der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit in der Regel nicht mehr mit bürokratischen Regelungen erzwungen werden müssen, da eine möglichst baldige Beendigung ja im Interesse der Klinik liegt. Im Interesse des Patienten kann das aber in der Frührehabilitation nicht sinnvoll sein. Vielmehr soll das therapeutische Potenzial des Patienten möglichst weitgehend ausgeschöpft werden. Auch dies zeigt wieder, dass unser prinzipieller Zweifel an dem Einschluss der neurologisch/neurochirurgischen Frührehabilitation in das Fallpauschalensystem angebracht ist. Dies wird weiter auch darin deutlich, dass die für dieses Jahr vorgesehene Fallpauschale ja nur für Aufenthaltsdauern in der Frührehabilitation von 14 bis 28 Tagen gilt und bei Überschreiten der 28 Tage mit dem bisher gültigen Tagespflegesatz abgerechnet wird. Die Fachgesellschaften fühlen sich also bislang in der Ablehnung des Fallpauschalensystems für die neurologisch/neurochirurgische Frührehabilitation bestätigt.

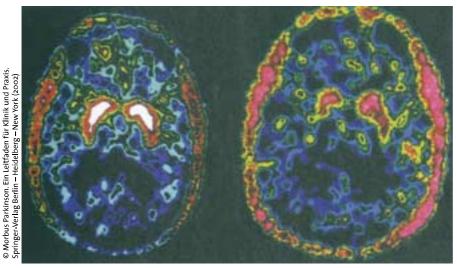
Prof. Dr. med. Eberhard Koenig Neurologische Klinik Bad Aibling



BDN Versorgungsstrukturen &

Strukturierte Versorgung Parkinson

Pilotprojekt als Vorläufermodell



Positronenemisionstomogramm. Links: Gesunder mit symmetrischer Anreicherung von markiertem Dopa im Striatum; rechts: Parkinson-Patient mit asymmetrischer, verminderter Speicherung.

Vor einem Jahr präsentierten die Autoren an dieser Stelle ein Rahmenkonzept für integrierte Versorgungsformen bei Morbus Parkinson. Zu Vertragsabschlüssen kam es jedoch bislang noch nicht. In der Zwischenzeit gibt es für strukturierte Versorgungsformen ein flexibles Basismodul als Pilotprojekt, das im folgenden Beitrag genauer beschrieben wird.

m NeuroTransmitter-Sonderheft 1/2004 waren wir stolz, über eine Rahmenkonzeption zur integrierten Versorgung Parkinson-Kranker berichten zu können. Wir hatten die Hoffnung, bereits ein halbes Jahr nach Inkrafttreten des GMG ein umfassendes, von allen wesentlichen Partnern konsentiertes Konzept nach § 140 SGB V für die effizientere Parkinson-Versorgung vorlegen und mit den Kostenträgern verhandeln zu können. Leider gibt es bis heute trotz vieler Gespräche mit den Krankenkassen keinen einzigen Vertragsabschluss (bis auf das Teilmodul der ambulanten Videoversorgung an wenigen Orten der Republik). Unklar ist, ob es den Kassen

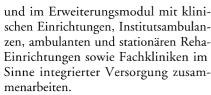
um eine bessere Qualität der Versorgung chronisch Kranker oder doch nur um die rasche Verteilung und den Rückgriff auf die 1 %ige Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung (IV) geht.

Neues Basismodul

Mittlerweile ist aus dem umfassenden und komplexen Rahmenkonzept zur IV Parkinson der flexible Vorschlag für ein überschaubares, umsetzbares und überprüfbares Facharzt-zentriertes Basismodul geworden. Nach diesem Konzept soll der IV-Neurologe oder -Nervenarzt zunächst strukturierte Kooperationen mit Hausärzten, Krankengymnasten und anderen Therapeuten sowie Apotheken eingehen



BDN | Versorgungsstrukturen & Abläufe



Auf der strukturellen Ebene stehen im Vordergrund: Qualifizierung des Praxispersonals, ein spezielles Dokumentationssystem mit krankheitsphasen- und risikogesteuerten Maßnahmenempfehlungen, Langzeitdokumentation und optimierten Praxisabläufen. Weiterhin sind intensive Schulungen für Patienten und Angehörige sowie Qualifizierungsoffensiven für IV-Partner wichtige Bestandteile des Basismoduls. Es besteht Aussicht, dass einzelne Krankenkassen sich für dieses IV-Parkinson-Konzept interessieren. Die Verhandlungen laufen entsprechend. Das Pilotprojekt "Strukturierte Versorgung Parkinson" (SV-P) schreitet aber planmäßig voran.

SV-P-Dokumentationssystem

Zur Erinnerung: Aufbauend auf Überlegungen zu einem Disease-Management-Programm Parkinson hatten vor etwa vier Jahren die SV-P-Projektgruppe von QUANUP, BVDN, BDN, Kompetenznetz Parkinson (KNP) mit der Unterstützung der deutschen Parkinson-Vereinigung (dPV) und einiger Pharmafirmen ein Software-Programm entwickelt, mit dem Verlaufs- und Versorgungsdaten aus der langfristigen ambulanten Patientenversorgung generiert werden sollten. Dieses Dokumentationssystem wurde auf dem Parkinson-Kongress in Dresden vorgestellt (Spieker et al., 2003). Ziel des Systems ist es, dem Arzt an definierten Schwellensituationen von typischen Risiko-Items leitlinienorientierte Handlungsempfehlungen zu geben. Dokumentiert werden die daraus abgeleiteten Maßnahmen sowie der entsprechende klinische Verlauf. Neben der Dokumentation von Langzeitdaten und Mitteleinsatz erlaubt das System qualitätsförderndes Benchmarking.

Das SV-P-Dokumentationssystem ist mittlerweile in 20 Facharztpraxen und vier stationären Einrichtungen implementiert und steht nach Optimierung und Praxisbewährung auch zur Anwendung in weiteren interessierten Einrichtungen zur Verfügung (Kontakt über QUANUP e. V., Geschäftsstelle, Hauptstr. 106, 35745 Herborn, Fax 0 26 41/ 98 96 14).

Auf dem DGN-Kongress in Wiesbaden 2005 werden in der KNP-Sitzung die ersten Auswertungen von über 200 Datensätzen aus zwölf Piloteinrichtungen mit annähernd 800 Visiten-Dokumentationen vorgestellt. Die Dokumentation erfasst umfangreiche Eingangs- und Konsultations-bezogene Verlaufsdaten mit genauer Patientenbeschreibung, UPDRSbasierten Parkinson-spezifischen Befunden, Daten zur Lebensqualität, Algorithmus-gesteuerten Handlungsempfehlungen sowie verordneten Maßnahmen. Das Dokumentationsmodul ist auf Anregung der "Piloten" zwischenzeitlich in mehreren Updates verbessert worden und derzeit nur als Einzelplatzversion für Praxen verfügbar. Die Entwicklung einer netzwerkfähigen Version ist prinzipiell möglich; aus Lizenzkostengründen wurde in der Pilotphase auf diese Weiterentwicklung bisher verzichtet.

Schnittstelle für die Auswertung

Zum Datenexport und zur Datenintegration haben wir in Zusammenarbeit mit dem Kompetenznetz Parkinson ein Datenbankmodell und eine Schnittstelle entwickelt, die es erlaubt, SV-P-Datensätze in das Kompetenznetz zur weiteren Auswertung zu übertragen. Außerdem liegt eine weitere Schnittstelle vor, über die Daten auch im projekteigenen QUANUP-Server aufgenommen und zur Analyse weiterverarbeitet werden können. Der Datenexport erfolgt bislang (bewusst) nicht über das Internet.

Das Dokumentationsmodul ist sowohl in klinischen als auch ambulanten Strukturen anwendbar, wobei die verfügbaren Datenverwaltungsprogramme in Klinik und Praxis bislang aber in der Regel nicht kompatibel sind. Ein umfangreicher, automatisch generierter schriftlicher Konsultationsbericht als Teil einer Patientenakte macht diese Hürde wett. Die nächste Weiterentwicklung der Software dient dem Ziel, neben den klinischen Verlaufs- und Behandlungsdaten die Generierung der gesundheitsökonomisch wichtigen Versorgungsdaten zu optimieren. Zu diesem Zweck ist die Einbindung einer regelmäßig aktualisierten Pharma-Datenbank (mit PharmaZentralnummer und Arzneimittelkosten) und der Aufwendungen für Heilmittelanwendungen erforderlich.

Dank der Unterstützung der beteiligten Verbände, der dPV und des Hauptsponsors Boehringer Ingelheim, aber auch der Unternehmen Pharmacia, Pfizer, Desitin und Cephalon konnte das Software-Tool nicht nur entwickelt und weiterentwickelt, sondern auch im konkreten Praxisalltag der ambulant-fachärztlichen und der stationären Versorgung erfolgreich erprobt werden.

SP-V-Modul: Ausbildung zur **Parkinson-Assistentin**

Die Berliner SV-P-QUANUP-Gruppe und der Arbeitskreis Parkinson-Syndrome Berlin e. V. hat 2004 bereits 17 Arzthelferinnen zur Parkinson-Assistentin (PASS) erfolgreich ausbilden können (s. auch Beitrag auf S. 40 ff.). In 55 Ausbildungsstunden an sieben Tagen haben die beteiligten Kolleginnen und Kollegen die Arzthelferinnen umfangreich, speziell auch hinsichtlich Patienten- und Angehörigen-Edukation, ausgebildet. Nach einer Prüfung gab es ein entsprechendes Zertifikat (Müngersdorf et al., 2004).

Jetzt werden Praxen in Berlin konkret umstrukturiert, um den Nutzen der PASS-Ausbildung auch im Praxisalltag für die Patienten verfügbar zu machen. Die zweite Ausbildungsrunde folgte im Mai dieses Jahres in Kooperation mit dem Verein Mittelhessen e. V. und dem KNP in Marburg. Das Ausbildungscurriculum wurde in der Zwischenzeit auf 40 Ausbildungsstunden reduziert und verdichtet, sodass 20 hessische und rheinland-pfälzische Arzthelferinnen bereits nach zwei intensiven Wochenendkursen ihr Zertifikat erhielten. Die nächsten Kurse werden im Herbst in der Region Stuttgart im Südwesten sowie in den östlichen Bundesländern (Mecklenburg-Vorpommern) stattfinden.

Die DPG, die dPV und selbst österreichische Selbsthilfeverbände interessieren sich mittlerweile für das Ausbildungsprogramm PASS. Wir sind den Berliner Kolleginnen und Kollegen, allen voran Dr. Martina Müngersdorf, Sylvia Ballach, Ines Friedrich, Dr. Reinhard Ehret, Dr. Kerstin Anvari und Dr. Wilfried Lüer dankbar, dass sie sich im SV-P-Projekt so intensiv um diese Qualifizierung küm-

mern. Die krankheitsspezifisch fortgebildete Arzthelferin ist aus unserer Sicht die wesentliche Stütze für die Optimierung der Parkinson-Versorgung in der Facharztpraxis - an der Schnittstelle zwischen den IV-Partnern und der Qualifizierung und Edukation der Patienten und ihrer Angehörigen. Wir verfolgen die Vision, dass jede IV-Praxis über die Kompetenz einer speziell weitergebildeten Arzthelferin verfügen muss, wobei es Aufgabe der Berufsverbände, der Fachgesellschaften und der Selbsthilfeverbände und nicht der pharmazeutischen Industrie sein sollte, die Helferinnenqualifizierung unabhängig anzubieten. QUANUP und die Berufsverbände werden sich hier auch um die Ausbildung für andere Indikationen kümmern.

SV-P-Modul: Hausarztkooperation

Im Rahmen des SV-P-Pilotprojektes und natürlich zur Vorbereitung von IV-Konzepten wird zurzeit ein aus Untersuchungen von Hoeglinger et al. (2003) und dem KNP abgeleitetes spezielles Früherkennungsprogramm in die Kooperation zwischen Haus- und Facharzt eingeführt. Es soll mithelfen, den Blick der Hausärzte für die Früherkennung der Parkinson-Erkrankung zu schärfen. Außerdem sind die SV-P-Pilotpraxen an ihren regionalen Standorten derzeit damit beschäftigt, in Qualitätszirkeln die interessierten Hausärzte in Update-Veranstaltungen für die speziellen Anforderungen an eine IV-Kooperation zu schulen und eine gemeinsame regionale Informationsplattform zu entwickeln.

Überall stößt das SV-P-Projekt auf reges Interesse und Kooperationsbereitschaft. Die Bedingungen für eine integrierende Zusammenarbeit zwischen haus- und fachärztlicher Versorgungsebene scheinen nach unserer Erfahrung erfolgversprechend. Allerdings wird es im Hinblick auf die derzeit desolaten Rahmenbedingungen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung nicht ohne zusätzliche Anreize zu einem flächendeckenden "Roll-out" der optimierten Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten kommen.

Die wichtigste Wirtschaftlichkeitsreserve in der strukturierten und zukünftig integrierten Versorgung ist es, die stationäre Fehl- und Überversorgung zu vermeiden. Hier ist vor allem die häufig zu beobachtende und komplikationsträchtige stationäre Fehlallokation der Parkinson-Kranken im Allgemeinkrankenhaus zu nennen (Infektionen, vegetative Störungen oder zu lange Immobilisierung nach leichten Sturzkomplikationen). Im IV-Verbund zwischen Hausund Facharzt (sowie den Kliniken und Fachkliniken) müssen die Behandlungspfade der stationären Versorgung, insbesondere die Zuweisungskriterien, optimiert und transparent geregelt werden. Hier sollte nach unseren Vorstellungen dem Facharzt die Lotsenfunktion über die stationäre Einweisung zufallen.

SV-P-Modul: Therapeutenkooperation

Im Umfeld der Pilotpraxen bauen wir eine spezifische regionale Kooperation mit Parkinson-erfahrenen oder -interessierten Heilmittelerbringern auf. Dies soll die nicht medikamentöse Therapie und die ambulante Heilmittelversorgung für die Patienten verbessern. Weitere Ziele sind die Verbreitung und zielorientierte Anwendung neuer evidenzbasierter Parkinson-spezifischer Heilmittel, wie auch die Umsetzung neuer Therapiestrategien (z. B. posturale Kontrolle, Joebges et al., 2005). Bislang ist die Qualität der Parkinson-spezifischen Heilmittelversorgung - Krankengymnastik und Reha-Sport, Logopädie und Ergotherapie, aber auch Psychologie und Neuropsychologie - oft sehr heterogen und regional selbst für den erfahrenen Verordner nicht transparent. Auch die offiziellen DGN-Leitlinien helfen in diesem Bereich (noch) nicht weiter.

In der SV-P-Pilotgruppe haben wir mit Dr. Michael Joebges vom Neurologischen Rehabilitationszentrum Leipzig-Bennewitz, dem Ambulanten Neurologischen Rehabilitationscentrum Ahrweiler und den Vertretern der Physiotherapeutenverbände eine Kooperations- und Qualifizierungsoffensive verabredet, die nach den guten Erfahrungen mit der PASS-Ausbildung in ein weiteres gemeinsames Ausbildungscurriculum für Heilmittelanwender münden soll. In Gesprächsrunden suchen die SV-P-Piloten in ihren jeweiligen Regionen Kontakt zu Heilmittelerbringern, um auf dieser Ba-

sis eine bessere Versorgungsstruktur aufzubauen. Auch spezielle ambulant und wohnortnah durchzuführende rehabilitative Komplextherapiekonzepte für Parkinson-Kranke befinden sich schon in konkreter Erprobungsphase.

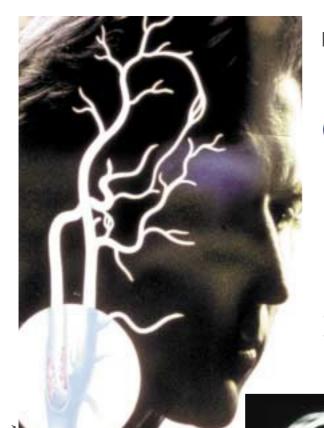
SV-P-Modu<mark>l:</mark> Levodopa-Syndrom

Eine Arbeitsgruppe der SV-P-Piloten hat damit begonnen, in Kooperation mit der DPG und dem KNP, ein Versorgungsprogramm zum Thema L-Dopa-Langzeitsyndrom mit all seinen komplexen notwendigen Interventionen aufzubauen. Es sollen Entscheidungsalgorithmen und Behandlungspfade erarbeitet werden, nach denen in Zusammenarbeit mit qualifizierten Schwerpunktambulanzen oder -kliniken die Probleme des Levodopa-Syndroms besser bewältigt werden können als bisher. Im Rahmen dieses SV-P-Teilmoduls wird auch das Instrument der häuslichen Videodokumentation für die Anwendung in SV-P-Praxen erprobt ähnlich wie das an einigen Standorten bereits in der Zusammenarbeit zwischen klinischen und fachärztlichen Institutionen geschieht und vertraglich mit einigen Krankenkassen geregelt ist.

Ausblick

Im Projekt "Strukturierte Versorgung Parkinson" haben sich zahlreiche Kolleginnen und Kollegen zu einer Versorgungsoptimierung für die Parkinson-Patienten in einem "bottom-up"-Konzept zusammengefunden. Den beteiligten "Leistungserbringern", den fördernden Verbänden und Gesellschaften und den unterstützenden Firmen sei herzlich für diese Initiative und Projekttreue gedankt. Alle Beteiligten erleben Kreativität und verbesserte Versorgung allein durch neue Netz- und Kooperationsstrukturen und hoffen auf eine weitere positive Entwicklung. Das Projekt wird in eine flächendeckende integrierte Versorgung für Parkinson-Kranke übergehen können, wenn es die Kostenträger mit konkreten Vertragsabschlüssen zulassen.

Dr. Dr. med. habil. Paul Reuther, Bad Neuenahr-Ahrweiler Dr. med. Reinhard Ehret, Berlin Dr. med. Martina Müngersdorf, Berlin Dr. med. Alexander Simonow, Herborn



Integrierte Versorgung Schlaganfall Kompetent und effizient therapieren

Die integrierte Versorgung ist ein sektorenübergreifendes Konzept für eine effiziente Behandlung von Patienten. Neurologische Fachgesellschaften und Berufsverbände haben ein Rahmenkonzept für diese Versorgungsform bei Schlaganfall-Patienten entwickelt. Mittlerweile sind bereits mehrere Verträge abgeschlossen. Allerdings sind regionale Unterschiede in der Versorgung zu beachten.

uf Initiative des BDN wurde Ende 2003 eine Arbeitsgruppe zur Entwicklung eines Rahmenkonzeptes für die integrierte Versorgung von Schlaganfall-Patienten gegründet. Von Beginn an wurden hohe Anforderungen an die Konsensqualität gestellt. In der Task Force Schlaganfall arbeiten daher die wissenschaftlichen Fachgesellschaften, DGN und DSG, die Stiftung Deutsche Schlaganfallhilfe (SDHS) sowie Vertreter der Berufsverbände BDN und BVDN eng zusammen.

Über den Zeitraum eines Jahres bis Mitte 2004 erarbeitete die Gruppe unter der Moderation von Klaus Piwernetz, NeuroKonsult beziehungsweise medimaxx, als "Task Force Schlaganfall" ein Rahmenkonzept für die integrierte Versorgung des Schlaganfalls (IV Schlaganfall). Mit dem Rahmenkonzept waren zwei Ziele verbunden: Der gesamte Behandlungspfad für Patienten mit Schlaganfall sollte erstmals durchgängig abgebildet werden. Außerdem stand damit eine Vorlage für Verhandlungen mit den

Krankenkassen zur Verfügung. Das Rahmenkonzept steht daher nur auf den geschlossenen Seiten der DGN-Homepage zur Ansicht und zum Download bereit.

Vertragsverhandlungen

Seit dem das Rahmenkonzept zur Verfügung steht, sind in verschiedenen Regionen auf dieser Basis Verhandlungen mit den Krankenkassen geführt worden. Leider gibt es bisher trotzdem nur wenige Verträge zur Behandlung von Schlaganfallpatienten. Auf der Basis des Rah-

Hämorrhagischer Insult mit Einblutung in beide Ventrikel. Gerade bei schweren Verläufen ist eine optimal aufeinander abgestimmte Versorgung der Patienten durch alle Beteiligten unabdingbar.

menkonzeptes stehen derzeit in Nordrhein Verträge in Krefeld, in Kevelaer und in Essen kurz vor dem Abschluss, die federführend mit der AOK verhandelt wurden. In Bayern wurde sowohl in München als auch in Erlangen intensiv mit der AOK verhandelt, bislang aber kein Ergebnis erzielt. Tatsächlich abgeschlossen sind bisher zwei Verträge mit der Barmer Ersatzkasse in der Region Marburg und in der Rhein-Main-Region. In beiden Verträgen steht die Pauschalierung von Leistungen der Rehabilitation im Vordergrund. Aktuell laufen Verhandlungen noch in Kassel.

In allen Verhandlungen zeigte sich, dass es notwendig ist, die zusätzlichen Leistungen der integrierten Versorgung in Modulen zu definieren. Durchgesetzt hat sich dabei bisher die Herangehensweise, die IV-Leistungen zusätzlich zur bestehenden Vergütungsstruktur zu definieren und abzurechnen. Dieses Vorgehen ist überschaubar und für alle Beteiligten mit einem nur geringen Risiko behaftet. Die in Nordrhein bisher be-

26 NeuroTransmitter Sonderheft 1-2005



BDN | Versorgungsstrukturen & Abläufe

Module der integrierten Versorgung Schlaganfall in Nordrhein			
Modul	Inhalte		
Akutbehandlung	ärztliche Zusatzleistungen Innovationen		
Rehabilitation	Flexibilisierung von vollstationärer und teilstationärer Rehabilitation		
Ambulante Nachsorge	strukturierte Sekundärprävention Hilfs- und Heilmittel Outcome-Assessment		
Case Management	Terminplanung Beratung und Hotline		
Prozessmanagement/ Netzwerkbetreuung	Qualitätszirkel und Qualitätsmanagement Schulungen der Leistungserbringer		

rechneten Module sind in Tabelle 1 dargestellt. Es erscheint sinnvoll, in einem IV-Vertrag den gesamten Behandlungspfad abzubilden und somit für alle Module Leistungen zu vereinbaren. Erst dadurch wird eine durchgängig hohe Qualität zu erzielen sein.

Regionale Unterschiede

Bei den Verhandlungen zeigte sich auch, dass regionale Besonderheiten berücksichtigt und konzeptionelle Anpassungen vorgenommen werden müssen. Die drei Verträge in Nordrhein unterscheiden sich daher in ihren Schwerpunkten deutlich:

- ▶ In Kevelaer wird eine neurologische Schlaganfallversorgung derzeit erst neu aufgebaut. Daher liegt dort der Schwerpunkt auf der Optimierung der Abläufe zur Akutversorgung der Patienten mit der Schulung der Leistungserbringer in und außerhalb des Krankenhauses.
- ▶ In Krefeld besteht schon eine gute Logistik zur Akutversorgung, gleichzeitig aber noch keine Möglichkeit zur stationären Rehabilitation nach Phase C und D. Deswegen wird dort die Ergänzung der fehlenden Rehabilitationsmöglichkeiten und deren flexibler Einsatz einen Schwerpunkt bilden.
- ▶ In Essen besteht durch den Schlaganfallverbund schon seit einigen Jahren ein durchgängiges Versorgungskonzept, gleichzeitig durch wissenschaftliche Studien ein besonderes Know-how auf dem Gebiet der Sekundärprävention. Daher wird in Essen ein Vertrag zur strukturierten Sekundärprävention gemeinsam mit den niedergelassenen Neurologen abgeschossen und wissenschaftlich begleitet.

In allen drei Fällen sind die Krankenkassen bereit, die Qualitätssteigerung durch zusätzliche Mittel zu unterstützen. Gleichzeitig werden Instrumente zur Einsparung von Ressourcen vereinbart, beispielsweise durch den günstigen Einkauf von Medikamenten für die Region und den optimierten Einsatz von Hilfsmitteln und ambulanten Therapien.

Komplexpauschalen

Problematisch erscheint aus Sicht der meisten Leistungserbringer derzeit die Vereinbarung von Komplexpauschalen. Aus anderen Bereichen sind Verträge bekannt, bei denen Pauschalen für den akutstationären Aufenthalt und die anschließende stationäre Rehabilitation vereinbart wurden. Solche Komplexpauschalen gehen in aller Regel mit einer Absenkung der Vergütung einher. Diese Verträge erscheinen nur dort für die Leistungserbringer attraktiv, wo eigene Rehabilitationsstrukturen unterstützt und die stetige Auslastung sichergestellt werden sollen. Eine Qualitätssteigerung ist durch eine Absenkung der Kostenerstattung sicherlich nicht zu erreichen. Besonders schmerzhaft ist diese Entwicklung für den Bereich der teilstationären Rehabilitation (tagesklinische Rehabilitation), wenn durch weiteres Anziehen der Preisschraube eine qualitativ gute Arbeit immer schwieriger wird.

IV-Projekt der SDSH

Um die IV-Konzepte zur Verbesserung der Schlaganfallversorgung über den gesamten Behandlungspfad hinweg effektiv umzusetzen, hat die Stiftung Deutsche

Schlaganfallhilfe (SDSH) diese Aufgabe zu einem besonderen Schwerpunktprojekt erklärt. Unter dem Titel "QuIS -Qualitätsmodell Integrierte Schlaganfall-Versorgung" ging sie dafür eine Kooperation zusammen mit der Task Force Schlaganfall und der Hildebrandt Gesundheits Consult (HGC) ein. Das Projekt basiert auf dem eingangs kurz dargestellten Rahmenkonzept zur IV Schlaganfall und stellt Instrumente zur Verfügung, um regionale IV-Verträge erfolgreich entwickeln und abschließen zu können. Anfang 2005 erfolgte daher eine bundesweite Ausschreibung, auf die sich Einzelprojekte und Projektpartner bewerben konnten. Insgesamt gingen darauf 180 Bewerbungen ein, was das große Interesse an der Thematik beweist. Mittels Fragebogen wurden im Rahmen der Ausschreibung schon wichtige Strukturdaten der Bewerber erfasst. Im weiteren Bewerbungsverfahren sollen nun die zehn besten und erfolgversprechendsten Bewerber ihre Konzepte im Rahmen einer Auswahlveranstaltung vor der Jury präsentieren. Die besten Konzepte werden dann mit inhaltlicher, administrativer und personeller Unterstützung bei Vertragsverhandlungen vor Ort umgesetzt und die entsprechenden Leistungen implementiert. Nach derzeitigem Zeitplan könnten die ersten Projekte im Rahmen von QuIS Anfang 2006 starten.

Qualitätssicherung

Eine besondere Rolle spielt bei allen IV-Projekten die Qualitätssicherung. Für die Nachhaltigkeit der neuen Strukturen ist eine gute Dokumentation und überzeugende Qualitätssicherung unerlässlich. Für die IV Schlaganfall empfiehlt die Task Force ein dreistufiges Vorgehen. Die beiden Grundstufen sollten dabei eine Vorbedingung für jedes Projekt sein.

Die Basis ist die Erhebung der Prozessqualität, gemessen an den vorher gesteckten Zielen für jedes Projekt. Dabei geht es um den Nachweis, das Evidenz-basierte Maßnahmen und die von Experten als sinnvoll erachteten Abläufe tatsächlich umgesetzt werden. Für die Erhebung der Prozessqualität sollte in der Regel das modifizierte Basismodul der ADSR (Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Schlaganfallregister) verwendet werden.

- ▶ Bei der mittleren Stufe der Qualitätssicherung soll über ein Prognosemodell der tatsächlich erzielte Outcome mit dem prognostizierten Outcome verglichen werden. Dafür ist die Erhebung des Outcomes nach drei und zwölf Monaten in Form der Ranking-Scale notwendig. Aus dem positiven und negativen Abweichen von der Prognose können dann Rückschlüsse auf die Qualität der Instrumente gezogen werden.
- Über diese beiden Ebenen der Qualitätssicherung hinaus wird aber in QuIS angestrebt, zusammen mit den Krankenkassen Instrumente der Versorgungsforschung einzusetzen, durch die entweder eine Region vor und nach Umsetzen von Leistungsmodulen oder zwei Regionen mit und ohne solche Leistungsmodule verglichen werden. Diese Ebene der Versorgungsforschung wird voraussichtlich jedoch auch zusätzliche Mittel benötigen. Hier wäre eine Möglichkeit, sich um die entsprechenden Mittel, die von der Bundesärztekammer für die Versorgungsforschung zu Verfügung gestellt werden, zu bewerben.

Zwischenbilanz

Zur Zwischenbilanz lässt sich verhalten positiv zusammenfassen, dass einige Pilotverträge mit unterschiedlichen Schwerpunkten zur IV Schlaganfall erfolgreich verhandelt wurden und teilweise schon abgeschlossen sind oder kurz vor dem Abschluss stehen. Von bundesweiten Rahmenverträgen oder einem flächendeckenden "roll-out" sind wir jedoch noch weit entfernt. Die hohe Zahl an Schnittstellen in der Versorgungskette und der damit verbundene hohe Komplexitätsgrad unterscheidet ein Schlaganfallkonzept etwa von Komplexpauschalverträgen im Bereich der Endoprothetik oder auch von Marketingverträgen ohne Innovation. Dies ist sicherlich einer der Gründe, warum viele Kostenträger trotz verbrieft hoher Qualität der eingereichten Konzepte mit Zurückhaltung reagiert haben. Die Erfahrungen der modifizierten und in der Regel deutlich "abgespeckten" Konzeptualisierungen in den Modellregionen sind von eminenter Bedeutung für die weiteren Entwicklungen und Vertragsverhandlungen auch in anderen Regionen. Die Kommission Integrierte Versorgung der DGN im Allgemeinen

Mitglieder der Task Force Schlaganfall:

- E. Busch (DGN, Kommission integrierte Versorgung)
- H. Diener (DGN, Kommission Stroke Units)
- _ M. Grond (SDH)
- C. Kögerl (SDSH)
- ___ U. Meier (BDN)
- K. Piwernetz (Medimaxx)
- _ P. Reuther (BVDN)

und die Task Force Schlaganfall im Besonderen werden versuchen, diese Erfahrungen zu bündeln und an die Mitglieder der Fachgesellschaften und Berufsverbände weiterzugeben. Um das Versorgungskonzept inhaltlich weiter zu schreiben und insbesondere auch Evaluationskonzepte zu entwickeln, wurde unter anderem die Initiative der Task Force erweitert und mündete im gemeinsamen Projekt QuIS mit der SDSH. Das bundesweite Auswahlverfahren für Projektregionen wird im Herbst dieses Jahres abgeschlossen, sodass Anfang 2006 mit dem Abschluss weiterer qualitativ guter Verträge gerechnet werden kann.

PD Dr. med. Elmar Busch, Kevelaer Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich für die Task Force Schlaganfall

NeuroTransmitter Sonderheft 1·2005

Integrierte Versorgung Kopfschmerz

Konzept für eine optimierte Therapie

Die Versorgung von Patienten mit chronischen Kopfschmerzen ist problematisch. Es gibt kaum ambulante Einrichtungen, die einen interdisziplinären Therapieansatz bieten, geschweige denn eine tagesklinische Betreuung. Die integrierte Versorgung bietet hier ein ideales Versorgungskonzept. Das Kopfschmerzzentrum an der Neurologischen Universitätsklinik Essen hat ein solches Konzept in Kooperation mit der Kaufmännischen Krankenkasse Hannover verwirklicht.

opfschmerzen sind das häufigste neurologische Krankheitsbild. Etwa 12–14% aller Frauen und 7–8% aller Männer leiden unter Migräne. Eine besondere Herausforderung sind Patienten mit chronischen Kopfschmerzen, die in der deutschen Bevölkerung mit einer Häufigkeit von 3–4% auftreten. Dahinter verbergen sich chronische Spannungskopfschmerzen, medikamenteninduzierte Dauerkopfschmerzen sowie die (seltene) chronische Migräne.

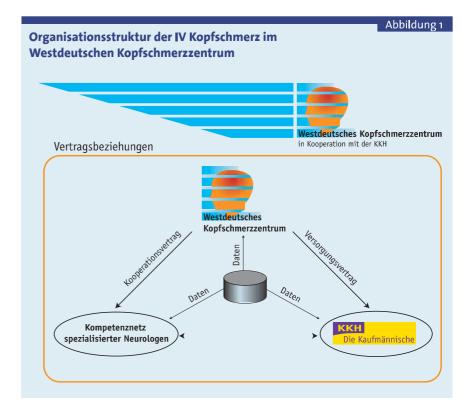
Die meisten Patienten sind in Schmerzkliniken schlecht aufgehoben, da diese zwar Erfahrung in der Behandlung von neuropathischen Schmerzen, Rücken- und Tumorschmerzen haben, aber häufig nicht besonders kompetent in der Behandlung von Patienten mit chronischen Kopfschmerzen sind. Leider werden immer noch Patienten mit medikamenteninduzierten Dauerkopfschmerzen in psychiatrische Kliniken

zum Medikamentenentzug eingewiesen, wo dann keine Kompetenz bezüglich der weiteren Betreuung und Einleitung einer wirksamen Prophylaxe besteht. Ein weiteres Problem für niedergelassene Neurologen und Nervenärzte ist die Tatsache, dass sie viele Patienten mit schwierigen Kopfschmerzen nur ein Mal sehen, eine Therapieempfehlung aussprechen und dann keine Information über den weiteren Krankheitsverlauf bekommen. Damit stehen wichtige Rückkopplungsinformationen zur Steuerung des eigenen therapeutischen Verhaltens nicht zur Verfügung.

Das Westdeutsche Kopfschmerzzentrum

Einen entsprechenden Modellversuch konnte die Neurologische Universitätsklinik Essen mit der Gründung des West-

FORTSETZUNG SEITE 33 ___



BDN | Versorgungsstrukturen & Abläufe

deutschen Kopfschmerzzentrums (in Kooperation mit der Kaufmännischen Krankenkasse Hannover) in diesem Jahr verwirklichen, das am 1. Februar seine Tätigkeit aufgenommen hat. Die integrierte Versorgung führt verschiedene Fachdisziplinen wie Neurologie, Psychosomatik, psychologische Verhaltenstherapie, Sporttherapie und Physiotherapie zusammen. Das Konzept integriert stationäre Therapie, tagesklinische Betreuung, ambulante Betreuung am Kopfschmerzzentrum, die wohnortnahe Versorgung durch niedergelassene Neurologen und Schmerztherapeuten sowie die Betreuung durch die Krankenkasse (Abb. 1, S. 30).

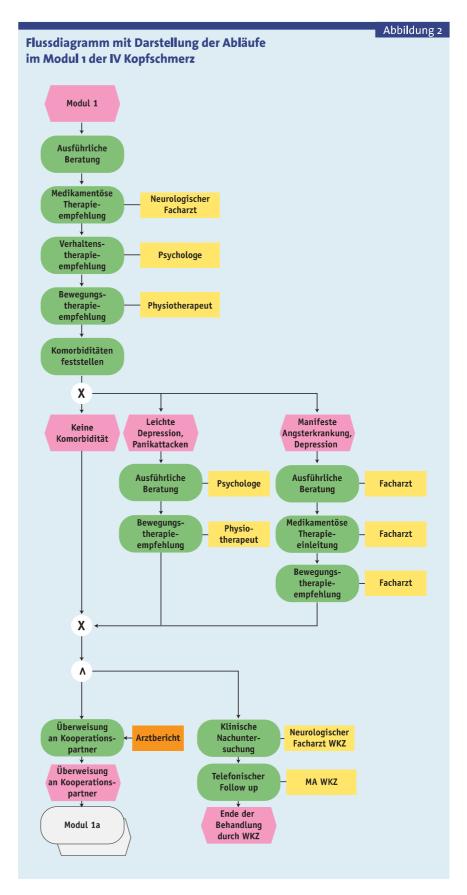
Alle Patienten unterziehen sich vor dem persönlichen Erstkontakt einem Telefoninterview. Dabei wird entschieden, welchem Therapiemodul (s. u.) die Patienten zugeordnet werden. Ziel ist es, Patienten über das Krankheitsbild Kopfschmerz aufzuklären und in eine selbstverantwortliche Therapie zu integrieren. Weitere Ziele sind eine optimale Betreuung von Patienten mit akuten Kopfschmerzereignissen, eine wirksame Prophylaxe mit Reduktion der Kopfschmerztage um 50% und eine 50%ige Reduktion der Fehltage am Arbeitsplatz.

Vier Module

Modul o: Patienten mit unkomplizierten Kopfschmerzen, wie beispielsweise seltenen Migräne-Attacken, werden einmalig untersucht und beraten. Die weitere Betreuung erfolgt dann entweder durch den Hausarzt oder durch einen niedergelassenen Neurologen/Schmerztherapeuten, der Vertragspartner innerhalb der integrierten Versorgung ist.

Modul 1: Patienten mit häufigen Migräne-Attacken werden bezüglich Akuttherapie, Prophylaxe und nicht medikamentöser Maßnahmen ausführlich beraten. Das Ergebnis wird dann vom niedergelassenen Vetrags-Neurologen umgesetzt (Abb. 2). Die Patienten werden nach drei und zwölf Monaten in einem Telefoninterview nach dem Behandlungserfolg gefragt. Bei unzureichendem Therapieerfolg können die Patienten nochmals im Kopfschmerzzentrum vorgestellt werden.

Modul 2: In dieses Modul werden Patienten mit chronischen Kopfschmerzen





BDN

Versorgungsstrukturen & Ahläufe

oder hoher Attackenfrequenz bei Migräne beziehungsweise beginnenden medikamenteninduzierten Dauerkopfschmerzen aufgenommen. Nach einem initialen Gespräch und Diagnostik erfolgt dann über fünf Tage eine tagesklinische Betreuung mit Schulung über Wirkungsmechanismus und Einsatz der Therapie sowie Grundlagen von Kopfschmerzerkrankungen. Ein Verhaltenspsychologe berät die Patienten und macht sie mit nicht medikamentösen Therapiestrategien vertraut. Eine medikamentöse Migräne-Prophylaxe wird eingeleitet. Wenn notwendig, erfolgt eine psychosomatische Beratung und gegebenenfalls eine Vermittlung an entsprechende niedergelassene Kollegen. Die weitere Betreuung übernehmen sowohl Vertragspartner im niedergelassenen Bereich (Neurologen/ Schmerztherapeuten) als auch das Kopfschmerzzentrum selbst im Abstand von drei Monaten.

Modul 3: Bei Patienten mit schweren chronischen Kopfschmerzen, therapierefraktären Kopfschmerzen, wie beispielsweise chronischer Cluster-Kopfschmerz, paroxysmaler Hemikranie oder "new daily persistent headache" sowie Patienten mit medikamenteninduzierten Dauerkopfschmerzen und relevanter Komorbidität (Depression, Angsterkrankung, Somatisierungsstörung) finden der Medikamentenentzug und die Neueinstellung unter stationären Bedingungen statt. Die weitere Betreuung erfolgt dann wie bei Modul 1 durch Vertragspartner im niedergelassenen Bereich und durch Wiedervorstellungstermine im Kopfschmerzzentrum.

Dokumentation des Verlaufs

Bei allen Patienten wird der weitere Verlauf exakt dokumentiert; so ist es möglich über entsprechende Rückkoppelungsmechanismen den Erfolg oder Misserfolg beziehungsweise die Patientenzufriedenheit darzustellen. Die Teilnahme an der integrierten Versorgung endet zunächst bei einer über drei Monate anhaltenden Reduktion der Kopfschmerztage unter fünf Tage im Monat oder einem Verbrauch von weniger als fünf Triptaneinheiten pro Monat.

Die Besonderheit der integrierten Versorgung ist, dass die einzelnen Diagnose- und Therapiemodule unabhängig von der Kassenärztlichen Vereinigung kostendeckend honoriert werden. Auch der Zusatzaufwand der Dokumentation bei niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen wird entsprechend vergütet.

Das Konzept der integrierten Versorgung bei Kopfschmerzen bietet eine ideale Möglichkeit, Patienten mit chronischen und schwierigen Kopfschmerz-Syndromen optimal zu betreuen. Wenn das System sich in Essen bewährt, ist geplant, weitere Krankenkassen einzubeziehen und das Konzept dann flächendeckend zumindest in Ballungsräumen in Deutschland umzusetzen.

Prof. Dr. Hans-Christoph Diener Dr. med. Astrid Gendolla Dr. med. Philipp Stude Ulrich Müller

Neurologische Universitätsklinik Essen

Marcus Wollny Kaufmännische Krankenkasse Hannover

Dr. med. Uwe Meier Vorsitzender des BDN

NeuroTransmitter Sonderheft 1.2005





iele Institutionen und Gremien befassen sich mit der Qualitätssicherung: Partner der ärztlichen Selbstverwaltung, Kostenträger, politische und "unabhängige" Institutionen. Dabei ist es als kritisch anzusehen, wenn das Datenmonopol aus der vertragsärztlichen und stationären Versorgung - insbesondere auch aus der sektorübergreifenden integrierten Versorgung – bei den Kostenträgern oder nicht-ärztlichen Beratungsfirmen liegt. Hier liegt die Gefahr, dass Versorgungsdaten nach eigenem Interesse verwertet, zurückgehalten oder funktionalisiert werden. Es erscheint vor diesem Hintergrund zunehmend bedeutsam, dass nicht "externe" oder fachfremde Experten ohne berufsspezifisches Erfahrungswissen die Definitionsgewalt für das neurologische Fachgebiet beanspruchen. Daten aus der Versorgung und aus Qualitätsprojekten, die wir selber generiert haben, sollten in der Hand der Neurologen bleiben beziehungsweise durch Neurologen aufgearbeitet werden. Qualitätsdiskussionen ohne Erfahrungswissen laufen stets Gefahr, zu kurz zu greifen.

Deutsches Institut für Qualität in der Neurologie

Dateimanagement aus eigener Hand

Exakte Daten gewinnen bei der Qualitätssicherung zunehmend an Bedeutung. Das Deutsche Institut für Qualität in der Neurologie - DION - erfasst und analysiert die entsprechenden Daten aus der Versorgung neurologischer Patienten. Eine weitere Aufgabe dieses Instituts ist die Kooperation mit Kostenträgern, politischen Institutionen und Medien.

Die Bemühungen der Fachgesellschaften und Berufsverbände um Qualität sollten daher stärker gebündelt und systematisiert werden. Die Vorstände von DGN, BDN und BVDN haben aus diesem Grund beschlossen, mit diesen Aufgaben ein eigens hierfür gegründetes Institut für Qualität zu beauftragen. Das Institut trägt den Namen "Deutsches Institut für Qualität in der Neurologie" – DIQN.

Daten systematisch erfassen

Eine zentrale Aufgabe wird es sein, Versorgungs- und Strukturdaten aus dem ambulanten, stationären und rehabilitativen Sektor systematisch zu erfassen. Hierzu zählen Verordnungs- und Leistungsstatistiken, Diagnosespektren, Versorgungsstrukturen, Liegezeiten, DRG-Statistiken, Klinikstrukturen, Leistungsangebote, aber auch Daten aus sektorübergreifenden integrierten Versorgungsprojekten. Weiterhin können Qualitätsberichte aus Kliniken und Praxen erfasst und zur Verfügung gestellt werden.

Mögliche Arbeitsgruppen beziehungsweise Arbeitsfelder des DIQN gliedern sich in folgende Bereiche:

- __ Leitlinien;
- __ Patientenleitlinien;
- __ strukturierte Versorgung (IV/DMP),
- __ Datenbanken/Register Neurologie
- __ Vergütungsstrukturen,
- __ klinische Studien,
- __ Evidenzrecherchen per Auftrag,
- Qualitätsmanagement,
- __ Risikomanagement,
- __ Begutachtung,

- Basisdaten der neurologischen Versorgung,
- Öffentlichkeitsarbeit,
- Basisinformation f
 ür Patienten.

Zentrale Schnittstelle

Das DIQN versteht sich somit als Koordinations- und Schnittstelle der Kommissionen, Arbeitsgruppen und Initiativen, die sich mit der Qualität neurologischer Versorgung und Forschung befassen. Es schafft keine neuen Verwaltungsebenen, sondern koordiniert und integriert die Aktivitäten bestehender Organisationen der Fachgesellschaften und Berufsverbände. Es entstehen keine doppelten Strukturen; die Daten einzelner Arbeitsgruppen sollen weiterhin durch diese - und mit zusätzlichem Mandat durch das DQIN - nach außen vertreten werden. Formelle Kooperationspartner des DIQN sind die Athene Akademie für Qualitätsmanagement, das Institut für Medizinische Statistik – IMS, Partnergesellschaften benachbarter Disziplinen sowie das Beratungsunternehmen Neuro-Konzept. Informelle Kooperationspartner sind beispielsweise Patientenverbände, Institutionen der Selbstverwaltung und Politik, andere Qualitätsinstitute und Spitzenverbände der Kran-

Das DIQN ist von der Rechtsform her eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts. Gesellschafter sind zum Zeitpunkt der Gründung DGN, BDN und BVDN. Die Gesellschafter werden sich gegenseitig in medizinischen, ökonomischen und

Sonderheft 1.2005 NEUROTRANSMITTER 36

rechtlichen Fragen informieren und beraten. Gleiches gilt für die Ausschüsse, Gremien, Stabsstellen und sonstige Einrichtungen des Institutes.

Weitere Partner gewünscht

Das Institut wird Kontakt zu in- und ausländischen Einrichtungen der Krankenversorgung, des Gesundheitssystems oder medizinischer Fachgesellschaften aufnehmen, um den gegenseitigen Austausch zu fördern und Erkenntnisse zusammenzuführen. Die Aufnahme weiterer Partner ist geplant und ausdrücklich gewünscht. Es wäre begrüßenswert, wenn möglichst alle an der Versorgung und Erforschung neurologischer Krankheiten beteiligter Gesellschaften beitreten würden, die wir hiermit auch bitten, sich mit uns in Verbindung zu setzen.

Aus diesem Grund möchten wir auch ausdrücklich darauf hinweisen, dass die Tätigkeit des DIQN sich nicht konkurrierend zu bestehenden Aktivitäten der Fachgesellschaften oder Berufsverbände oder assoziierter Organisationen versteht. Das DIQN sieht seine Aufgabe in der Registrierung, Zusammenfassung und öffentlichen Darstellung der bestehenden Qualitätsbemühungen der Fachgesellschaften und Verbände. Es initiiert nur dort neue Aktivitäten, wo sie unter Qualitätsaspekten notwendig erscheinen und bisher noch nicht entwickelt sind. DIQN wird in Gremien, Ausschüssen oder Stabsstellen aktiv, die mit bereits etablierten Kommissionen identisch sein können und auch sollten (z.B. Kommission Leitlinien, Qualitätssicherung). Redundanzen, widersprüchliche Darstel-

Aufgaben und Zweck des DIQN

- Förderung, Koordination, Registrierung und Präsentation von Qualitätsprojekten in der Neurologie
- Erfassung und Darstellung von Kennzahlen der Versorgung und Forschung in der Neurologie sowie Aufbau einer Datenbank für Versorgungsdaten in der Neurologie
- Pflege von Kooperationen (neurologische Praxen, Krankenhäuser, Krankenkassen, Politik, Medien, Patientengruppen etc.) im Bereich der Qualitätssicherung
- ___ Beratung und Information politischer Institutionen und der Öffentlichkeit
- Recherche und Auskünfte im Bereich der neurologischen Versorgungsqualität im Auftrag

lungen und Interessenkonflikte sollen auf diese Weise vermieden werden.

Operational und repräsentativ

Von der Arbeitsweise her unterscheiden wir das operationale vom repräsentativen Geschäft: Für die operationalen Tätigkeiten wird eine halbe BAT-Stelle finanziert, die mit Andreas Wissmann aus der neurologischen Klinik der Universität Essen besetzt wird. Zu seinen Aufgaben gehört der Aufbau und die Pflege einer Datenbank, die Aufrechterhaltung eines Kommunikationsnetzwerkes zwischen den beteiligten Institutionen und Kooperationspartnern sowie die Erstellung eines jährlichen Qualitätsbericht Neurologie. Die Repräsentation nach außen erfolgt über Vertreter der Gesellschaften. Das DIQN hätte damit zunächst einen mehr virtuellen Charakter und bestünde aus einem Server, einer Datenbank und einem Informationsnetzwerk. Wir würden uns freuen, wenn das DIQN von

allen Neurologen als Chance begriffen wird und hoffen auf eine breite Zustimmung und Unterstützung. Für Informationen stehen wir gerne zur Verfügung. Ansprechpartner für die Kontaktaufnahme ist:

Andreas Wissmann, Neurologische Universitätsklinik Essen, Hufelandstr. 55, 45122 Essen, Telefon (02 01) 7 23-27 62, Fax (02 01) 7 23-59 19.

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich Vorsitzender des BDN

Andreas Wissmann Neurologische Universitätsklinik Essen

Prof. Dr. med. Dipl. Psych.
Andreas Ferbert, Kassel
DRG-Kommission der DGN

Dr. Dr. med. habil. Paul Reuther, Bad Neuenahr-Ahrweiler

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

Anzeige



Qualitätsmanagement-Systeme für die Praxis

Zusatz-Know-how der KBV nutzen

Der Gesetzgeber fordert auch von den niedergelassenen Vertragsärzten, dass sie ein Qualitätsmanagement-System in ihrer Praxis einrichten. Die Berufsverbände BDN, BVDN und BVDP haben hierzu mit der KBV eine Kooperationsvereinbarung getroffen.

isweilen zieht sich die Umsetzung politischer Entscheidungen etwas in die Länge: Seit dem 1.1.2004 sind alle Praxen laut § 136a SGB V zu einem "einrichtungsinternen Qualitätsmanagement" verpflichtet. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist laut § 136 SGB V damit beauftragt, dieses Gesetz umzusetzen. Mit einer endgültigen Aussage ist aber erst im kommenden Herbst zu rechnen. Die strategische Frage, vor der alle Entscheidungsträger im Gesundheitswesen stehen, lässt sich folgendermaßen stellen: Wie strukturieren wir unsere Qualitätsmanagement-Systeme so, dass wir den kommenden politischen Anforderungen mit größtmöglicher Wahrscheinlichkeit gewachsen sind und dabei gleichzeitig den größtmöglichsten Nutzen für unsere Einrichtungen schaffen? In dieser Hinsicht waren BDN, BVDN und BVDP in den vergangenen Jahren bereits sehr

rege: Die Verbände beauftragten die Athene-Akademie in Würzburg mit der Erstellung fachgruppenspezifischer Qualitätsmanagement-Handbücher nach DIN EN ISO 9001. Bereits 2002 gelang es, dafür kompetente Ansprechpartner aus der Industrie für eine Zusammenarbeit zu gewinnen. So war es möglich, dass neurologische, nervenärztliche und psychiatrische Praxen zu sehr günstigen Preisen ein Qualitätsmanagement-System nach DIN EN ISO 9001 aufbauen konnten. Das in den Praxen erarbeitete Know-how wurde wiederum in Coachings eingebracht und fand Verwendung in den Handbüchern; die Verbände verfügen daher nun über fachgruppenspezifisches Qualitätsmanagement-Know-how auf hohem Niveau. Dass die Verbände mit ihrer Strategie recht gut lagen, zeigt der Vorschlag der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung – GQMG – zur



QEP - Das Qualitätsmanagement-System der KBV

Qualitätsmanagement-Systeme für Arztpraxen stehen in mehr oder weniger guter Qualität auf dem Markt zur Verfügung. Parallel zur DIN EN ISO 9001 hat ein weiteres System sehr gute Chancen, den Anforderungen des G-BA zu genügen: das QEP-System der KBV (QEP® = Qualität und Entwicklung in Praxen). Betrachtet man dieses System genauer, ist erkennbar, dass sich hier die Inhalte der DIN EN ISO 9001 wiederfinden. Diese wurden ergänzt durch einige weitere Indikatoren, die die medizinischen Kernleistungsprozesse betreffen. QEP wird von unserer Seite als qualitativ hochwertig eingeschätzt. Aus diesem Grund haben wir als einer der ersten Berufsverbände eine Kooperationsverbarung mit der KBV getroffen.

Fachgruppenspezifisches QEP-Training

QEP und die Praxis-Qualitätsmanagement-Systeme der Berufsverbände stellen

DIN EN ISO 9001 und QEP

Sowohl die DIN EN ISO 9001 als auch das QEP-System werden mit allergrößter Wahrscheinlichkeit den Anforderungen des G-BA genügen. Die Qualitätsmanagement-Systeme, die bis dato von der Athene-Akademie in den Praxen der Verbände aufgebaut wurden, decken 98% der Anforderungen des QEP-Systems bereits ab. Für die Praxen, die in Kooperation mit der Athene-Akademie bereits ein Qualitätsmanagement-System nach DIN EN ISO 9001 aufgebaut haben, besteht damit kein Anlass, das System zu ändern. Wenn eine Praxis dies dennoch möchte, ist das sehr einfach zu realisieren: Wir rechnen damit, dass ab Anfang September 2005 der Kriterienkatalog von QEP in seiner endgültigen Version vorliegt. Rufen Sie dann bei Athene an (09 31-88 02 93 96) und fordern Sie eine Zuordnungsmatrix des Qualitätsmanagement-Systems der Athene Akademie zum QEP-System an. Dort sind die noch fehlenden Punkte gekennzeichnet. Bei Athene erhalten Sie auch eine Checkliste der noch zu ergänzenden QM-Inhalte.

Sonderheft 1.2005 NEUROTRANSMITTER 38



Es hat sich bewährt, dass pro Praxis ein Arzt und mindestens eine Arzthelferin die Seminare besuchen.

Wenn sich eine Gruppe von Praxen findet, die gerne ein Seminar in ihrer Nähe durchführen würde, bittet die Athene Akademie um Kontaktaufnahme; die entsprechenden Details lassen sich dann zeitnah arrangieren.

Für alle weiteren Fragen rund um das Thema "Qualitätsmanagement" steht das Team der Athene-Akademie jederzeit gerne zur Verfügung.

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich Dipl.-Psych. Gabriele Schuster, Würzburg Dr. med. Dipl.-Psych. Horst Poimann, Würzburg

Anmeldung

An Athene Akademie

Huttenstr. 10, 97072 Würzburg

Telefon (09 31) 88 02 93 96, Fax (09 31) 88 02 93 98

E-Mail: G.Schuster@athene-qm.de

Hiermit melde ich mich/melden wir uns verbindlich zu folgendem Seminar an:

Einführung in das QEP®-System für neurologische, nervenärztliche und psychiatrische Praxen

Datum:	
Ort·	

Preis: 220 EUR inkl. MWSt sowie QEP-Qualitätszielkatalog,

Getränke, Verpflegung und weiterer interessanter

Seminarunterlagen

1. Teilnehmer aus unserer Praxis:

Vorname, Name:

2. Teilnehmer aus unserer Praxis:

Vorname, Name:

Anschrift der Praxis:

Straße/Hausnummer:

PIZ, Ort:

Telefon/Fax:

E-Mail:

Nach Eingang Ihrer Anmeldung erhalten Sie von Athene eine Bestätigung und die Rechnung über die Teilnahmegebühr.

eine sinnvolle Ergänzung und Bereicherung dar. Der Kooperationsvertrag mit dem BDN ermöglicht es, fachgruppenspezifische Qualitätsmanagement-Systeme für Neurologen, Nervenärzte und Psychiater anzubieten. Er beauftragte die Athene-Akademie in Würzburg mit der Durchführung entsprechender Schulungen. Diese wiederum hat in diesem Jahr 20 QEP-Lizenztrainer von der KBV ausbilden lassen, sodass nun ausreichend qualifiziertes und legitimiertes Personal zur Verfügung steht, um bundesweit Schulungen anbieten zu können.

Die QEP-Einführungsseminare finden zum gegenwärtigen Zeitpunkt ohne jegliche Unterstützung der Industrie statt. Die Konditionen orientieren sich an den Vorgaben der KBV.

Die zentral ausgeschriebenen, Neurologie-, Psychiatrie- und nervenärztlich orientierten QEP-Trainingseinheiten finden statt am

- __ 28.-29.10.2005, Köln,
- __ 18.-9.11.2005, Berlin,
- __ 25.-26.11.2005, München,
- __ 2.-3.12.2005, Hamburg,
- __ 9.-10.12.2005, Dresden, jeweils Freitag von 15.00-21.00 Uhr, Samstag von 8.30-18.30 Uhr.

NEUROTRANSMITTER Sonderheft 1-2005

39





Ausbildung zur PASS

Spezialistin in der Praxis



Ökonomische und demografische Faktoren führen zu einer enormen Veränderung unseres Gesundheitssystems. Immer mehr neurologisch-psychiatrische Patienten werden hohe Anforderungen an eine individuelle hochspezialisierte Behandlung stellen. Ausbildungsseminare für Arzthelferinnen zur Parkinson-Assistentin (PASS) sind ein wichtiger Schritt für die qualifizierte und effiziente Teamarbeit in der Praxis.

as Gesundheitssystem befindet sich in einem immer größeren Umbruch. Das Problem steigender Anforderungen bei begrenzten Ressourcen wird auch in Zukunft - eher mehr als weniger - die Rahmenbedingungen setzen. Auf der einen Seite steht der Rückgang von Einnahmen und Honoraren, aber auch eine sinkende Zahl nachfolgender Fachärzte in Praxen und Kliniken. Auf der anderen Seite wird allein aufgrund der demografischen Entwicklung die Zahl neurologisch-psychiatrischer Patienten drastisch ansteigen. Zudem werden auch künftig die Patienten zu Recht hohe Erwartungen an eine

umfassende Aufklärung und an moderne, individuelle Therapien stellen. Last but not least verändern Forschungsergebnisse und neue Therapieoptionen das Krankheitsverständnis wichtiger neurologisch-psychiatrischer Erkrankungen, deren Therapie und somit den Alltag von Ärzten wie Patienten. Das alles macht Strukturveränderungen im "großen gesundheitspolitischen System", aber auch in jeder Praxis notwendig!

Arbeitsweisen wie vor 20 Jahren sind weder im Klinikbetrieb noch in der Facharztpraxis effizient; sie sind nicht mehr bezahlbar und auch nicht mehr Patienten-gerecht. QUANUP (Verband für Qualitätsentwicklung in der Neurologie und Psychiatrie) hat daher für die Indikation "Parkinson-Syndrome" ein Modul erarbeitet, das durch eine Versorgungsdatenbank reale Ist-Aussagen über Therapie, Leitlinienakzeptanz, Lebensqualität der Patienten sowie ein Benchmarking ermöglichen soll. Zusätzlich werden im Projekt "Strukturierte Versorgung Parkinson" (SVP) Module angeboten, um die konkrete Patientenversorgung in den Facharztpraxen zu verbessern.

Effiziente Zusammenarbeit

Um Parkinson-Patienten umfassend versorgen zu können, ist qualifizierte Teamarbeit nötig – zwischen Facharzt- und Hausarztpraxen, den Komplementärtherapeuten sowie den stationären Einrichtungen und natürlich auch innerhalb der Praxen; sie bestimmt die Effizienz einer Praxis entscheidend. Viele Fragen sind dabei zu beantworten:

Wann ist der Parkinson-Patient ein Notfall? Was ist bei der Terminvergabe zu bedenken? Welche Tests sind vorzubereiten? Was kann die Arzthelferin bereits durchführen? Welche Patientenfragen kann sie am Telefon schon alleine klären?

Wann muss sie unbedingt hellhörig werden und selbst Patienten, die sich als solche gar nicht fühlen, als Notfall behandeln? Was muss sofort dem Arzt berichtet werden? Was sind gängige Patientenfragen und Angehörigenbedürfnisse? Wie kann sie konkret einem "eingefrorenen" Patienten im Wartezimmer helfen? Welche zusätzlichen Tipps können gegeben werden? Wie kann eine Helferin ihr Auge sowohl für Frühsymptome, wie auch Komplikationen der Erkrankung im Verlauf schulen? Welche Grundsätze sind bei der Medikation und weiteren Therapie wichtig? Wie ist zu gewährleisten, dass die oft sehr diffizil verordnete Medikation auch richtig eingenommen wird?

Und nicht zuletzt: Wie kann die tägliche Arbeit neben all den bürokratischen Erfordernissen patientenbezogener werden, eventuell sogar mehr Spaß machen? Durch die Stärkung der Helferinnen-Kompetenz und durch eine Optimierung der Praxisstrukturen – bei gleicher Arbeitszeit und personeller Ausstat-

BD

BDN | Versorgungsqualität

tung – wäre eine umfassendere und effizientere Versorgung der Patienten möglich. Basierend auf dieser Grundidee wurde im Arbeitskreis "Parkinson-Syndrome Berlin e. V.", also von niedergelassenen Parkinson-interessierten Kollegen, ein neues Modul entwickelt, das interessierten Arzthelferinnen umfassende Informationen sowie eine praxisorientierte Weiterbildung zum Thema "Parkinson" vermittelte. Finanziell unterstützte das Unternehmen Pfizer dieses Projekt; die Firma Cephalon ermöglichte einen Zusatztag.

17 Helferinnen aus elf Praxen wurden an insgesamt sieben Tagen (jeweils freitags in etwa sechswöchentlichem Abstand) von je zwei bis drei Berliner Kollegen geschult. Am vierten Tag ermöglichte PD Dr. Georg Ebersbach in der Parkinson-Fachklinik Beelitz einen praktischen Einblick in die stationäre Behandlung und spezifische Komplementärtherapie.

Erfolgreiche Schulung

Das Modul wurde in Berlin 2004 mit bestandener Prüfung aller 17 Assistentinnen abgeschlossen. Die Weiterbildung wurde als sehr gut bis gut beurteilt, ebenso der Zeitumfang und die Organisation. Im Wissenstest konnte ein Zuwachs von 72 % auf 84 % richtig beantworteter Antworten erreicht werden.

Nach Abschluss des Kurses führten die Assistentinnen in den Praxen mehr Parkinson-spezifische Leistungen eigenständig durch (z. B. Schriftprobe erheben, Spirografie, Demenz-Testungen, Riechtest). Zusätzlich konnten sie mehr Aufgaben unmittelbar am Patienten erledigen (Erklären des Medikamentenplans, des Bewegungskalenders, Beantwortung von Fragen zur Medikation). Die Beschäftigungszeit mit den Patienten stieg von 11,3 auf 15,4 Minuten. Im Evaluationsbogen wurden die Assistentinnen nach den Auswirkungen der Schulung auf den Kontakt mit den Patienten und

die Akzeptanz durch Patient wie Angehörigen befragt. Im erstem Punkt wurde eine Verbesserung um 56%, im zweitem um 52% angegeben. Gespräche über Krankheitsprobleme nahmen an Häufigkeit um 54% zu, Erläuterungen zur Therapie um 50%. Das Verständnis der Assistentinnen für den Patienten verbesserte sich um 78%, der Spaß an der Arbeit steigerte sich um 70 %. Die Patientenzufriedenheit verbesserte sich um 43%. (Sämtliche Angaben der Assistentinnen erfolgten auf einer Analogskala vor und nach dem Ausbildungsgang.) Trotz Qualitätsverbesserung der Arbeit um 64% blieb die Arbeitsbelastung konstant. Die organisatorischen Abläufe in den Praxen änderten sich bei fünf der 17 Helferinnen.

In Marburg wurde das Programm inzwischen in modifizierter Form im Mai und Juni an zwei Wochenenden im Abstand von vier Wochen durchgeführt. Die Evaluation steht noch aus, ebenso die Befragung der Parkinson-Patienten selbst, die auch in Berlin noch erfolgen wird. Einige Berliner Assistentinnen halten weiterhin Kontakt und klären sich ergebende Fragen direkt, unkompliziert und sehr effizient miteinander. Insgesamt profitieren die Berliner Praxen am meisten, in denen konkrete Strukturen und Arbeitsabläufe durch klare Absprachen der Praxisinhaber mit den Mitarbeiterinnen verändert wurden.

Im Herbst wird das PASS-Seminar in Stuttgart, im Winter im Berliner Raum angeboten. Analoge Seminare für weitere spezifische Erkrankungen im Fachgebiet sind in konkreter Vorbereitung.

Wir möchten Prof. Dr. Wolfgang Oertel und Dr. Karla Eggert für das Bereitstellen der Seminarräume in Marburg wie auch den freundlichen Empfang sehr herzlich danken. Unser Dank gilt auch den Patienten aus der Praxis Simonow, dem gesamten Praxis-Team Simonow für die hervorragende Organisation in Hessen und der Deutschen Parkinson Vereinigung, die das Projekt ebenfalls unterstützt.

Sylvia Ballach, PASS, Berlin Ines Friedrich, PASS, Berlin, Dr. med. Martina Müngersdorf, Berlin Dr. med. Reinhard Ehret, Berlin

Curriculum PASS

1. Tag

- Wissenstest
- Grundlagenwissen IPS: Epidemiologie, Pathogenese, Symptomatik, Klassifikation, Diagnosestellung, DD
- Parkinson-spezifische Skalen, Bewegungskalender
- Spezifika der Parkinson-Praxis-Organisation
- ___ Patientenvorstellung

2. Tag

- Verlauf und Therapie: Symptomatik im Verlauf, Komplikationen, Therapie: medikamentös, nicht medikamentös, operativ
- Patientenkontakt, Anwendung des ADL-Scores

3. Tag

Differenzialdiagnosen: Atypische Parkinson-Syndrome, nicht motorische Symptome, Komplikationen im Verlauf und Therapie

4. Tag

- Parkinson-Fachklinik Beelitz
- ___ Krankengymnastik

- __ Logopädie
- ___ Ergotherapie
- Neuropsychologie
- __ Sozialarbeit

5. Tag

- __ Krankheitsbewä**l**tigung
- ___ Patientenführung (Rollenspiele)
- Psychoedukation, Stressbewältigung
- ___ Angehörigenarbeit

6. Tag

- Spezielle Therapien: Logopädie, Apomorphin-PEN und -pumpe
- (unangekündigter) Wissenstest,
 Rückmeldung

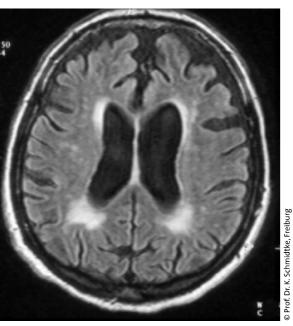
7. Tag

- Parkinson und Demenz
- Sozialmedizinische Aspekte:
 Schwerbeschädigung, Telebusausweis, Rentenverfahren,
 Rehabilitationsanträge
- Hilfsmittelversorgung
- __ Abschlusstest



Arbeitskreis Demenz

Neues Fortbildungskolloquium

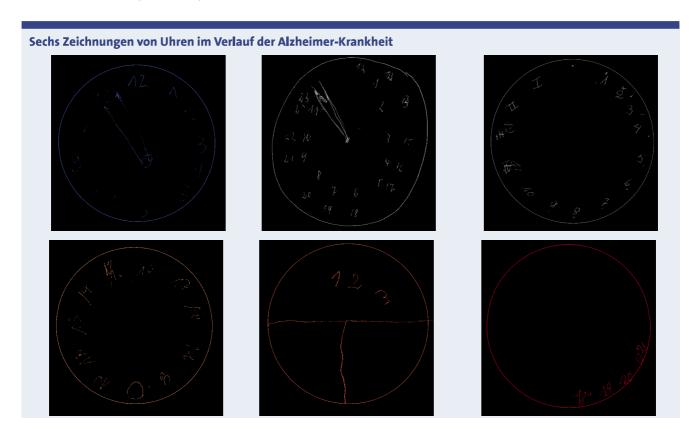


NMR bei Mischdemenz (M. Pick/SAE)

In der DGN hat sich ein Arbeitskreis Demenz gegründet. Eines der erklärten Ziele ist, in Abstimmung mit dem BDN ein strukturiertes Fortbildungskolloquium zum Thema Demenz-Erkrankungen anbieten zu können. Es soll vertiefte und zugleich praxisrelevante Kenntnisse zur Diagnostik und leitliniengerechten Behandlung von Patienten mit Demenzen und verwandten Erkrankungen vermitteln.

in neues Fortbildungskolloquium für den Bereich Demenz-Erkrankungen richtet sich an niedergelassene sowie in Krankenhäusern und in Gedächtnissprechstunden tätige Neurologen, Psychiater und Psychologen. Eine formale Anerkennung durch die DGN wird angestrebt, ebenso die Vergabe von CME-Punkten. Folgende Haupt- und Unterthemen sollen in diesem Kolloquium behandelt werden:

Demenz-Erkrankungen, verwandte Erkrankungen und Differenzialdiagnosen: degenerative, vaskuläre und symptomatische Demenzen; leichte kognitive Störung; nicht-organische Störungen; kortikales, subkortikales und frontales Demenz-Profil; charakteristische und uncharakteristische Merkmale; prodromale Symptomatik; Verlauf und Stadieneinteilung; beschreibende Skalen; Ausschlussdiagnostik, Labor und EEG;



Sonderheft 1.2005 NEUROTRANSMITTER



BDN | Versorgungsqualität

Mitglieder des Arbeitskreises Demenz

Prof. Dr. A. Danek, München; PD Dr. H. Durwen, Düsseldorf; Prof. Dr. H. Förstl, München; Prof. Dr. G. Hamann, Wiesbaden; Prof. Dr. C. Lang, Erlangen; Prof. Dr. M. Riepe, Berlin; Prof. Dr. K. Schmidtke, Freiburg (federführend); Prof. Dr. C. Wallesch, Magdeburg

Verlaufsvarianten und diagnostisch schwierige Situationen.

Neuropsychologische Diagnostik mit Übungen: relevante kognitive Teilleistungen; pragmatischer Einsatz und Vertrautwerden mit einer kleinen Serie geeigneter neuropsychologischer Tests; Abgrenzung von normalen, subnormalen und sicher pathologischen Leistungen; Interdependenz kognitiver Defizite; Beeinflussung von Testleistungen durch allgemeine Faktoren wie Verlangsamung, Antriebs- und Konzentrationsstörung; qualitative Analyse und Verhaltensbeobachtung bei der Testuntersuchung; neuropsychologisches Profil einzelner Demenz-Erkrankungen; Vorstellung von

Skalen und Tests aus klinischen Studien. **Bildgebung:** Indikation für CCT, NMR und SPECT für die Ausschluss-, Differenzial- und Verlaufsdiagnostik; Aussagekraft der Verfahren im Vergleich; charakteristische und uncharakteristische Befunde bei degenerativen Erkrankungen; Beurteilung von Atrophie und vaskulären Veränderungen.

Psychiatrische Begleitsymptomatik: Wahn, Depression, Agitiertheit, Schlafstörung, Stirnhirnsymptome etc. bei Demenz-Erkrankungen; subtilere Verhaltensauffälligkeiten im Vor- und Frühstadium; diagnostische Wertigkeit; empfohlene und problematische Medikamente; nichtmedikamentöse Maßnahmen

Antidementive, psychoedukative und soziotherapeutische Behandlung: Differenzialindikation der Acetylcholinesterasehemmer; Kriterien für Beginn, Dauer und Abbruch der Behandlung; Memantine; Nootropika; Aufbau von Angehörigen- und Fördergruppen; Hilfsund Unterstützungsmöglichkeiten; ethische Aspekte.

Als zusätzliches Element kann an einem Termin ein zusätzlicher Unterricht für Arzthelferinnen zu den folgenden Themen erfolgen: Anwendung einfacher Tests, Skalen und Fremdanamnesebögen, soziale Grundlagen der Betreuung von Demenz-Patienten, Fragen der Praxisorganisation. Nach aktuellem Stand soll das Kolloquium als Wochenendveranstaltung an drei Terminen, jeweils Freitag nachmittag und Samstag, stattfinden und damit von seinem Umfang her über die Angebote der DGN-Fortbildungsakademie hinausgehen. Es soll den Charakter eines Seminars haben und die Teilnehmer einbeziehen, indem sie eigene Fälle, CCT- und NMR-Aufnahmen vorstellen. Die Referenten werden Materialien und Handouts vorbereiten.

Die Veranstaltung soll, je nach Nachfrage, an je einem zentralen Ort im westllichen und im östlichen Bundesgebiet wiederholt durchgeführt werden. Die Organisatoren bemühen sich, die Kursgebühren und Übernachtungskosten im Rahmen zu halten und Sponsoren für eine teilweise Kostenübernahme zu gewinnen. Nähere Angaben zum Kolloquium und gegebenenfalls bereits auch Annahme von Voranmeldungen erfolgen auf dem DGN-Kongress in Wiesbaden.

Prof. Dr. med. Klaus Schmidtke, Freiburg

"Critical Incident Reporting System"

Aus Fehlern lernen

Die KBV – genauer das Dezernat II für Versorgungsqualität und Sicherstellung – möchte das Critical Incident Reporting System, kurz genannt CIRS, unterstützen. Bedauerlicherweise scheint es nicht möglich, unsere deutschen Begriffe für dieses Thema zu verwenden. Es handelt sich um einen Teil des Qualitätsmanagements: Ärzte werden gebeten und aufgefordert, Fehler oder Beinahefehler, die ihnen oder die in ihrer Praxis unterlaufen sind, anonym zu melden (möglicherweise auch Fehler, die ihnen über andere bekannt geworden sind). Das hieraus gewonnene Wissen soll dann in Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen zur Fehlervermeidung an die Ärzte und deren Mitarbeiter weitergegeben werden.

Die KBV hat sich in einem ersten Schritt bereit erklärt, in Deutschland den Ausbau von CIRS zu unterstützen. Für die Sichtung solcher Meldungen wurde seitens der KBV gebeten, Sachverständige für die verschiedenen Fachbereiche zu benennen, um einen unabhängigen Pool von Experten einrichten zu können. Die Effizienz des CIRS hängt natürlich von der Bereitschaft der Ärzte ab, Meldungen vorzunehmen. An erster Stelle stünde, Fehler oder Beinahefehler zunächst erst einmal wahrzunehmen und als solche zu akzeptieren. Erst dann können diese weiter gemeldet werden.



CIRS mit Beschreibung des Fehlers, dessen Folgen sowie Kommentare zu einem aktuellen Fall.

Für den BDN als auch für den BVDN ist Prof. Dr. Rolf Hagenah als Sachverständiger im unabhängigen Expertenpool benannt worden. Sein Vertreter ist Dr. Peter Franz, der ebenfalls in beiden Berufsverbänden als aktives Mitglied tätig ist. Genauere Informationen liegen derzeit noch nicht vor. Wir werden Sie jedoch zu diesem Thema im NeuroTransmitter weiterhin informieren.

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



Leitlinien zu Diagnostik und Therapie

Evidenzbasierte Neurologie

In der Neurologie – einem sehr strukturierten Fachgebiet – wurden bereits sehr früh für die wichtigsten neurologischen Krankheitsbilder Leitlinien erstellt.

ünktlich zum DGN-Jahreskongress 2001 erschien die erste Auflage der Leitlinien für die Neurologie, in damals formal noch inhomogener Fassung. Nicht alle Krankheitsbilder waren erfasst und einige Leitlinien entsprachen nicht den Vorgaben der Arbeitsgruppe "Leitlinien" der AWMF. Die Mängel wurden in der zweiten Auflage 2003 beseitigt. Doch aufgrund des rasanten medizinischen Fortschritts mussten die DGN-Leitlinien zwei Jahre später neu überarbeitet werden. Dazu kamen zur bereits bestehenden Kommission "Leitlinien" der DGN mit den Mitgliedern Berlit, Diener, Hacke, Hufnagel, Meier, Oertel, Rieckmann, Wallesch und Weller Herr Mattle aus Bern und Herr Schmutzhard aus Innsbruck hinzu, die

die Schweiz und Österreich repräsentieren. Formal wurde - wie in den alten Auflagen auch – für jedes Krankheitsbild eine eigene Arbeitsgruppe mit einem federführenden Autor eingesetzt, die die Leitlinie entwarf und der Kommission zur Durchsicht und Korrektur vorlegte.

Evidenzklassen berücksichtigt

In dieser Neuauflage beginnt nun jede Leitlinie mit einem Abschnitt "Was gibt es Neues?", gefolgt von den wichtigsten Empfehlungen. Neben den bereits in den Vorauflagen verwendeten Symbolen zur wissenschaftlichen Evidenz (Pfeile) wurde zusätzlich die Evidenzstärke mit den Buchstaben A, B und C kodiert. Darüber hinaus wurden für die wichtigsten Krankheitsbilder "clinical pathways" erstellt. Diener HC (Hrsg): Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Thieme Verlag, Stuttgart, 2005, 3. Auflage, 820 S., Preis: 119,95 EUR, ISBN 3-131-3241-39.



Das Buch erscheint am 21.9.2005.

Federführend verantwortlich hierfür war Herr Hufschmidt, der auch zur Kommission "Leitlinien" gestoßen ist.

Die Kommission beschloss, die Leitlinien für die "Begutachtung in der Neurologie" nicht in diesen Band aufzunehmen. Sie werden getrennt in der Zeitschrift "Aktuelle Neurologie" und später in einem Band der Referenzreihe Neurologie zum Thema "Begutachtung in der Neurologie" erscheinen.

Die Neuauflage enthält nur wenig zur Diagnostik. In zwei Jahren soll es aber einen Doppelband geben, der die Leitlinien zur Diagnostik neurologischer Krankheiten und die jeweiligen Versorgungsleitlinien umfassen wird.

Keine Einflussnahme der Industrie

Die neuen Leitlinien sind ohne Einflussnahme der Industrie entstanden. Alle Kosten, die mit der Erstellung der Leitlinien verbunden waren, wurden von der DGN und ihren Mitgliedern finanziert.

Die Leitlinienkommission hat sich lange mit der Frage beschäftigt, ob S3-Leitlinien erstellt werden sollen, die aus wissenschaftlichen Gründen ein erstrebenswertes Ziel wären. Der immense Aufwand, der damit allerdings verbunden wäre, kann selbst von der DGN nicht getragen werden. Industrie-unabhängige Unterstützung dazu gäbe es nicht.

Prof. Dr. med. Hans-Christoph Diener Direktor der Klinik und Poliklinik für Neurologie, Universitätsklinikum Essen

Klassifikation der Evidenz und Empfehlungsstärken

- ↑↑ Aussage zur Wirksamkeit wird gestützt durch mehrere adäquate, valide klinische Studien (z.B. randomisierte klinische Studien) beziehungsweise durch eine oder mehrere valide Metaanalysen oder systematische Reviews. Positive Aussage gut belegt.
- Aussage zur Wirksamkeit wird gestützt durch zumindest eine adäqute, valide klinische Studie (z.B. randomisierte klinische Studie). Positive Aussage belegt.
- ↓↓ Negative Aussage zur Wirksamkeit wird gestützt durch eine oder mehrere adäquate, valide klinische Studien (z.B. randomisierte klinische Studie), durch eine oder mehrere Metaanalysen bzw. systematische Reviews. Negative Aussage gut belegt.
- Es liegen keine sicheren Studienergebnisse vor, die eine günstige oder ungünstige Wirkung belegen. Dies kann bedingt sein durch das Fehlen adäquater Studien, aber auch durch das Vorliegen mehrerer, aber widersprüchlicher Studienergebnisse.

Empfehlungsstärken

Tabelle 2

Tabelle 1

- Hohe Empfehlungsstärke aufgrund starker Evidenz oder bei schwächerer Evidenz aufgrund besonders hoher Versorgungsrelevanz
- Mittlere Empfehlungsstärke aufgrund mittlerer Evidenz oder bei schwacher Evidenz mit hoher Versorgungsrelevanz oder bei starker Evidenz und Einschränkungen der Versorgungsrelevanz
- Niedrige Empfehlungsstärke aufgrund schwächerer Evidenz oder bei höherer Evidenz mit Einschränkungen der Versorgungsrelevanz

Sonderheft 1.2005 NEUROTRANSMITTER 48



Evaluation von Leitlinien

L'art pour l'art oder Hilfe für die Praxis?

Gemäß SGB V § 135a müssen ärztliche Leistungen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. In diesem Beitrag werden die Ergebnisse einer Veranstaltung von BDN und DGN zur Evaluation ausgewählter Leitlinien vorgestellt.

eitlinien fassen im Idealfall den aktuellen Stand der Wissenschaft sowie die notwendige fachliche Qualität zusammen und repräsentierten einen wissenschaftlichen begründeten Versorgungsstandard. Leitlinien werden somit zunehmend bedeutsam bei der Regulierung und Steuerung im Gesundheitssystem. Der Theorie und ihrem Anspruch nach sollten sie der Sicherung und Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung dienen und unerwünschte Qualitätsschwankungen im Bereich der ärztlichen Versorgung vermindern. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, existieren Qualitätsanforderungen an Aufbau, Methodik und Entstehungsprozesse von Leitlinien. Hierzu zählen unter anderem die Transparenz, Multidisziplinarität und die Dokumentation bei der Entwicklung. Leitlinien sollten zudem klar und eindeutig, zuverlässig und reproduzierbar und vor allem valide, das heißt auch bezogen auf das

zugrunde gelegte Gesundheitsproblem zuverlässig anwendbar sein. Leitlinien stellen damit systematisch entwickelte Entscheidungshilfen über die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen dar.

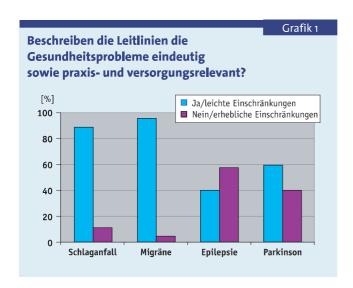
Da Leitlinien die Versorgungssituation verbessern sollen, steht die Abwägung von Nutzen und Schaden eines Vorgehens im Vordergrund. Zielgrößen sind nicht nur Outcome-Variablen wie Morbidität und Mortalität, sondern auch Lebensqualität und Patientenzufriedenheit. Leitlinien haben als wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Handlungsempfehlungen weder Kochbuchcharakter noch stellen sie Einzelmeinungen dar. Sie komprimieren und werten Expertenwissen in Form wissenschaftlicher Evidenz und Praxiserfahrung (also interner und externer Evidenz). Man spricht in diesem Zusammenhang auch von Orientierungshilfen oder "Handlungs- und Entscheidungskorridoren",

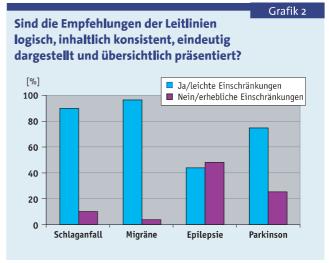
von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss. Leitlinien haben sich in der Praxis zu bewähren und müssen folglich evaluiert werden.

Akzeptanz auf dem Prüfstand

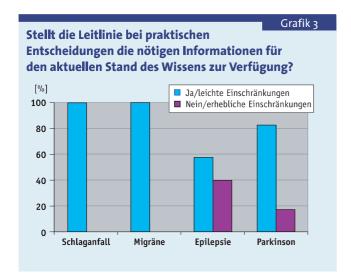
Der Nachweis, dass Leitlinien die Prozessund Ergebnisqualität im Gesundheitswesen verbessern, ist erbracht. Voraussetzung ist jedoch deren Akzeptanz. Bei der Leitlinienerstellung sollten daher alle beteiligten Gruppen (einschließlich Patientenvertreter) an irgendeiner Stelle der Entwicklung beteiligt werden. Aus diesem Grund haben BDN und DGN am 22. und 23. April dieses Jahres in Berlin eine Tagung mit freundlicher Unterstützung der Firma Boehringer Ingelheim organisiert. Ziele waren der systematische Erfahrungsaustausch von beteiligten Gruppen, die diese Leitlinien in Klinik und Praxis anwendeten sowie die Evaluation der Leitlinien. Vier Krankheitsbilder beziehungsweise Gesundheitsprobleme standen dabei im Mittelpunkt: Schlaganfallprävention, Migräne, Epilepsie im Erwachsenenalter und M. Parkinson.

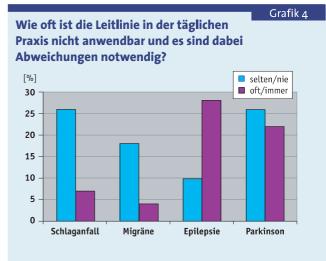
Zunächst stellten die Referenten die Versorgungsstandards anhand der Leitlinien und ausgewählter Empfehlungen dar. Anschließend wurden Antworten zu











allgemeinen Fragen (Akzeptanz, Anwendbarkeit, Nutzen, Validität und Bewertung der Leitlinien insgesamt) sowie den Akzeptanzgrad einzelner Empfehlungen durch Teilnehmer mittels TED ermittelt. Dabei sollte in Erfahrung gebracht werden, ob die vorgestellten Leitlinien nach Meinung der Teilnehmer die behandelten Gesundheitsprobleme eindeutig sowie praxis- und versorgungsrelevant beschreiben und ob die Empfehlungen der vorgestellten Leitlinien logisch, inhaltlich konsistent, eindeutig nachvollziehbar dargestellt und übersichtlich präsentiert sind. Eine weitere Frage bezog sich auf die methodische Qualität der Leitlinien; ob die den Empfehlungen zugrunde liegenden Evidenzen der vorgestellten Leitlinien schlüssig und

nachvollziehbar benannt sind. Weiterhin sollte geklärt werden, ob die Leitlinien in diesem Sinne nützlich für die Teilnehmer sind und ob sie bei praktischen Entscheidungen die hierfür nötigen Informationen über den aktuellen Stand des Wissens zur Verfügung stellen. Es wurde nach der Validität der Leitlinien gefragt und ob durch konsequentes Befolgen der Leitlinie die Versorgungsqualität verbessert und Qualitätsschwankungen vermieden werden können. Schließlich war die Frage, wie oft die Leitlinie unabhängig von den Gründen in der täglichen Praxis zur Anwendung kommt oder nicht anwendbar ist; ob Abweichungen notwendig sind und wie der persönliche Nutzen für jeden Einzelnen bewertet wird. Für einzelne Schlüsselempfehlungen wurde

die Konsensstärke über so genannte Zustimmungsklassen ermittelt (völlige Zustimmung, eingeschränkte Zustimmung, eingeschränkte Ablehnung, gänzliche Ablehnung, Stimmenthaltung).

Grafik 5 Wie hoch ist der persönliche Nutzen? Werden die Leitlinie in Ihrer täglichen Praxis zur Anwendung kommen? [%] Ja/leichte Einschränkungen 100 ■ Nein/erhebliche Einschränkungen 80 60 40 20 Schlaganfall Migräne Parkinson **Epilepsie**

Zustimmung überwiegt

Das Ergebnis der Auswertung war insgesamt erfreulich: Die Akzeptanz der DGN/ BDN-Leitlinien scheint sehr hoch zu sein; allerdings ergibt sich ein inhomogenes Bild: Während die Leitlinien zu Schlaganfall und Migräne sehr hoch bewertet wurden, waren die Ergebnisse bei Epilepsie und Parkinson durchaus differenziert. Die Ursachen werden anhand der Zustimmung zu den Schlüsselempfehlungen noch weiter analysiert. Kritisch ist sicher anzumerken, dass es sich bei der Bewertung um Ad-hoc-Entscheidungen der rund 60 Teilnehmer gehandelt hat und der Bewertung keine systematische Anwendungsphase vorausging. Bei künftigen Veranstaltungen könnten die Teilnehmer vorher stärker instruiert werden und die Auseinandersetzung mit einzelnen Aspekten und Empfehlungen der Leitlinien sollten intensiver sein, damit die Gründe für Akzeptanzprobleme besser zu analysieren und zu verstehen sind. Die vollständigen Daten der Evaluation können Interessierte auf der BDN-Homepage nachlesen.

Die Veranstaltung kann von der Nachfrage und von der Bewertung der Teilnehmer her als voller Erfolg gewertet werden. So waren alle 60 Plätze innerhalb von drei Tagen ausgebucht; die Nachrückliste war ebenso lang. Weitere Folgeveranstaltungen sind in Planung.

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich Vorsitzender des BDN

Prof. Dr. med. Otto Busse, Minden Geschäftsführer der DGN

Prof. Dr. med. Hans-Christoph Diener Leitlinien-Kommission der DGN

Patientenleitlinien

Aufklärungshilfe nach internationalen Standards

Die Patientenleitlinien von BDN und DGN sind allgemeinverständlich, umfassend und wurden nach internationalen Kriterien für gute Patienteninformationen erstellt. Mitglieder können sich diese Leitlinien für ihre Arbeit in Klinik oder Praxis auf "www.neuroscout.de" kostenlos herunterladen.

mmer mehr Patienten suchen im Internet nach Informationen zu Krankheit und Gesundheit. Nach Ansicht vieler Experten werden Gesundheitsinformationen künftig sogar die entscheidenden Inhalte für die Nutzer von Internet oder mobilen Diensten sein. Nach wie vor bleibt jedoch ihre Qualität das entscheidende Problem. Zu viele Anbieter verbinden ökonomische oder ideologische Interessen mit ihren Gesundheitshinweisen oder Therapiebewertungen. "Der BDN hat sich daher entschlossen, zusammen mit der DGN

weitere Patientenleitlinien zu publizieren, die den Stand der Wissenschaft bei den einzelnen Indikationen umfassend wiedergeben und dennoch für medizinische Laien verständlich und hilfreich bleiben.", erklärte der Vorsitzende des BDN und Initiator des Projektes Patientenleitlinien, Dr. Uwe Meier, Anfang Juni in Köln.

22 Patientenleitlinien bis Ende 2005

Von der Migräne über die Prävention des Schlaganfalls bis zur Trigeminusneuralgie: Bis Ende 2005 soll es 22 Patientenleitlinien geben; ein großer Teil davon ist bereits fertig und steht den Mitgliedern zur Verfügung. Sie orientieren sich bei der Gliederung und selbstverständlich bei den Inhalten an den wissenschaftlichen Leitlinien der DGN, gehen aber dort, wo es wegen der größeren Verständlichkeit notwendig ist, auch auf Hintergründe ein, deren Kenntnis die DGN-Leitlinien bei Ärzten voraussetzen.

Die Patientenleitlinien von BDN und DGN sollen höchsten Qualitätsanforderungen genügen; sie wurden daher nach einem internationalen Kriterienkatalog für gute Patienteninformation —



dem so genannten "DISCERN-Katalog" - erstellt, der vom Institute of Health Sciences, Division of Public Health der Universität in Oxford entwickelt wurde. Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) hat das Instrument zur Qualitätsbewertung von Gesundheitsinformationen zusammen mit der Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover ins Deutsche übertragen. DISCERN besteht aus verschiedenen Schlüsselfragen sowie einer Bewertung der Gesamtqualität. Jede Schlüsselfrage repräsentiert ein eigenes Qualitätskriterium.

Nutzen für Klinik und Praxis

Die Patientenleitlinien sollen alle Neurologen in Klinik und Praxis in ihrer Arbeit unterstützen und sind daher für alle Mitglieder kostenfrei zugänglich. Neben den ausführlichen Patientenleitlinien, die je nach Indikation zwischen 20 und 30 Seiten lang ausfallen können, gibt es parallel dazu eine Kurzfassung auf rund einer DIN A4-Seite. Sie lässt sich schnell herunterladen und bei Bedarf ausdrucken. Dem Patienten gibt sie einen ersten fachlich fundierten Überblick über seine Erkrankung.

Dr. med. Arne Hillienhof, Köln

Patientenleitlinien bis Ende 2005

- ___ Erster Epileptischer Anfall
- ___ Epilepsie im Erwachsenenalter
- __ Multiple Sklerose
- __ Migräne
- ___ Polyneuropathie
- __ Neuralgie
- ___ Demenz (Alzheimer und Pick, nicht vaskuläre Demenzformen)
- ___ Morbus Parkinson
- __ Schlaganfall
- ___ Schlaganfall-Prävention
- __ Trigeminusneuralgie
- __ Chronische Kopfschmerzen

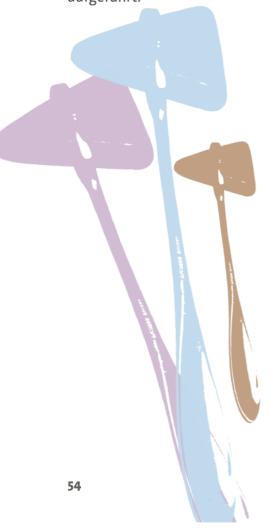
- Restless Legs
- __ Neuroborreliose
- ___ Insomnie nicht erholsamer Schlaf
- __ Karpaltunnel-Syndrom
- ___ Periphere Fazialisparese
- Leichtes Schädel-Hirn-Trauma
- ___ Schweres Schädel-Hirn-Trauma
- __ Myasthenia gravis
- Nicht rupturierte intrakranielle Aneurysmen
- ___ Schwindel
- ___ Spastik
- ___ TICs



EBM 2000 plus ...

Klagen, Verklagen oder Handeln und Verhandeln?

Seit dem 1. April dieses Jahres gilt der neue "Einheitliche Bewertungsmaßstab". Nicht nur vor der Einführung, sondern auch danach beherrschten Fragen zu Punktwerten, Komplexleistungen, Ausschlussziffern oder Plausibilitätszeiten die berufspolitische Diskussion. Im Folgenden sind noch einmal die wichtigsten Positionen aufgeführt.



aum ein Thema hat die niedergelassenen Kollegen – im geringeren Maße sicherlich auch die ermächtigten Krankenhausärzte – interessiert wie der EBM 2000 plus. Keine Ausgabe des NEUROTRANSMITTER wurde in diesem Jahr gedruckt, ohne das Thema des neuen EBM zu behandeln. Zum Redaktionsschluss dieser Sonderausgabe ergaben sich aufgrund der Sommerpause leider noch keine "Erfolgsmeldungen", die wir gerne an dieser Stelle verkündet hätten. Wir haben daher noch einmal die am häufigsten gestellten Fragen zusammengestellt und beantwortet.

Warum war ein neuer EBM erforderlich?

Das erklärte Ziel einer neuen Gebührenordnung war immer die Vergütung in
Euro statt in Punkten. Dafür wird zunächst die exakte Leistungsbeschreibung
benötigt; mit anderen Worten: die Definition der Qualität einer Leistung. Nur
eine nachvollziehbare betriebswirtschaftliche Kalkulation kann aber Verhandlungsgrundlage für Preisverhandlungen
mit den Kostenträgern sein. Im Weiteren
war es das Ziel der KBV, mehr Honorargerechtigkeit im EBM 2000 plus herzustellen – unter anderem durch das Vergütungsprinzip nach einheitlichen "Arztminuten".

Der neue Bewertungsmaßstab soll die Grundlage dafür bilden, dass nach der gesetzlich vorgesehenen Abschaffung der Budgetierung im Jahr 2007 ärztliche Leistungen adäquat und der Morbidität folgend entlohnt werden können. Das wichtigste Argument der KBV lautet: Weil die ärztlichen Leistungen sauber durchkalkuliert sind, können die KBV und die KVen der Gesamtvergütung und der Leistungsmenge Preise für die ärztlichen Leistungen gegenüberstellen. Auf

diese Weise wird deutlich, was die Krankenkassen für die ambulante medizinische Versorgung ihrer Versicherten gezahlt haben beziehungsweise eigentlich hätten zahlen müssen.

Last not least beinhaltet dies auch Kompatibilität mit der angestrebten Kostenerstattung!

Inwieweit waren die Berufsverbände in die Entwicklung des EBM 2000 plus miteinbezogen?

Wie von Dr. Frank Bergmann, Dr. Gunther Carl, Prof. Dr. Rolf Hagenah und anderen Autoren mehrfach berichtet, haben die Berufsverbände in den letzten fünf Jahren regelmäßig und nachhaltig die KBV in fachspezifischen Fragen beraten. Enttäuschend ist dabei, dass sich das Honorarreferat der KBV mit ihren nach Dr. Andreas Köhler wechselnden Dezernenten teilweise als äußerst "beratungsresistent" erwiesen hat. Viele unserer Vorschläge, die zunächst im Konsens diskutiert und in den EBM-Entwürfen aufgegriffen worden waren, haben sich aus unerfindlichen Gründen und ohne abschließende Absprache mit den Berufsverbänden in der Endfassung des EBM 2000 plus nicht wiedergefunden. Darüber hinaus kritisierten wir neben Details, die in den letzten Monaten immer wieder bei der KBV vorgetragen wurden, insbesondere die Annahmen zu den Betriebskostenmodellen in psychiatrischen, nervenärztlichen und vor allem auch in neurologischen Praxen.

Die KBV hat sowohl Änderungen der völlig unterbewerteten EMG-Ziffer als auch eine Anpassung des Betriebskostenmodells sowie die Klärung weiterer Detailfragen versprochen – allerdings ohne konkreten Zeithorizont. ("Voraussichtlich 1.1.2006"); siehe auch NEURO-TRANSMITTER 4 und 5/2005.

Sind mit dem neuen EBM höhere Umsätze zu realisieren?

Betrachtet man die Geldmenge, die die Kostenträger den KVen als Gesamtbudget zur Verfügung stellen, sind – insgesamt gesehen – grundsätzlich höhere Umsätze kaum vorstellbar. Höhere Gewinne sind nur bei Absenkung der jeweiligen Kosten möglich. Unabhängig davon wird es unter dem neuen EBM Gewinner und Verlierer geben, sowohl zwischen den Fachgruppen wie auch innerhalb der einzelnen Fachgruppen.

Welchen Einfluss haben die Länder-KVen?

In der Einführungs- und Übergangsphase des EBM 2000 plus nehmen die regionalen KVen durch ihre Honorarverteilungsverträge ganz erheblichen Einfluss auf die Umsetzung dieses neuen EBM. Die einzelnen KVen waren sich in der Prognose für die Honorarentwicklung in den einzelnen Fachgruppen unter dem neuen EBM so unsicher, dass man sich darauf einigte, an der bisherigen Honorarverteilung möglichst wenig zu ändern. Umso wichtiger wird daher für unsere Fachgruppen die Gestaltung und Einführung von Regelleistungsvolumina sein.

In den Regelleistungsvolumina müssen sich Versorgungsnotwendigkeiten und Differenzierungen auch innerhalb der Fachgruppe abbilden. Derzeit verhindern Fachgruppentöpfe und Honorarverteilungsverträge eine leistungsgerechte und betriebswirtschaftlich tragfähige Vergütung. Da die Versorgungsqualität gerade der chronisch Kranken langfristig leiden dürfte, ist den Krankenkassen Interesse zu unterstellen, dass die Gelder der Solidargemeinschaft morbiditätsgewichtet dort ankommen, wo sie am dringensten benötigt werden. Da die Kassen bei der Verteilung der Finanzmittel auf Länderebene eine entscheidene Rolle spielen, ist das Gebot der Stunde, über diesen Weg auf die Probleme der Versorgung hinzuweisen und unseren Einfluss geltend zu machen.

Wo liegen die wichtigsten Unterschiede zum alten EBM?

Wesentliche Merkmale des neuen EBM sind die Vergütung nach Zeit, die Komplexbildung von Leistungen, die Berichtspflicht und die Plausibilitätsprüfungen.

Komplexleistungen stellen in gewisser Weise ein Regulierungsinstrument zur Mengenbegrenzung dar. So wird beispielsweise die Leistung Neurophysiologie unabhängig von der Anzahl der durchgeführten evozierten Potenziale bewertet. Obligater Leistungsbestandteil ist lediglich ein einziges EP. Sind weitere EP medizinisch notwendig, sind sie ohne weitere Honorierung - trotzdem zu leisten. Die Bewertung stellt somit eine Mischkalkulation dar: Ein einzelnes EP ist sicherlich eher gut bewertet, das gesamte Spektrum der EP beispielsweise im Rahmen einer MS-Diagnostik dagegen hoffnungslos unterbewertet. Der Arzt ist hier also gezwungen, zwischen Wirtschaftlichkeit und medizinischer Notwendigkeit sorgfältig abzuwägen.

Die Berichtspflicht ergibt sich aus der politisch gewollten Stärkung der Hausärzte. Widersprüchliche Ansichten der einzelnen KVen bestehen in der Frage, ob Berichte, die obligater Leistungsbestandteil aufgrund der Berichtspflicht sind, zusätzlich vergütet werden oder nicht. Dies hängt im Wesentlichen davon ab, ob die Berichtspflicht bei den unterschiedlichen Leistungen betriebswirtschaftlich mit einkalkuliert worden sind oder nicht. Zu dieser wichtigen Frage waren bis Redaktionsschluss keine verbindlichen Antworten seitens der KVen zu erhalten.

Die Plausibilitätszeiten scheinen nach den früheren Simulationen und ersten Erfahrungen nach Quartalsabschluss für die überwiegende Mehrheit der Neurologen (anders als bei anderen Fachgruppen) kein Problem darzustellen. Probleme ergeben sich für Praxen mit extrem vom Durchschnitt abweichenden Fallzahlen sowie bei Praxen mit ausgesprochen hohem Anteil diagnostischer Leistungen oder hohem "Durchsatz".

Welche neurologischen EBM-Ziffern sind besonders problematisch?

Das größte Ärgernis des neuen EBM ist sicherlich die Legendierung und Bewertung der EMG/NLG-Leistung. Was die beidseitige Ableitung betrifft, hat man unsere Einwände verstanden und Korrektur versprochen. Bei der Bewertung

werden wir ebenfalls hart in der Nachverhandlung bleiben. Eine den medizinischen Qualitätsanforderungen entsprechende Diagnostik ist mit diesen Vorgaben zweifelsohne nicht möglich.

Das EEG ist ebenfalls ein Sorgenkind. Die Ableitdauer hat sich bei vielen Patienten als problematisch herausgestellt. Dies gilt insbesondere bei Kindern und unruhigen Patienten. Hier wurde uns ebenfalls ein Entgegenkommen signalisiert.

Welche neurologischen EBM-Ziffern stellen eine Verbesserung dar?

Mögliche Verbesserungen oder Vorteile bestehen in der Bewertung der Gespräche nach der erforderlichen Zeit. Bisher war es für Neurologen außerordentlich schwierig, die Patienten aufzuklären und sich adäquat Zeit zu nehmen für die teils erhebliche Problematik der Krankheitsfolgen. Mit der neurologischen Gesprächsziffer 16220 ist dies formal unbegrenzt möglich. Wirtschaftlich ist dies natürlich unter Bedingungen der Regelleistungsvolumina trotzdem unsinnig; ein Missbrauch ist dementsprechend ausgeschlossen. Dennoch müssen wir diese Leistungen nicht mehr unterbewertet erbringen.

Eine weitere Verbesserung stellen die Betreuungsziffern dar. Vergleichbare Ziffern gibt es sonst nur bei den Nephrologen (Dialyse) und bei den Kinder- und Jugendpsychiatern. Mit dieser Ziffer wird Praxen mit hoher Versorgungsleistung und großem Betreuungsaufwand für schwer und chronisch Kranke Rechnung getragen.

Last not least ermöglichen die testpsychologischen Leistungen erstmals eine sinnvolle und medizinisch angemessene neuropsychologische Testung. Bisher war dies aufgrund unsinniger Legendierung kaum möglich. Jetzt können qualitativ und quantitativ genau die standardisierten Tests zur Anwendung kommen, die im individuellen Fall erforderlich sind.

Welche spezifischen Risiken sind zu beachten?

An dieser Stelle sollen die Risiken nur kurz skizziert werden. Aufgrund der augenscheinlichen Brisanz haben wir diesem Thema einen eigenen Artikel in

BDN | Vergütungsstrukturen



dieser Sonderausgabe gewidmet (s. nachfolgender Beitrag: "EBM 2000 plus – Risiken und Fallstricke", S. 57 ff.).

Risiken ergeben sich aus den Leistungslegenden der einzelnen Ziffern: Nur vollständig und den Anforderungen genügende Leistungen dürfen abgerechnet werden. So ist bei der extrakraniellen Dopplersonografie etwa darauf zu achten, dass im CW-Verfahren abgeleitet wird. Bei den Betreuungsziffern ist eine plausible Kodierung der zugrunde gelegten Diagnosen wichtig.

Spezifische Risiken ergeben sich bei der gleichzeitigen Berechnung von Gesprächsziffer und Ordinationskomplex. Diese Kombination dürfte häufiger erbracht werden, gleichzeitig aber auch möglicher Brennpunkt von Plausibilitätsprüfungen sein. Eine Entlastung ist im Zweifelsfall nur über eine entsprechend sorgfältige Dokumentation möglich, welche jedoch mit erheblichem Aufwand einhergeht.

Eines der mutmaßlich am meisten bis jetzt noch unterschätzten Risiken besteht in der mangelnden Dokumentation der medizinischen Plausibilität von Leistungserbringung und Verordnung. Hier stehen im Vordergrund:

- Plausibilität der abgerechneten Leistungen (Bezug zur angegebenen Diagnose),
- quartalsübergreifende Dokumentation von Diagnosen,
- Art, Häufigkeit und Struktur der Leistungen,
- Dokumentation von Diagnosen (Bezug zum Fachgebiet, für das der Vertragsarzt zugelassen ist und
- Plausibilität der Arzneimittelverordnungen.

Für ermächtige Krankenhausärzte ergeben sich besondere Risiken aufgrund der geringeren Quartalsplausibilitätszeiten. Auch auf die persönliche Leistungserbringung ist streng zu achten.

Welche Strategie verfolgen die Verbände bei der Korrektur des EBM 2000 plus?

Die politische Strategie der Berufsverbände besteht zunächst darin, dass sie eine Neuberechnung des neurologischen Betriebskostenmodells fordern; hier liegen aktuelle Daten zu den Kostenstrukturen unserer Praxen vor. Weiter werden wir über sinnvolle Komplexbildungen, die Präzisierung der Betreuungsdiagnosen sowie eine bessere Leistungsbeschreibung einzelner Positionen verhandeln. Diese Forderungen werden wir auch durch politische Einflussnahme in den Ländern unterstreichen.

Der für Neurologen wahrscheinlich gravierendste Webfehler des neuen EBM ist das invalide Betriebskostenmodell neurologischer Praxen, das jeden Anspruch auf betriebswirtschaftliche Kalkulation ad absurdum führt. Die wichtigste Forderung besteht daher in einer realistischen Neukalkulation, die eine Höherbewertung der Leistungen unmittelbar nach sich ziehen würde.

Sinnvolle Komplexbildungen, Ergänzungen weiterer Komplexe sowie Erweiterung und Präzisierung der Betreuungsdiagnosen stehen ebenfalls in unserem Katalog. Zumindest die Präzisierung der Betreuungsdiagnosen ist uns mündlich zugesichert worden. Eine bessere Leistungsbeschreibung und Bewertung von EMG/NLG, EEG und weiteren Leistungen wurde uns ebenfalls zugesagt.

Wir verhandeln weiterhin über die Aufnahme der Fremdanamnese und der Aphasiediagnostik in das neurologische Kapitel. Wir haben in diesem Jahr über unsere Verhandlungpositionen mehrfach im NEUROTRANSMITTER berichtet ("Berufspolitische Einflussnahme zwischen berechtigter Hoffnung und Utopie", 6/2005, S. 30; "Immenser Versorgungsbedarf – desaströse Bedingungen", 7–8/2005, S. 14)

Alle vertragsärztlich tätigen Kollegen sollten vor Ort versuchen, auf die regionalen KVen und Krankenkassen Einfluss zu nehmen, um auf unsere Versorgungsleistung hinzuweisen.

Welche Erfolgsaussichten hätte eine Klage?

Der Ruf nach Klagen wurde an vielen Orten laut und auch an uns herangetragen. Gerichtsverfahren sollten nur angestrengt werden, wenn sie auch Sinn machen. Selbstverständlich haben wir dies mit unserem beratenden Rechtsanwalt, Dr. Ingo Pflugmacher, ausführlich diskutiert (siehe auch NEUROTRANSMITTER: "Sind sozialgerichtliche Klagen jetzt schon sinnvoll?" 7–8/2005, S. 39). Klagen sind

erst dann in Erwägung zu ziehen, wenn erste Honorarbescheide nach dem neuen EBM vorliegen. Im Vorfeld hätten sie den Charakter einer "abstrakten Normenklage"; sie sind offenbar nicht zulässig und wurden aus diesem Grund auch bereits abgewiesen. Mögliche Klagen könnten sich nach den ersten Honorarbescheiden auf eine bei den Neurologen (aus unserer Sicht) offensichtlich falsch ermittelte Kostenquote beziehen. Hierüber stehen wir, wie berichtet, mit der KBV in Verhandlung. Sollten diese Verhandlungen scheitern, müssen wir über eine Musterklage in der Tat nachdenken. Da die KBV ein Einlenken in Aussicht gestellt hat, warten wir zunächst ab.

Wir werden die Veränderungen der Vergütungssituation nach Einführung des neuen EBM analysieren und uns die neu ermittelten Betriebskosten sehr genau ansehen. Auf dieser Grundlage werden wir wie bisher die Verhandlungen mit Nachdruck führen und auch die juristischen Möglichkeiten ausloten. Blinder Aktionismus ist an dieser Stelle nicht sinnvoll.

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich Vorsitzender des BDN

Dr. med. Frank Bergmann, Aachen 1. Vorsitzender des BVDN

Dr. med. Gunter Carl, Kitzingen Stellvertr. Vorsitzender des BVDN

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

EBM 2000 plus ...

Risiken und Fallstricke

Wer sich nicht Betrugsvorwürfen aussetzen möchte, sollte die Ziffern und die Abrechnungsgrundsätze des EBM 2000 plus genau kennen. Wir haben für diesen Beitrag die brisantesten risikobehafteten Aspekte des neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstabs ausgewählt und sie etwas genauer erläutert.

m mehr über die Abrechnungsmodalitäten in Erfahrung zu bringen, lohnt es sich, die allgemeinen Bestimmungen des Kapitel I des EBM 2000 plus einmal in Ruhe zu lesen. Hier ist explizit aufgeführt, was mit vollständiger Leistungserbringung gemeint ist oder was den Unterschied zwischen persönlichen und anderen Arzt-Patienten-Kontakten ausmacht. Auch die Leistungslegenden sollten Beachtung finden – insbesondere die Unterschiede zwischen obligaten und fakultativen Leistungen – hier gibt es noch viele Missverständnisse.

Neue Plausibilitätsprüfungen

Seit dem 1.1.2005 gilt bundesweit die neue "Richtlinie der KBV und der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungsprüfungen der KVen und der Krankenkassen". Die neuen Plausibilitätszeiten für Niedergelassene sind aufgrund der Einführung des EBM 2000 plus und der hiermit einhergehenden Diskussion weitestgehend bekannt. Dass die neue Prüfrichtlinie allerdings deutlich weitergehende Maßnahmen vorsieht, die zu erheblichen Veränderungen im Prüfwesen führen werden, ist bisher kaum beachtet worden: In der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben des § 106a SGB

V regelt die Prüfrichtlinie nämlich nunmehr, dass nicht allein die KVen - wie bisher – sachlich-rechnerische Prüfungen vornehmen, sondern dass auch die Krankenkassen selbst die Ärzte überprüfen. Die Prüfkompetenz der KVen erstreckt sich nach der Richtlinie insbesondere darauf, ob nicht oder nicht vollständig erbrachte Leistungen abgerechnet wurden, ob das Gebot der persönlichen Leistungserbringung eingehalten wurde und ob besondere Qualitätsanforderungen und Genehmigungsanforderungen bei speziellen Leistungen erfüllt wurden. Insofern wird der bisherige Prüfumfang der KVen konkretisiert; er wird allerdings gegenüber der früheren Rechtslage nicht wesentlich erweitert. Vielmehr erhalten die Krankenkassen völlig neue und sehr weitgehende Kompetenzen. Prüfen sollen sie,

- ob und in welchem Umfang sie leistungspflichtig sind,
- ob Art und Umfang der für die Behandlung abgerechneten Leistungen in Bezug auf die angegebene Diagnose plausibel sind,
- ob die Zahl der vom Versicherten in Anspruch genommenen Vertragsärzte unter Berücksichtigung ihrer Fachgruppenzugehörigkeit plausibel ist,
- ob Art und Umfang der abgerechneten Leistungen bei Diagnosen, für die es evidenzbasierte Leitlinien gibt, plausibel sind,
- ob die "quartalsübergreifende Diagnosedokumentation" plausibel ist,
- ob Art, Häufigkeit und Struktur der Leistungen sowie der Diagnosedokumentation bezogen auf das Gebiet, mit dem der Vertragsarzt zur Versorgung zugelassen ist, plausibel sind und
- ob die Diagnose im Vergleich zu den Arzneimittelverordnungen plausibel

Diese Prüfungen finden ausschließlich durch die Krankenkassen statt. Die KVen oder von ihr beauftragte "Prüfärzte" neh-



Die Krankenkassen scheinen derzeit überwiegend noch nicht organisatorisch und personell in der Lage zu sein, dem neuen Prüfauftrag in vollem Umfang nachzukommen. Es ist allerdings sicherlich nur eine Frage von wenigen Quartalen, bis dieses System "scharf geschaltet" wird.

Exakte Dokumentation

Insbesondere die patientenbezogene Prüfung der erbrachten Leistungen sowie die Korrelation von Diagnose und Verordnung stehen im Mittelpunkt. Neben der exakten Dokumentation der Behandlung in der Praxis-EDV oder der Patientenakte sollte das neue Prüfwesen aber auch zum Anlass genommen werden, die Diagnoseverschlüsselung zu überprüfen: Häufig wird in der Praxis-EDV gerade für chronisch kranke Patienten nur eine Diagnose (oder wenige "Nebendiagnosen") geführt. Es empfiehlt sich, sukzessive zu überprüfen, ob nicht weitere Diagnosen beim Patienten vorliegen, die noch nicht in der EDV erfasst sind. Jede Erkrankung des Patienten sollte eingegeben werden, da das ersichtliche Datenmaterial aus der Abrechnungsdiskette





BDN | Vergütungsstrukturen

Maßstab für die Prüfung der Krankenkassen sein wird. Spätere Einwendungen, der Patient leide noch an weiteren Erkrankungen (wenn sie denn überhaupt zur Kenntnis genommen werden), führen zu erhöhtem Darlegungs- und damit Zeitaufwand. Darüber hinaus sind die hinterlegten Diagnosen Grundlage für die zukünftige morbiditätsorientierte Vergütung. Eine Fachgruppe, die Art und Ausmaß der Erkrankungen ihrer Patienten nicht vollständig abbildet, wird dies aller Voraussicht nach zukünftig bei der Bemessung des "Honorartopfes" auch wirtschaftlich spüren. Neben der Prävention im Hinblick auf das neue Prüfungsrecht der Krankenkassen ist die vollständige Diagnoseverschlüsselung somit auch ein Beitrag zur Höhe der zukünftigen Vergütung nicht nur der eigenen Praxis, sondern auch der gesamten eigenen Fachgruppe.

Quartalsprofile: Niedergelassene und ermächtigte Krankenhausärzte

Den niedergelassenen Ärzten ist bekannt, dass ihr Leistungsprofil dann als auffällig gilt, wenn an mehr als drei Tagen im Quartal das Tagesprofil von 12 Stunden oder insgesamt das Quartalsprofil von 780 Stunden überschritten wird. Vielen ermächtigten Krankenhausärzten ist allerdings noch nicht bewusst, dass für sie ein Quartalsprofil von 156 Stunden gilt. Das Tagesprofil (12 Stunden) ist identisch, ein ermächtigter Krankenhausarzt gilt jedoch dann als auffällig, wenn er im Quartal Leistungen im Umfang von mehr als 156 Stunden abrechnet. Berechnet wird der Zeitaufwand anhand der im Anhang 3 zum EBM ausgewiesenen Zeiten pro Leistung.

Das niedrige Quartalsprofil wird nicht nur bei größeren Ermächtigungsambulanzen zu Einzelfallprüfungen führen; es ist nach dem politischen Willen auch ein Instrument, im Rahmen der Ermächtigung von Krankenhausärzten diese zur persönlichen Leistungserbringung zu verpflichten. Die Ermächtigung gilt nur persönlich; eine Delegation ärztlicher Leistungen an andere Ärzte des Krankenhauses ist unzulässig. Gerade im Krankenhausbetrieb, der im stationären Bereich von der arbeitsteiligen Leistungserbringung geprägt ist, ist damit ein gewisses Umdenken und Selbstkontrolle

erforderlich. Jeder ermächtigte Krankenhausarzt sollte unbedingt anhand der EDV prüfen, ob er das Quartalsprofil von 156 Stunden überschreitet. Dies gilt selbstverständlich auch im Hinblick auf das Tagesprofil von 12 Stunden. Allein eine Kontrolle der Tagesprofile reicht nicht aus: Die ersten Erfahrungen mit dem neuen EBM zeigen, dass einige Ermächtigungsambulanzen wegen der Überschreitung des Quartalsprofils auffällig sind. In den sich anschließenden Einzelfallprüfungen wird die KV eine Vorlage der Patientendokumentation und eventuell die Zeugenaussagen nachgeordneter Ärzte des Krankenhauses verlangen.

hebliche Risiken birgt: Bei der Nebeneinanderberechnung des Ordinationskomplexes und der Beratungsziffer ist nach dem Wortlaut der Leistungslegende eine "Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten" Voraussetzung für die Abrechnung der Beratungsziffer. Jeder Arzt sollte wissen, was diese Voraussetzung bedeutet und welche Auswirkung sie auf die Plausibilitätsprüfung hat: Unter der Nebeneinanderberechnung ist der Ansatz von Ordinationskomplex und Gesprächs- beziehungsweise Beratungsziffer für die während eines Arzt-Patienten-Kontaktes erbrachten Leistungen zu verstehen. Immer wenn dem erstmaligen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im

21220	Geograph, Sendong, Eristening, Abilianny (Einzelbehandung)	12	311	Quartalsprofil
21221	Psychiatrische Behandlung (Grupportsehandlung)	7	5	Tagos- und Quartalsprofil
21230	Kontinueriche Mittetzecong in hauslicher Umgebung	50	42	Nur Quartilisprofil
21231	Kantinuierliche Mitbetreuung in beschützenden Einrichtungen ader Heimen	30	23	Nur Quartaloprofil
21232	Psychiatrocke Betrouung	15	15	Nur Guartaloprofil
21310	eeo	15	12	Tageo sed Quartaloprofil
21311	Langzer EEG	50	36	Tages and Duartalsprofit
21300	Elektronystagyno-/Okulographie. Elinkreflexpristung	10		Nur Quartalsprofil
21321	Neuophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)	21	16	Nur Quartalsprofil
21330	Konsissesengung	KA	l à	Tages- und Chartalsprofil
-	mirerym H1M2000			or potential members

Kein ermächtigter Krankenhausarzt sollte die Plausibilitätsprüfung auf die leichte Schulter nehmen. Wurde eine Einzelfallprüfung eingeleitet oder auch nur angedroht, so muss er sich rechtlich absichern: Viele KVen leiten neben den Plausibilitätsprüfungsverfahren Ermächtigungsentzugs-, Disziplinar- und auch Strafverfahren ein.

Arzt-Patienten-Kontaktzeit

Zwei der wichtigsten neurologisch-psychiatrischen Ziffern des neuen EBM sind die Beratungs- und Gesprächsleistungen nach 16220 und 21220. Mit diesen Ziffern existiert eine neue Anforderung an die Leistungserbringung, die nicht uner-

Quartal in gleicher Sitzung eine Beratung folgt, wird die Vorgabe der Mindestkontaktzeit von 20 Minuten somit relevant.

Der Hintergrund der Regelung einer Mindestkontaktzeit von 20 Minuten ist offensichtlich: Im Ordinationskomplex sind Beratungsleistungen bis zur Dauer von 10 Minuten als fakultativer Leistungsinhalt enthalten; dadurch soll verhindert werden, dass diese – vermeintlich betriebswirtschaftlich einkalkulierte – Zeit "zusätzlich" über eine Beratungsziffer abgerechnet wird. Entsprechende Regelungen finden sich nicht nur bei den Nervenärzten, sondern in allen fachärztlichen Versorgungsbereichen, in denen Beratungsleistungen enthalten sind. Im

Hinblick auf die Plausibilitätsprüfungen ist eine differenzierte Betrachtung erforderlich: Der Ordinationskomplex wird mit seiner Prüfzeit von 13 Minuten (neurologische Ordinationskomplexe) beziehungsweise 11, 12 und 13 Minuten (psychiatrische Ordinationskomplexe) nur im Quartalsprofil berücksichtigt. Die Beratung schlägt demgegenüber mit der Prüfzeit von 10 Minuten (Ziffer 16220) beziehungsweise 11 Minuten (Ziffer 21220) auch im Tagesprofil "zu Buche". Allein aus dem Tagesprofil in der Praxis-EDV lässt sich also keinerlei Aussage ableiten, ob die Arzt-Patienten-Kontaktzeit von 20 Minuten eingehalten wurde. Das "Frühwarnsystem" der eigenen EDV versagt. Aus dem Blick in das eigene Quartalsprofil lassen sich ebenfalls keine Rückschlüsse auf die Beachtung der 20minütigen Arzt-Patienten-Kontaktzeit und damit die Risiken einer Plausibilitätsprüfung ziehen. Dies wissen selbstverständlich auch die KVen, weshalb Nachfolgendes unbedingt beachtet werden sollte:

Tipp für die Praxis

Derjenige Arzt, dessen Tagesprofil sich an Tagen mit der Abrechnung mehrerer Beratungsleistungen der kritischen 12-Stunden-Grenze nähert, sollte folgende Kontrollberechnung anstellen: Er sollte ermitteln, bei wie vielen Patienten an diesem Tag neben der Gesprächsleistung auch ein Ordinationskomplex abgerechnet wurde. Die Anzahl dieser Patienten, multipliziert mit 10 Minuten, sollte als "Sicherheitszuschlag" auf das Tagesprofil addiert werden. Diese Rechnung ist wohl noch nicht bei einem Tagesprofil (gemäß Praxis-EDV) von 6 Stunden erforderlich, bei 8, und ganz sicher bei 10 Stunden sollte sie aber statt finden. Wird die 12-Stunden-Grenze überschritten, so ist zu reflektieren, ob die Arzt-Patienten-Kontaktzeit von 20 Minuten in jedem Fall eingehalten wurde. Falls dem so ist, muss im Hinblick auf mögliche Plausibilitätsprüfungen die Dokumentation derart exakt geführt sein, dass sich die tatsächliche Dauer der Arzt-Patienten-Kontaktzeit aus ihr ergibt. Das wird meist nur

möglich sein, wenn die Uhrzeit von Beginn und Ende der Kontaktzeit dokumentiert ist. Das bedeutet zusätzlichen Aufwand; falls die beschriebene "Sicherheitsberechnung" aber zu kritischen Werten führt, sollte dieser in Kauf genommen werden. Auch zeigt die Erfahrung einiger Praxen, die bereits im II. Quartal auf diese Weise die Arzt-Patienten-Kontaktzeit dokumentiert haben, dass die Praxisabläufe nach einer Eingewöhnungsphase durch die zusätzliche Dokumentation nicht beeinträchtigt werden. Andererseits kann der Kollege, der nach der Addition von zusätzlichen 10 Minuten pro Patient (für den Ordinationskomplex und Beratung nebeneinander abgerechnet wurden) im Tagesprofil unauffällig ist, auch sicher sein, dass für ihn kein entsprechender Rechtfertigungsdruck gegenüber den Prüfgremien entsteht.

Dr. jur. Ingo Pflugmacher Rechtsanwälte Busse & Miessen, Oxfordstr. 21, 53111 Bonn

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich

Quo vadis GOÄ?

Die heutige GOÄ ist 1982 aus der Ersatzkassen-Gebührenordnung (E-Adgo) von 1978 entstanden. Seit 1978 sind von 37 Kapiteln 26 nicht grundlegend aktualisiert worden; sie sind also 28 Jahre alt! 1995 wurden elf Kapitel geändert – also haben auch diese nun schon ein stattliches Alter von zehn Jahren. Was das bedeutet, muss man einem Arzt nicht erklären, der korrekt aber auch wirtschaftlich abrechnen soll. Fortschritte der Medizin sind bisher nur in kleinem Rahmen berücksichtigt worden. Die Bildung von Analogziffern bereitet oftmals Probleme und eine offizielle, das heißt generelle Umsetzung ist langwierig.

Durch die veraltete GOÄ entstehen unablässig Konflikte zwischen Ärzten, Patienten, Privatversicherungen, Beihilfestellen, Ärztekammern – letztlich auch vor Gericht.

Der 108. Ärztetag 2005 hat eine Modernisierung der GOÄ mit mehr Transparenz und Rechtssicherheit für Patienten und Ärzte gefordert. Eine Eigenständigkeit der GOÄ ist selbstverständlich. Pläne, den EBM 2000 plus und DRG-Zuschläge anstelle der GOÄ zu verwenden, lehnt die Ärzteschaft ab; so wurde es bei einem Treffen mit diversen Ärzteverbänden bei der Bundesärztekammer vom Vorsitzenden des Ausschusses "Gebührenordnung" der Bundesärztekammer Dr. Alfred Möhrle vorgetragen.

Zusammen mit der DGN und dem BVDN wird der BDN einen gemeinsamen Entwurf für die Novellierung des Kapitel G



des neurologischen Teils erstellen – jeweils abgestimmt mit mehreren Vertretern dieser Verbände. Auch der BVDP wird selbstverständlich hierüber informiert. Wir hoffen, dass sich dieses Mal die umfangreiche Arbeit lohnt. Ein Novellierungsvorschlag wurde auf Veranlassung der Bundesärztekammer vor etwa zehn Jahren schon einmal gemeinsam erstellt. Dies hat bis heute keine Früchte getragen. Wir können aber auf diese Arbeit zurückgreifen und sind voll Hoffnung für die Zukunft. In der Diskussion um die Abrechnung privatärztlicher Leistungen hatte die "alte" GOÄ gegenüber dem EBM 2000 plus und einem DRG-Anpassungsmodell kaum Chancen. Nun sieht es besser aus mit einer GOÄ-"up to date".

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



Betriebliche Altersvorsorge

Mitarbeiter motivieren und Praxiskosten sparen

Der BDN hat mit dem Finanzdienstleister MLP für die
Mitglieder der neuropsychiatrischen Berufsverbände ein
kostensparendes Angebot zur
betrieblichen Altersvorsorge
entwickelt. Mitarbeiter profitieren durch die Verbesserung
ihrer Altersvorsorge, Praxisinhaber durch die Einsparung von
Steuern und Sozialversicherungsleistungen.

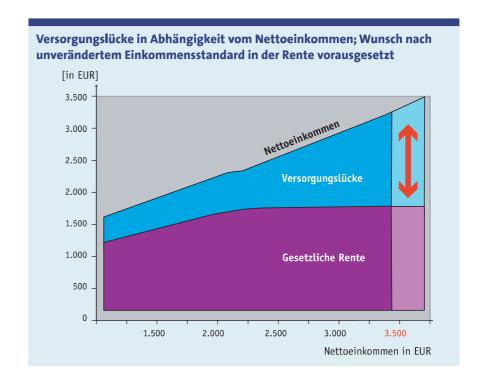
as deutsche Rentensystem, einst Stolz der Nation, ist ins Schlingern geraten. Grund für die düsteren Aussichten ist die gravierende Veränderung der deutschen Bevölkerungsstruktur: Es werden zu wenige Kinder geboren, ihre Ausbildung dauert zu lange. Dadurch fließt zu wenig Geld in die Rentenkassen. Auf der anderen Seite gibt es immer mehr Rentner, die dank medizinischer Verbesserungen immer gesünder und länger ihren Ruhestand erleben können.

Die Entwicklung in der Altersversorgung erfordert zielgerichtete Lösungen und die Notwendigkeit jedes Einzelnen, seine Vorsorge neu auszurichten. Der Gesetzgeber hat hierfür die Voraussetzungen in Form der betrieblichen Altersversorgung geschaffen. Speziell für Gesundheitsberufe steht nun die "Gesundheitsrente" von MLP zur Verfügung. Der

Finanzdienstleister hat mit dem Hausärzteverband ein spezielles Angebot entwickelt, das offenbar gut angenommen wurde und unlängst für großes Interesse und Nachfrage gesorgt hat. Der BDN hat für BDN, BVDN und BVDP nunmehr ebenfalls zusammen mit der MLP BAV GmbH ein attraktives Angebot für unsere betriebliche Altersversorgung (bAV) entwickelt. MLP dürfte den meisten Kollegen ein Begriff sein, da dieses Unternehmen nicht nur einen professionellen Überblick über den Markt, sondern auch über eine hohe Qualifikation beziehungsweise Erfahrung in der Beratung verfügt.

Modell der Fondsrente

Die Gesundheitsrente ist eine spezielle Branchenlösung, versehen mit Sonderkonditionen von der PRO bAV-Pensionskasse AG. Diese bietet neben einer



60 NeuroTransmitter Sonderheft 1-2005

Arbeitnehmer	VWL	bAV
Gehalt	1.400 EUR	1.400 EUR
VWL/bAV Entgeltumwandlung	30 EUR 0 EUR	30 EUR 41 EUR
Brutto-Einkommen	1.430 EUR	1.359 EUR
Steuern Sozialabgaben VWL	120 EUR 301 EUR 30 EUR	94 EUR 286 EUR 0 EUR
Netto-Einkommen	979 EUR	979 EUR
Sparbeitrag	30 EUR	71 EUR

Betriebliche Altersvorsorge (bAV) zum "Nulltarif" im Vergleich zu sonstigen vermögenswirksamen Leistungen (VWL)

klassischen Rentenversicherung eine von der Ärzte- und Apothekerbank gemanagte Fondsrente an. Dabei wird Geld in die Dachfonds APO Forte INKA und APO Mezzo INKA investiert, die im letzten Jahr beachtliche 9,75% und 7,88% Wertzuwachs erzielt haben. Nach Rentenbeginn erhalten die Mitarbeiter von der PRO bAV-Pensionskasse AG eine lebenslange Altersrente oder können sich die Ablaufleistung auszahlen lassen.

Seit diesem Jahr gibt es für unsere Mitarbeiter die Möglichkeit, bis zu 2.496 EUR pro Jahr (208 EUR im Monat) aus dem Bruttogehalt steuer- und bis 2009 auch sozialversicherungsfrei in ihre bAV einzuzahlen. Besonders attraktiv ist dabei die "bAV zum Nulltarif". Dabei werden die vermögenswirksamen Leistungen direkt aus dem Bruttoanteil entnommen, wodurch sich der Einzahlungsbetrag erhöht. Das Nettogehalt dagegen verändert sich bei diesem Konzept nicht, deshalb die Bezeichnung "Nulltarif".

Interessant und lukrativ ist auch die Umwidmung von Gehaltserhöhungen in die Betriebsrente. Dabei ergibt sich wegen der Steuer- und Sozialversicherungsfreiheit ein deutlich höherer Beitrag als bei der Auszahlung als Gehalt; die Praxisinhaber sparen dabei auch über 2009 hinaus unbefristet die für die Erhöhung anfallenden Sozialversicherungsbeiträge ein. Beide Konzepte sind durch ihr Sparpotenzial für Arzt und Mitarbeiter hochinteressant.

Vorteile für Mitglieder

Mit der Gesundheitsrente bietet sich den Mitgliedern unserer Verbände ein attraktives, leistungsstarkes und einheitliches Instrument für die bAV. Sie erfüllt die gesetzlichen Verpflichtungen und hilft gleichzeitig beim Aufbau einer Absicherung. Außerdem bietet sie Steuer- und Sozialversicherungsersparnisse mit guter Rendite und hoher Flexibilität. Bei Arbeitgeberwechsel können die Verträge problemlos übertragen werden.

Da auf der Einnahmeseite "nolens volens" Verluste für viele von uns nicht zu vermeiden sind, sollten wir das Potenzial zur Reduktion der Kostenstruktur ausschöpfen. Die Nutzung der neuen gesetzlichen Möglichkeiten im Bereich der betrieblichen Altersrente und speziell die hier vorgestellte Gesundheitsrente, welches nur durch die Rabattierung im Rahmen der Verbandskooperation so günstig ausfallen kann, ist hierzu ein kleiner, aber effektiver Beitrag.

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich Vorsitzender BDN

Ansprechpartner

Thomas Hitzel Abteilungsleiter MLP BAV GmbH Alte Heerstr. 40, 69168 Wiesloch Telefon (0 62 21) 3 08-47 38 Telefax (0 62 21) 3 08-82 11 Mobil 0172-2514461 E-Mail: thomas.hitzel@mlp-ag.com



Neurologen im Netz

Ärzte als Partner der Medien



Das Internetportal "Neurologen-und-Psychiaterim-Netz" (NPIN) ist eine Initiative der Berufsverbände BDN, BVDN, und BVDP sowie der DGN und psychiatrisch-psychotherapeutischer Fachgesellschaften. Diese Online-Plattform entwickelt sich immer stärker zum Partner der Medien und erfüllt als umfassendes Informationsmedium wichtige Funktionen für Patienten und Ärzte.

ber die Nachrichtenagenturen Deutsche Presseagentur (dpa), Associated Press (AP) und Deutscher Depeschendienst (ddp) sind mittlerweile 20 Pressemeldungen der "neurologen-und-psychiater-im-netz" zu neurologischen und psychiatrischen Themen veröffentlicht worden. Mehr als 50 Zeitungen und Zeitschriften haben unsere Artikel mit einer Reichweite von mehr als 40 Millionen Lesern publiziert. Durch die guten Kontakte zu Fernsehredaktionen (ZDF, NDR, MDR, SWR, RBB) gelang es, zwölf TV-Beiträge zu neurologischen und psychiatrischen Themen zu platzieren, die mehr als zehn Millionen Fernsehzuschauer sahen. Derzeit hat der Internetdienst monatlich rund 20.000 Besucher - mit steigender Tendenz.

Weitere Medienprojekte in Planung

Auch für die nächsten Monate haben wir uns einiges vorgenommen. Mindestens 20 Pressemeldungen stehen zur Veröffentlichung über Nachrichtenagenturen an. Sie sollen in über 200 Medien über die Fachbereiche Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie informieren. Aktuell werden gemeinsam mit TV-Redaktionen die Themen Migräne, ADHS und psychiatrische Versorgung in Deutschland für Fernsehbeiträge vorbereitet. Immer häufiger werden wir von den Redaktionen angesprochen, wenn neue Sendungen zu neurologischen oder psychiatrischpsychotherapeutischen Themen geplant werden.

Bei den Nutzerzahlen der Internetseite erwarten wir bis Ende des Jahres einen Anstieg der Besucher auf 30.000 pro Monat. Mit dieser geballten Medienpräsenz sind wir auf einem guten Weg, die Wahrnehmung von neurologischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Themen in der Öffentlichkeit deutlich zu steigern und die Aufklärung über Krankheitsbilder zu verbessern. Dass dabei auch berufspolitische Themen eine wichtige Rolle spielen, zeigt der geplante TV-Bericht zur psychiatrischen Versorgung in Deutschland, der die katastrophale Budgetierung bei der Behandlung von psychisch schwer kranken Menschen aufgreifen wird.

Öffentlichkeitsarbeit durch Ihre Praxis-Homepage

Die zentralen Angebote des Internetdienstes "neurologen-und-psychiater-imnetz" sind: täglich aktuelle Informationen aus Forschung, Klinik und Praxis, umfassende und hochqualitative Informationen zu neurologischen und psychischen Erkrankungen sowie die Ärzteliste, in der sich niedergelassene Neurologen, Psychiater/Psychotherapeuten und Nervenärzte mit ihrer Praxis oder Gemeinschaftspraxis präsentieren können.

Es gibt zwei entscheidende Gründe, die dafür sprechen, dass Sie sich für eine Praxis-Homepage auf der offiziellen öffentlichen Internetseite der neurologischen Berufsverbände und der DGN entscheiden: Zum einen ist die Praxis-Homepage in ein einzigartiges, redaktionelles Umfeld eingebettet, das Ihren Patienten einen herausragenden Service mit vielen wichtigen Informationen zu neurologischen und psychischen Erkrankungen sowie aktuelle Meldungen liefert. Zum anderen sind die Homepage-Gebühren die finanzielle Grundlage für eine weiterhin offensive und erfolgreiche Öffentlichkeitsarbeit.

Zurzeit haben sich bereits mehr als 200 niedergelassene Neurologen, Nervenärzte und Psychiater/Psychotherapeuten für eine Homepage bei "neurologenund-psychiater-im-netz" entschieden. Ein wichtiger Pluspunkt sind dabei sicherlich auch die niedrigen Abonne-

62 NeuroTransmitter Sonderheft 1-2005



BDN | Kooperation & Service



mentgebühren: Sie liegen zwischen 3,75 und 10 EUR im Monat – je nachdem ob es sich um eine Einzel- oder Gemeinschaftspraxis handelt. Das Erstellen der Praxis-Homepage kostet einmalig 15 EUR.

F-Mail

Auch für Praxen, die bereits eine eigene Homepage haben, ist das Angebot interessant: Die Praxis-Homepage bei "neurologen-und-psychiater-im-netz" wird dann mit der bereits existierenden Homepage verlinkt. So können Sie ihren

Patienten zusätzlich das umfassende Informationsangebot von "neurologen-undpsychiater-im-netz" anbieten und gleichzeitig die Öffentlichkeitsarbeit von BDN, DGN und BVDN unterstützen.

Marketing-Tool im zunehmenden Wettbewerb

Als Nutzer der ersten Stunde haben mein Kollege und ich erst durch die Implementierung unserer bestehenden Praxis-Homepage (siehe Bild auf S. 62) auf der NPIN-Ärzteseite eine wesentlich höhere Hitrate interessierter Patienten und Kollegen erreicht. So werden nicht nur Praxistermine zunehmend per E-Mail vereinbart, sondern auch Rezeptwünsche geäußert und Fachfragen an uns gestellt. Im Rahmen eines verstärkten und notwendigen Self-Marketings ist der Internetauftritt ein wichtiger Baustein. Unseres Erachtens ist eine weitere deutliche Zunahme von Arzt-Homepages unter dem NPIN-Dach wünschenswert, um die bereits positiven Effekte nachhaltig zu sichern und zu verstärken. In diesem Sinn werben wir für Ihre Teilnahme an diesem ehrgeizigen und wichtigen Pro-

Dr. med. Curt Beil, Köln

Telefon

Internetadresse

1 12,3000	Fax (0.80) 64.20 05.20
PLZ, Stadt	81545 München
Straße	Geiselgasteigstr. 124a
	Steven Monks
Fachgebiet	Neurologen und Psychiater im Netz
	Monks Produktion
Name, Vorname	Manks Draduktion
Ich melde mich für eine Homepage beim Patienten-Infor	rmationsdienst www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de an.
Anmeidung	

Sonderheft 1.2005 NEUROTRANSMITTER 64

www.neuroscout.de

Aktuelle Infos stets präsent

Seit einem Jahr hat die Internetseite des BDN unter "www.neuroscout.de" ein neues Gesicht. Diese Homepage hat sich im Netz etabliert und wird von Neurologen vielfach genutzt.

ktuelle Informationen aus dem Berufsverband und der Gesundheitspolitik, Downloads und Mitglieder-Service: Das ist die Aufgabe der Verbandshomepage des BDN "www. neuroscout.de". Der BDN, der BVDN und der BVDP haben zusammen mit den wissenschaftlichen Fachgesellschaften vor internen Bereich pro Monat, also rund fünfmal so viel wie vor dem Neustart. Besonders wichtig: Die Inhalte werden jede Woche aktualisiert, berufspolitische Aktivitäten des BDN, Vertragsverhandlungen, Qualitätsmanagement-Konzepte und vieles mehr gibt es stets in aktueller Form.



rund einem Jahr die Informationen für Patienten komplett auf die Seite "www. neurologen-und-psychiater-im-netz.de" ausgelagert. Die Verbandsseite des BDN beschränkt sich (wie die von BVDN und BVDP) auf interne Informationen und ist damit nicht nur schlanker, sondern auch effizienter – sie enthält trotzdem alles, was für die Arbeit des Berufsverbands wichtig ist. Zentrale Inhalte sind über ein Passwort geschützt und somit nur für Mitglieder zugänglich.

Ein Jahr nach dem "Umbau" der Homepage haben die Mitglieder das Angebot gut angenommen: Die Seite verzeichnet rund 3.500 Zugriffe auf den

Wichtige Informationen online abrufen

Die Kernpunkte sind neben der Eigendarstellung des Berufsverbands und seiner Strukturen selbstverständlich die verschiedenen Projekte des BDN. Zum Beispiel finden die Mitglieder unter der Rubrik "Integrierte Versorgung" die Konzepte der Berufsverbände zur integrierten Versorgung bei den Indikationen Schlaganfall, Multiple Sklerose, Kopfschmerz, Morbus Parkinson und Epilepsie. Der BDN entwickelt diese Konzepte weiter – zusammen mit den wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Neue Ergebnisse dazu werden die Homepages

jeweils aktuell bereitstellen und die Nutzer darauf hinweisen.

Ein weiterer Vorteil von "www. neuroscout.de" ist das Archiv des NEURO-TRANSMITTER. Im Mitgliederbereich der Homepage bleiben die älteren Ausgaben der Zeitschrift verfügbar; ein Zugriff auf interessante Beiträge, die früher publiziert wurden, ist jederzeit möglich.

Ein weiterer Service für Mitglieder ist der Newsletter des BDN. Er erscheint rund drei- bis viermal im Jahr und informiert die Mitglieder über aktuelle Projekte des Berufsverbands, Neuerungen und Termine.

Die Finanzierung der neuen Verbands-Homepage erfolgt über Sponsorengelder. Dabei müssen strenge und transparente Regeln eingehalten werden. Die Sponsoren üben keinen Einfluss auf redaktionelle Inhalte aus. Selbstverständlich erfolgt auch keine "Schleichwerbung". Insgesamt ist die Präsenz der Sponsoren auf der Homepage sehr zurückhaltend: Lediglich der Hauptsponsor Biogen Idec erhält auf der Verbandsseite den Platz für ein Logo; blinkende und sich abwechselnde Banner gibt es nicht. Außerdem steht der Industrie der Bereich "Markt und Forschung" zur Verfügung, auf der sie - wie auch in den Fachzeitschriften üblich – Studienergebnisse und gegebenenfalls Presseinformationen veröffentlichen kann. Alle Firmen, die sich finanziell am Aufbau und Erhalt der Seiten beteiligen, sind für Interessierte im Bereich Sponsoren kurz dargestellt.

Dr. med. Arne Hillienhof, Köln

Passwort vergessen?

Wer seine Zugangsdaten verlegt oder vergessen hat, dem sendet die Online-Redaktion nach einer kurzen Nachricht über den "Kontakt"-Button schnell die notwendigen Daten zu.



Ein Chefarztvertrag gehört in die Hände professioneller Verhandlungspartner. Der zukünftige Chefarzt ist in erster Linie Mediziner; zu seiner Unterstützung hat der BDN Leitlinien für die Verhandlungsführung und Formulierung von Arbeitsverträgen entwickelt sowie wichtige Informationen zu Vertragsdetails zusammengestellt.

um Chefarzt wird man gewöhnlich nur einmal im Leben ernannt. Das Wissen um die Gestaltung solch eines Arbeitsvertrags ist somit für den zum Chefarzt gewählten Mediziner eher gering. Dagegen haben diejenigen, die den Vertrag entworfen haben und dem zukünftigen Chefarzt zur Unterschrift vorlegen, weit mehr Erfahrung.

In früheren Zeiten wurden Chefärzte durch behördliche Vertreter wie den Landrat oder städtische Verwaltungsbeamte, in kirchlichen Häusern von Oberinnen oder Vorstehern berufen. Größtenteils beruhte das Arbeitsverhältnis damals auf gegenseitigem Vertrauen, das in den meisten Fällen auch gerechtfertigt war. Mit zunehmender Entwicklung der Krankenhäuser zu Wirtschaftsobjekten bekam die Verwaltungsebene immer mehr Gewicht. Der Verwaltungsleiter, später der Geschäftsführer und danach der Krankenhausdirektor (so änderten sich die Bezeichnungen im Lauf der Zeit) waren die Hauptverhandlungspartner; diese jetzigen Vertragsgestalter sind wesentlich besser trainiert im Umgang mit Chefarztverträgen und haben auch weit mehr das wirtschaftliche Ziel vor Augen als ihre Vorgänger.

Die Überprüfung von Chefarztverträgen sollte Spezialisten vorbehalten

sein; hierzu gehört unter anderem auch der Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V. Auch Landesärztekammern haben diese Aufgabe oftmals erfüllt. Eine Rückkoppelung aber, ob Vertragsveränderungen, die diese Institutionen vorgeschlagen hatten, auch Früchte getragen haben, ist kaum vorhanden.

Untergrabung des Liquidationsrechts

Die Liquidation bei Privatpatienten ist im neuen Muster-Chefarztvertrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. nicht mehr durch die Chefärzte vorzunehmen, sondern durch die Krankenhäuser selbst, die sich unserer GOÄ bedienen. Die Untergrabung des Liquidationsrechtes der Chefärzte ist wohl kaum noch aufzuhalten und bei der fragwürdigen Zukunft der GOÄ (die möglicherweise durch einen Multiplikationsfaktor der DRG-Fallkosten bei Wahlleistungspatienten ersetzt werden könnte) vielleicht auch bald kein Hauptstreitpunkt mehr. Dennoch ist zu befürchten, dass auf diesem Wege Einfluss auf die Tätigkeit des Arztes genommen wird; auch dies gilt es abzuwehren.

Personelle und apparative Ausstattung

Der neue Chefarzt wird vertraglich zur wirtschaftlichen Führung seiner Klinik verpflichtet. Wird ihm hierfür aber auch ausreichendes Personal und eine ausreichende apparative Ausrüstung zur Verfügung gestellt? Auch wenn vordergründig in einem Chefarztvertrag die Honorierung eine wesentliche Rolle einzunehmen scheint, sind die hier genannten Fragen mindestens gleichrangige oder noch wichtigere Punkte.

Versprechungen, dass beispielsweise eine Erweiterung der Abteilung geplant ist oder eine Klinik mit einem Farbduplexgerät oder papierlosem EEG ausgestattet wird, taugen nichts, wenn sie nicht bezüglich ihrer Erfüllung zeitlich fixiert und bei Nichterfüllung die Konsequenzen dokumentiert werden.

Lohnt es sich noch für einen Chefarzt die vertragliche Verpflichtung, die Ermächtigung für eine kassenärztliche Tätigkeit anzustreben? Dies ist ein häufiger Passus in Chefarztverträgen, der die

66 NeuroTransmitter Sonderheft 1-2005

Chefärzte zu solcher Tätigkeit zwingen soll

Wie verhält es sich mit der finanziellen Beteiligung an Einnahmen aus einer Institutsambulanz – und wie verhält es sich, wenn das Krankenhaus eine solche Institutsambulanz zu Lasten der Ermächtigung einrichtet?

Leitlinien des BDN

Um dem Mustervertrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. nicht als Einzelkämpfer gegenüber zu stehen, hat der BDN Leitlinien zur Vertragsverhandlung, zur Formulierung und zum Detailverständnis von Dienstverträgen leitender Krankenhausärzte mit juristischer und ärztlicher Kompetenz zusammengestellt. Die Einlassung auf nahezu jeden Passus in den üblichen Chefarztverträgen ist in diesen Leitlinien mit Vorschlägen für die Abänderung und mit Warnhinweisen versehen. Damit steht ein ganzer Verband und nicht ein Einzelkämpfer dem Vertragspartner gegen-

über; das wird sich auch auf die Verhandlungsposition auswirken. Unser Berufsverband bemüht sich darum, über ein Sponsoring diese Leitlinien all jenen zukommen zu lassen, die in die Situation von Chefarztvertragsverhandlungen kommen könnten. Hinweise auf Verbesserungen oder Änderungen in den Vertragsvorlagen sollten dieses Werk auf dem Laufenden halten.

Der BDN hofft natürlich, dass auch die Oberärzte als bisher am schwächsten vertretene Gruppe im Berufsverband den Nutzen der Leitlinien zur Vertragsverhandlung erkennen: Hier werden ihre speziellen Interessen wahrgenommen; eine hohe Mitgliederzahl im BDN ist wichtig, um Projekte umsetzen zu können

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

Chefarzt als leitender Angestellter?

Stellt eine Klinik einen Chefarzt als leitenden Angestellten ein, kann sich der Krankenhausträger von ihm gemäß Kündigungsschutzgesetz ohne Begründung per Auflösungsvertrag trennen. Die Funktion eines leitenden Angestellten umfasst die Berechtigung zur selbstständigen Einstellung oder Entlassung von Arbeitnehmern. Enthält ein Chefarztvertrag Regelungen, wonach er im Auftrag des Krankenhausträgers nachgeordnete Ärzte einer Abteilung zwar einstellen darf, die arbeitsvertragliche Abwicklung jedoch durch den Verwaltungsdirektor erfolgt, dann ist der Chefarzt nicht zur selbstständigen Einstellung berechtigt. Damit ist er kein leitender Angestellter im arbeitsrechtlichen Sinn. Der Krankenhausträger ist zu einer wirksamen Kündigung verpflichtet; der Antrag auf einen Auflösungsvertrag reicht in diesem Fall nicht aus. (BAG - 2 AZR 903/98)

Anzeige





MS: Entzündung und Degeneration bekämpfen

ei der Multiplen Sklerose führen entzündliche Prozesse zu einer Demyelinisierung der Neurone und nachfolgend zu einem Verlust von Axonen. Andererseits gehen die neurodegenerativen Veränderungen bei progredienten MS-Formen nicht immer mit entzündlichen Prozessen einher. Auch wenn die Zusammenhänge beider Aspekte - Inflammation und Neurodegeneration noch nicht geklärt sind, haben beide eine wichtige Bedeutung für den klinischen Verlauf der MS und müssen in die Therapieentscheidung einfließen, betonte Kenneth P. Johnson aus Baltimore bei einer Pressekonferenz. Dabei ist Glatirameracetat (Copaxone®) das einzige derzeit zugelassene verlaufsmodifizierende MS-Therapeutikum, das beiden Prozessen entgegen wirken kann, so Johnson. Die Substanz ist antinflammatorisch wirksam, scheint aber im Gegensatz zu den Beta-Interferonen auch neuroprotektive Effekte zu haben. Für die Therapie mit Glatirameracetat liegen inzwischen Zehn-Jahres-Daten zur Effektivität und Sicherheit vor. Im Mittel reduzierte

sich bei den beobachteten 122 Patienten die jährliche Schubzahl von durchschnittlich 1,5 pro Jahr vor Studienbeginn auf etwa 0,2 nach zehn Jahren Therapie. Bei rund zwei Drittel der Patienten (64,4%) verschlechterte sich der Grad der Beeinträchtigung nicht oder verbesserte sich sogar. 91% der Patienten, die kontinuierlich über zehn Jahre mit dem Präparat behandelt worden waren, konnten noch ohne Hilfe gehen (EDS < 6). Hatten die Patienten zunächst Plazebo und erst nach

Ende der verblindeten Phase Glatirameracetat erhalten, wiesen dagegen nur 49,2% einen solch günstigen Verlauf auf. Johnson wies in diesem Zusammenhang darauf hin, wie wichtig der frühzeitige Beginn dieser verlaufsmodifizierenden Therapie ist.

Pressekonferenz: "Multiple Sclerosis: From A to Z" Prag, 13.5. 2005 Veranstalter: TEVA und Sanofi-Aventis

↑ Th2 antiinflammatorische Zytokine
↑ neuroprotektives Protein BDNF (brain derived neurotrophic factor)
↑ NAA-Level (N-Acetyl-Acetat: Marker für die neuronale Integrität)
erhöhter neuronaler Gewebeschutz

Wirksame Medikation gegen Akromegalie

Vergrägere Stigmata wie vergrößerte Nase oder Kinn, Wachstum von Händen und Füßen sowie Stirnwülste sichtbar werden, drängt sich die Verdachtsdiagnose Akromegalie dem behandelnden Arzt geradezu auf. Leider entwickelt sich die typische Symptomatik sehr langsam, betonte PD Dr. Burkard Herrmann, Bochum. Amenorrhoe, Abfall von Libido und Potenz, verminderte Rasurfrequenz oder Leistungsabfall können erste Hinweise sein. Unbehandelt drohen den betroffenen Patienten Schlafapnoe, Diabetes mellitus, kardiovaskuläre Erkrankungen und nicht zuletzt eine um etwa zehn Jahre verkürzte Lebenserwartung. Eine adäquate Therapie kann nicht nur die körperlichen Veränderungen teilweise wieder rückgängig machen, sondern auch Blutzucker-

und Cholesterinspiegel wieder normalisieren. Mittel der Wahl sind die operative Entfernung des Hypophysentumors, gefolgt zum Teil von Strahlentherapie und medikamentöser Behandlung.

Mit Pregvisomant (Somavert®), ei-

Mit Pregvisomant (Somavert®), einem Antagonisten des Wachstumshormonrezeptors, steht ein Medikament zur Verfügung, das gute Heilungsraten verspricht. Dies bestätigt neben klinischen Studien nun auch eine deutschlandweite Anwendungsbeobachtung mit 102 Akromegalie-Patienten, die größtenteils eine Operation, Radiatio oder medikamentöse Therapie mit Dopaminagonisten beziehungsweise Somatostatinanaloga erfolglos hinter sich hatten. In der Anwendungsbeobachtung ließen sich die Insulin like Growth Factor- (IGF-I) Spiegel bei 68% normalisieren. Dieses Er-

gebnis steht im Gegensatz zu den Ergebnissen der Langzeitstudie, in der 97% der Patienten normale Serumspiegel erreichten. Vermutlich waren, so Herrmann, die Dosierungen in der Anwendungsbeobachtung noch nicht ausreichend. Bestätigt hat sich aber auch die Sicherheit von Pregvisomant. Nebenwirkungen traten nur bei 13 Patienten auf, meist lokale Reaktionen an der Injektionsstelle. Bei vier Patienten kam es zu erhöhten Leberwerten. Hinweise auf ein erhöhtes Karzinomrisiko scheinen sich nicht zu bestätigen.

Presseworkshop: "Hypophyse 2005 – Aktuelles und Perspektiven"
Rottach-Egern, 11.2.2005
Veranstalter: Pfizer GmbH, Karlsruhe



Behandlung der Tagesschläfrigkeit ohne Suchtgefahr



änger anhaltende exzessive Tagesschläfrigkeit ist keine Befindlichkeitsstörung, sondern die Indikation für eine geeignete Therapie. Ständige Müdigkeit kann verminderte Leistungsfähigkeit im Beruf, ein erhöhtes Unfallrisiko oder den Rückzug aus dem sozialen Leben nach sich ziehen. Dabei ist zwischen großem Schlafbedürfnis und exzessiver Schläfrigkeit zu unterscheiden; letztere ruft trotz ausreichender Schlafdauer eine chronisch vermehrte Einschlafneigung in unangemessenen Situationen hervor. Häufigste Ursache exzessiver Tagesschläfrigkeit ist die obstruktive Schlafapnoe. Bei leichten Formen der Schlafapnoe hilft oft schon eine Gewichtsreduktion. Außerdem sollten die Patienten nicht auf dem Rücken schlafen; hier kann das Anlegen eines speziellen "Rucksacks" im Bett Abhilfe schaffen. Auch operative Eingriffe können Besserung bringen. Bei schwerer obstruktiver Schlafapnoe gilt jedoch die nächtliche Überdrucktherapie (CPAP, continous positive airway pressure) als wichtigste Therapieform. Doch auch sie bringt nicht bei allen Patienten den gewünschten Erfolg. Bei 15-22% der Patienten bleibt die Schläfrigkeit trotz optimaler Anwendung der CPAP-Therapie bestehen.

In diesen Fällen kann eine medikamentöse Therapie mit Modafinil (Vigil®) sinnvoll sein. Dieses Medikament, das bereits seit einigen Jahren bei Narkolepsie zugelassen ist, reduziert die subjektive Schläfrigkeit und verbessert Aufmerksamkeit und Leistungsfähigkeit, erklärte Prof. Dr. Göran Hajak aus Regensburg auf einer Pressekonferenz. Modafinil gilt als das selektivste Medikament, das in den Schlaf-Wach-Rhythmus eingreift. Im Gegensatz zu Amphetaminen, so Hajak, wirkt es spezifisch auf die Schlaf-Wach-Zentren im Gehirn und zeigt keine Toleranzentwicklung. Die Substanz ist gut verträglich und ruft auch nach Abklingen der vigilanzfördernden Wirkung kein erhöhtes Schlafbedürfnis hervor. Bei Einnahme am Morgen wird zudem der Nachtschlaf nicht gestört.

Die Zulassung für die in manchen Ländern bereits bestehende Indikation "Schichtarbeiter-Syndrom mit exzessiver Schläfrigkeit" wird für Deutschland noch in diesem Jahr erwartet. jn

Pressekonferenz: "Exzessive Schläfrigkeit: Der Schmerz der Schlafmedizin" München, 2.12.2004 Veranstalter: Cephalon

Vier Fragen zur Effizienz der Migränetherapie

M it einem einfachen Testinstrument kann jetzt der behandelnde Arzt die Zufriedenheit der Migräne-Patienten mit seiner Akuttherapie objektivieren. Wird eine der folgenden Fragen

- _ Wirkt die Therapie anhaltend?
- Tritt innerhalb von zwei Stunden Schmerzfreiheit ein?
- Kann der Patient Alltagsfunktionen innerhalb von zwei Stunden wieder aufnehmen?
- Sind die täglichen Aktivitäten unter der Therapie planbar?

mit "nein" beantwortet, so sollte der Arzt die Behandlung durch eine individuelle Umstellung der Medikation weiter optimieren, insbesondere auch durch den frühen Einsatz eines Triptans. Triptane stehen an erster Stelle der Akuttherapie von mittelschweren und schweren Formen der Migräne. Im Vergleich mit skandinavischen Ländern werden die Substanzen in der Bundesrepublik jedoch weitaus seltener eingesetzt: Nur 10 % der Betroffen erhalten ein Triptan, im "hohen Norden" dagegen nahezu die Hälfte, erklärte PD Dr. Dr. Stefan Evers aus Münster bei einem Pressesymposium.

Eine telefonische Befragung von über 1.800 (überwiegend jungen) Patientinnen in elf europäischen Ländern zeigte, dass nur drei Viertel der Patientinnen zufrieden mit der Akuttherapie waren. Angesichts der erheblich verminderten Lebensqualität durch die Erkrankung – soziale Kontakte und eigene Aktivitäten sind stärker eingeschränkt als bei manch chronischer Erkrankung – besteht damit noch erheblicher Bedarf an Therapieverbesserung.

Dr. Astrid Gendolla aus Essen betonte in diesem Zusammenhang, dass über die Auswertung eines Migräne-Tagebuches eine stratifizierte Behandlung möglich ist. Aus praktischer Sicht

wichtig ist die frühe Einnahme der Triptane - aufgrund der verminderten Resorption jedoch nicht in der Phase der Aura. Für Rizatriptan (Maxalt®) ist dabei eine gute Wirksamkeit erwiesen: Mit 70% Respondern sind nach zwei Stunden signifikant mehr Patienten schmerzfrei als unter Plazebo (22%). Im Vergleich mit anderen Triptanen war dies der höchste Responderanteil. Die Effizienz des Präparates unterstreicht auch die Tatsache, dass Rizatriptan die niedrigste "number needed to treat" aufweist: Statistisch gesehen müssen nur 3,17 Patienten behandelt werden, damit ein Patient sicher von der Therapie profitiert.

Symposium "Migränetherapie – ist das Optimum schon erreicht?" Frankfurt/Main, 12.3.2005 anlässlich des Deutschen Schmerztages Veranstalter: MSD Sharp & Dome, Haar

MS: Neutralisierende Antikörper gefährden den Therapieerfolg

us verschiedenen Bereichen der Me-A dizin ist bekannt, dass sich unter einer immunmodulatorischen Therapie häufig neutralisierende Antikörper (NAb) bilden. Diese Reaktion der natürlichen Immunantwort auf ein Fremdeiweiß ist auch in der Behandlung der schubförmigen Multiplen Sklerose mit Interferon beta (INF-β) von Bedeutung. Die Antikörper binden INF-β extrazellulär; damit wird das Andocken des Interferons an den Rezeptor verhindert und die für die Wirksamkeit notwendige Signalkaskade nicht ausgelöst. Die Bioverfügbarkeit des Wirkstoffs ist somit deutlich eingeschränkt. Persistent hohe Spiegel von neutralisierenden Antikörpern können letztendlich zum Wirksamkeitsverlust des Interferon-Präparats führen. Dies wird auch in klinischen Studien deut-

In einer Untersuchung von Sorensen et al. (2003) zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Antikörperstatus und der Behinderungsprogression, gemessen als EDSS (Expanded Disability Status Scale). Auch die Schubrate wurde durch neutralisierende Antikörper beeinflusst: NAb-negative Patienten waren durchschnittlich 244 Tage

länger schubfrei als NAb-positive Patienten.

Wie Studiendaten von Bertolotto et al. (2002) verdeutlichen, sind bei den INF-β-Präparaten jedoch erhebliche Unterschiede im Auftreten von neutralisierenden Antikörpern zu beobachten. Auffallend ist, dass in dieser Untersuchung das intramuskulär injizierbare INF-β-1a (Avonex®) mit 2% die niedrigste Inzidenz für klinisch relevante neutralisie-

rende Antikörper aufwies. Andere Präparate zeigten in dieser Vergleichsstudie (teils deutlich) höhere Inzidenzen. Im Hinblick auf die Langzeittherapie erscheint es daher sinnvoll, ein Interferonpräparat zu wählen, das eine möglichst niedrige Inzidenz für neutralisierende Antikörper besitzt.

Nach Informationen von Biogen Idec, München

Lamotrigin-Therapie mit Generikum

Patents ist eine moderne Epilepsie-Therapie deutlich günstiger als bisher möglich. Es entsteht ein enormes Sparpotenzial bei den Arzneimittelausgaben: Prof. Dr. Oliver Schöffski von der Universität Erlangen-Nürnberg rechnete bei der Einführungspressekonferenz des Unternehmens ratiopharm vor, dass bei einem kompletten Ersatz des Lamotrigin-Originalpräparates durch das neue Generikum Kosten von etwa 12 Mio. EUR jährlich gespart werden könnten.

Moderne Antiepileptika wie Lamotrigin sind zwar nicht wirksamer als ältere Substanzen; sie sind jedoch für eine individualisierte Behandlung von Vorteil, erklärte Prof. Dr. Bernhard Steinhoff vom Epilepsiezentrum in Kehl-Kork. Die neuen Substanzen verursachen beispielsweise keine Enzyminduktion, die zu Interaktionen mit anderen Medikamenten führen könnte. Auch eine Osteopathie infolge chronischen Vitamin-D-Mangels oder eine Polyneuropathie (Barbiturate) können durch klassische Antiepileptika verursacht werden.

Für Lamotrigin als einzige Substanz existieren auch Evidenz-basierte Daten, die den Vorteil einer modernen Therapie belegen, so Steinhoff. In einer Untersuchung bei 150 älteren Patienten mit neu diagnostizierter Epilepsie (mittleres Alter 77 Jahre) brachen unter Lamotrigin lediglich 18% der Patienten die Behandlung wegen Nebenwirkungen ab – unter Carbamazepin waren dies 42 %. In einer weiteren Vergleichsstudie über 32 Wochen mit Valproinsäure zeigte sich, dass das Körpergewicht der Patienten unter Lamotrigin konstant blieb, während es unter Valproat um bis zu 6 kg stieg; die Gewichtszunahme fiel bei Frauen deutlicher aus als bei Männern. rf

Medikament gegen Kataplexie vor Zulassung

Der Arzneimittelausschuss der Europäischen Azneimittelbehörde EMEA hat ein positives Votum für die Zulassung von Natriumoxybat (Xyrem®) gegen Kataplexie bei Narkolepsie-Patienten erteilt.

Mehr als 200.000 Patienten in der EU leiden an Narkolepsie. Ein typisches Symptom dieser Erkrankung ist die Kataplexie, die bei diesen Patienten mit einer Prävalenz von etwa 90% (nach der exzessiven Tagesschläfrigkeit) am zweithäufigsten auftritt. Der plötzliche Tonusverlust der willkürlichen Muskulatur kann von kurzzeitigen Schwächegefühlen bis hin zum totalen Kollaps reichen.

Die Wirksamkeit des Präparats konnte in einer randomisierten Plazebo-kontrollierten Studie nachgewiesen werden. In der vierwöchigen Studie reduzierten sich die Kataplexie-Atacken unter der Behandlung mit 9 mg Natriumoxybat um bis zu 69%. Die klinische Relevanz zeigte sich auch im Globalurteil der Studienärzte: Bei 80% der Patienten beurteilten sie den klinischen Zustand als "besser" oder "sehr viel besser". Die Studie wurde als offene Langzeituntersuchung über zwölf Monate weitergeführt. Dabei hielt die Wirkung des Medikaments ohne Toleranzentwicklung und ohne Rebound-Phänomene an.

Das Unternehmen UCB erwartet die Zulassung von Xyrem® im letzten Quartal dieses Jahres.

Nach Informationen von UCB, Kerpen

Pressekonferenz anlässlich der Neueinführung von Lamotrigin-ratiopharm® Frankfurt/Main, 16. Juni 2005 Veranstalter: ratiopharm, Ulm



Dopaminagonist zeigt deutliche Wirkung bei RLS

wei Langzeitstudien belegen eine entscheidende Linderung der Symptome beim Restless Legs-Syndroms (RLS) durch den Dopaminagonisten Pramipexol (Sifrol®). Die Ergebnisse wurden auf dem "19th Annual Meeting of the Associated Professional Sleep Societies" (APSS) in Denver, USA, vorgestellt. Die positive Wirkung hielt während der gesamten Studienzeit von sechs Monaten an. Bei 95% der Patienten kam es zu einer "starken Besserung" oder einer "sehr starken Besserung" im Vergleich zu den Ausgangswerten. Die Daten zeigen außerdem, dass es unter Pramipexol bei fast einem Viertel der Patienten zu einer vollständigen Remission der RLS-Symptome kam. Das Medikament verbesserte auch die Lebensqualität der Patienten entscheidend.

In der ersten der beiden prospektiven Langzeitstudien wurden 97 Patienten aus einer Plazebo-kontrollierten Studie über 30 Wochen nachbeobachtet Die RLS-Symptome wurden anhand der RLS-Rating Scale in Form von klinischen Interviews und der Clinical Global Impression Improvement Scale (CGI-I) erfasst. Die Ergebnisse belegen nach sechsmonatiger Behandlung mit Pramipexol eine signifikante Besserung der RLS-Symptome im Vergleich zu den Ausgangswerten: Die Ärzte schätzten bei 95% der Patienten den Zustand der Patienten auf der CGI-I-Skala als "stark gebessert" oder "sehr stark gebessert" ein. Der Schweregrad der RLS-Symptome war am Ende der sechsmonatigen Therapie um 73 % gegenüber den Ausgangswerten reduziert. Der mittlere Gesamtpunktwert wurde um 16,9 Punkte auf einen Durchschnittswert von 6,0 Punkten gesenkt.

Die zweite sechswöchige, doppelblinde, plazebokontrollierte Studie belegt, dass die positiven Wirkungen von Pramipexol auf die Schlafqualität auch die Beeinträchtigungen der Patienten im Alltagsleben reduzieren: Bei fast einem Viertel der Patienten in der Pramipexol-Gruppe kam es nach nur sechs Behandlungswochen zu einer vollständigen Remission der RLS-Symptome (definiert als die Abwesenheit von Symptomen während der letzten Woche) – im Ver-

gleich zu 6,3% in der Plazebogruppe. Die Beeinträchtigungen des Alltagslebens waren nach der sechswöchigen Behandlungszeit signifikant reduziert. 58,4% der Patienten, die Pramipexol erhielten, gaben an, dass ihre RLS-Symptome entweder "keinen Einfluss" oder nur einen "leichten Einfluss" auf ihr Alltagsleben hatten – gegenüber 27,2% der Patienten, die Plazebo erhalten hatten. Es kam zu einer signifikanten Verbesserung des sozialen Lebens der Patienten in der Pramipexol-Gruppe gegenüber der Plazebogruppe (mittlere Änderung

im Vergleich zu den Ausgangswerten von 6,0 gegenüber 0,8 Punkten nach dem SF-36-Fragebogen). In neuen Therapierichtlinien werden Dopaminagonisten als Mittel der Wahl bei den meisten RLS-Patienten genannt. Zurzeit ist Pramipexol nicht zur Behandlung des RLS zugelassen. Boehringer Ingelheim strebt den Antrag auf internationale Zulassung für die Indikation RLS in der zweiten Hälfte des Jahres 2005 an.

Nach Informationen von Boehringer Ingelheim

Neue NICE-Leitlinien zur Schlaganfall-Sekundärprophylaxe

as National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) in Großbritannien hat neue Leitlinien für Patienten, die einen Schlaganfall oder eine transitorische ischämische Attacke (TIA) erlitten haben, formuliert. Die Organisation empfiehlt hier die Kombination aus retardiertem Dipyridamol und Acetylsalicylsäure (Aggrenox®) als First-Line-Therapie zur Sekundärprävention. Bei seinen Empfehlungen berücksichtigte der NICE-Ausschuss auch die Ergebnisse der ESPS-2-Studie (European Stroke Prevention Study-2). In dieser Studie hatte sich gezeigt, dass bei Patienten mit ischämischem Schlaganfall oder TIA die Kombination aus 25 mg Acetylsalicylsäure (ASS) und 200 mg retardiertem Dipyridamol zweimal täglich zu einer signifikant niedrigeren Inzidenz der Zweitschlaganfälle führte als eine ASS-Monotherapie. In Kombination waren beide Wirkstoffe doppelt so wirksam wie die jeweiligen Monotherapien. An dieser randomisierten Doppelblind-Studie nahmen mehr als 6.600 Patienten teil.

Die Kombination aus retardiertem Dipyridamol retard und Acetylsalicylsäure wird für Patienten, die einen ischämischen Schlaganfall oder eine transitorische ischämische Attacke erlitten haben, für einen Zeitraum von zwei Jahren ab dem letzten Ereignis empfohlen. Im Anschluss daran oder bei Unverträglichkeit von Dipyridamol retard sollte der behandelnde Arzt wieder zur Standardversorgung zurückkehren (einschließlich Langzeittherapie mit niedrig dosierter Acetylsalicylsäure).

Clopidogrel als Monotherapie (in den zugelassenen Indikationen) wird für Patienten empfohlen, die eine Unverträglichkeit gegenüber niedrig dosierter ASS aufweisen und die entweder ein ischämisches vaskuläres Ereignis erlitten haben oder unter einer symptomatischen peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK) leiden.

Diese Empfehlungen gelten nicht für Patienten mit Vorhofflimmern, nach koronarer Revaskularisation oder nach Operation einer Karotisstenose.

"Die neuen NICE-Leitlinien bestätigen die bereits bekannte klinische Evidenz und den hohen therapeutischen Nutzen von Aggrenox. ", kommentierte Prof. Dr. Hans-Christoph Diener von der Universität Duisburg-Essen. "Damit haben Ärzte eine klare Richtlinie für eine kosteneffektive Verschreibung von Medikamenten zur Prävention des Zweitschlaganfalls."

Nach Informationen von Boehringer Ingelheim

Adäquate Therapie bei neuropathischem Schmerz

in neues Produkt aus der Gruppe der Antikonvulsiva, Pregabalin (Lyrica®) verspricht schnelle Hilfe bei peripherem neuropathischem Schmerz. Darauf verwies Prof. Dr. Ralf Baron vom Neurozentrum Kiel in einem Interview.

Anders als bei nozizeptiven Schmerzen zeigen nicht steroidale Antirheumatika bei neuropathischem Schmerz nur geringe Wirksamkeit. Andere Substanzen (Ko-Analgetika) wie Antikonvulsiva und Antidepressiva sind bei diesem Krankheitsbild besser geeignet. Pregabalin, ein Antikonvulsivum, das an spannungsabhängigen Kalziumkanälen bindet, reduziert neuronale Übererregungszustände.

In die Zulassungsstudien wurden insgesamt über 2.700 Patienten mit diabetischer Neuropathie oder postzosterischen Neuralgien eingeschlossen. Unter einer Therapie mit 600 mg Pregabalin pro Tag kam es bei zwei von drei Pati-

enten zu einer mindestens 30 %igen, bei der Hälfte zu einer mindestens 50 %igen Verbesserung der Symptomatik. Prof. Dr. Baron konnte diese Zahlen für das Schmerzzentrum in Kiel bestätigen. Er betonte, dass schon eine Schmerzreduktion von mehr als 30% für die Patienten von deutlicher Relevanz ist. Nach den vorliegenden Daten hält der analgetische Effekt im Verlauf der Behandlung an.

Geschätzt wird die Substanz insbesondere deshalb, weil die Wirkung zügig einsetzt, in der Regel innerhalb der ersten ein bis zwei Tage. Sehr positiv wird auch der gute Effekt auf den Schlaf empfunden, der aus den Studien bereits bekannt war und sich in der klinischen Praxis bestätigt. Interessant ist, dass dieser Effekt bei einigen Patienten früher einsetzt als die Schmerzlinderung; dies spricht für eine unabhängige Wirkung und nicht für eine Folge der analgetischen Wirkung.

Anders als bei vielen anderen antikonvulsiven und antidepressiven Substanzen gibt es keine pharmakokinetischen Interaktionen mit anderen Medikamenten. Damit eignet sich das Präparat auch bei komorbiden Patienten.

Baron empfiehlt eine Einstiegsdosierung von 2 x 75 mg/Tag. In Einzelfällen kann es zu Müdigkeit und Benommenheit kommen. Auch mit dem Wechsel von 2 x 75 mg auf 2 x 150 mg können Beschwerden auftreten. Für diese Patienten bauen die behandelnden Ärzte des Schmerzzentrums einen Dosis-Zwischenschritt ein. Zieldosis sind in jedem Fall 300-600 mg Pregabalin pro Tag.

Nach Informationen von Pfizer Neuroscience, Karlsruhe

Zulassung für hochgereinigtes **Botulinumtoxin A**

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medzinprodukte hat die Zulassung für das neue Botulinum Neurotoxin Typ A, XEOMIN®, erteilt. Das Präparat wurde für die symptomatische Behandlung von Blepharospasmus und Torticollis spasmodicus indiziert.

Für viele der schätzungsweise mindestens 40.000 Patienten mit Dystonien ist die Botulinumtoxin-Therapie die einzig wirksame Behandlungsmöglichkeit; der Therapieerfolg kann jedoch durch die Bildung von Antikörpern teilweise oder ganz aufgehoben werden. Das von Merz entwickelte Präparat enthält ein Neurotoxin, das gegenüber den bislang verfügbaren in einer Reinheit um den Faktor 5-9 verbessert werden konnte. Darüber hinaus war es möglich, körperfremde Komplexproteine abzutrennen, denen eine antigenitätserhöhende Wirkung zugesprochen wird.

Die klinische Wirksamkeit und Sicherheit des Medikaments konnten in zwei breit angelegten multizentrischen Studien mit 304 Blepharospasmus-Patienten und 466 Patienten mit zervikaler Dystonie sowohl gegenüber Plazebo als auch gegenüber einem konventionellen Botulinumtoxin nachgewiesen werden.

Nach Informationen von Merz Pharmaceuticals, Frankfurt/Main

Alzheimer-Demenz: Service für Angehörige und Patienten

ie Diagnose "Alzheimer-Demenz" ist nicht nur für Betroffene, sondern auch für Angehörige ein tief greifender Einschnitt. In den meisten Fällen werden die Erkrankten zu Hause von Ehepartnern oder ihren Kindern betreut. Neben den psychischen und physischen Belastungen stehen Angehörige auch vor fi-

nanziellen und organisatorischen Herausforderungen. Mit zwei neuen Service-Broschüren bietet das



men Lundbeck praktische Hilfe und Orientierung für die tägliche Pflege.

Im Vordergrund des "Wegweisers Sozialleistungen" stehen die Befreiung von Zuzahlungen, Schwerbehindertenausweis, Pflegeversicherung, Bundessozialhilfegesetz und Rentenversicherung. Das "Pflegetagebuch Alzheimer Demenz" ermöglicht es Angehörigen alles genau zu dokumentieren. Auf vorgedruckten Bögen kann der Aufwand für die von der Pflegekasse anerkannten Leistungen abgefragt werden. Dies hilft den Angehörigen, eine gerechtfertigte Pflegestufe für den betreuten Patienten zu beantragen. Zusätzlich enthält die Broschüre einen Überblick über die Leistungen der Pflegeversicherung und nützliche Tipps zur Antragstellung. Die Informationsbroschüren können über den Außendienst des Unternehmens oder direkt über die Website "www.ebixa.de" kostenlos bestellt werden.

Nach Informationen von Lundbeck, Hamburg



Organisationsstruktur des BDN

Vorstand des BDN

Vorsitzende

R. Hagenah, Rotenburg U. Meier, Grevenbroich

Schriftführer

H. Masur, Bad Bergzabern

Kassenwart

K.-O. Sigel, München

Beisitzer

F. Bergmann, Aachen

H.-C. Diener, Essen

P. Reuther, Bad Neuenahr

Beirat

C. Beil, Köln

U. Besinger, Westerstede

S. Diez, Bad Wildbach

A. Engelhardt, Oldenburg

P. Franz, München

M. Freidel, Kaltenkirchen

H. Grehl, Erlangen

F. König, Lübeck

F. Reinhardt, Erlangen

C.-W. Wallesch, Magdeburg

II. Delegierte in Kommissionen der DGN

- 1. Kommission Leitlinien
- U. Meier
- 2. Weiterbildung/

Weiterbildungsermächtigung

H. Grehl

3. Anhaltszahlen/Qualitätssicherung

F. Reinhardt, P. Reuther

4. Rehabilitation

H. Masur

5. CME

P. Franz, F. Jungmann, P. Reuther

6. DRG

R. Hagenah

III. Verbindungsglied zu anderen Gesellschaften oder Verbänden

- 1. DGNR
- H. Masur
- 2. AG ANR
- P. Reuther
- **3. BV-ANR** P. Reuther
- 4. UEMS
- F. Jungmann

I. Ansprechpartner für Themenfelder

1. Neue Versorgungsstrukturen

V und MVZ

U, Meier, P. Reuther

2. Gebührenordnung GOÄ/EBM

R. Hagenah, U. Meier, H. Grehl

3. CME

P. Franz, P. Reuther

4. Qualitätsmanagement

U. Meier

5. Risikomanagement

R. Hagenah

6. Öffentlichkeitsarbeit

Vorstand BDN

Adressen

Dr. Curt Beil

Urbacher Weg 31, 51149 Köln, Tel. (0 22 03) 56 08 88, Fax (0 22 03) 50 30 65

Dr. Frank Bergmann

Theaterplatz 17, 52062 Aachen, Tel. (02 41) 3 63 30, Fax (02 41) 40 49 72

Dr. Ralf Berkenfeld

Hochstr. 22, 47506 Neukirchen-Vluyn, Tel. (0 28 45) 3 26 27, Fax (0 28 45) 3 28 78

Prof. Dr. Peter-Dirk Berlit

Alfried-Krupp-Krankenhaus, 45131 Essen, Tel. (02 01) 4 34 25 27, Fax (02 01) 4 34 23 77

Prof. Dr. Uwe Besinger

Ammerland-Klinik, Langestr. 38 26655 Westerstede, Tel. (0 44 88) 50 33 80, Fax (0 44 88) 50 33 89

Dr. Ralf Bodenschatz

Albert-Schweitzer-Str. 22, 09648 Mittweida, Tel. (0 37 27) 94 18 11 Fax (0 37 27) 94 18 13

Dr. Jens Bohlken

Klosterstr. 34/35, 13581 Berlin, Tel. (0 30) 3 31 94 94, Fax (0 30) 33 29 00 17

Prof. Dr. Thomas Brandt

Neurologische Klinik, Marchioninistr. 15, 81377 München, Tel. (0 89) 70 95-25 70/1, Fax (0 89) 70 95-88 83

Dr. Arne Brosig

Röntgenstr. 9–15, 41515 Grevenbroich, Tel. (0 21 81) 2 33 99 33, Fax (0 21 81) 2 33 99 11,

Prof. Dr. Otto Busse

Friedrichstr. 17, 32427 Minden, Tel. (05 71) 80 35 00, Fax (05 71) 8 01 35 04

Dr. Gunther Carl

Friedenstr. 7, 97318 Kitzingen, Tel. (0 93 21) 53 55, Fax (0 93 21) 89 30,

Dr. Tobias Cramer

Lister Meile 72, 30161 Hannover, Tel. (05 11) 3 94 28 85, Fax (05 11) 3 94 28 86

Prof. Dr. Marianne Dieterich

Johannes-Gutenberg-Universität, Langenbeckstr. 1, 55131 Mainz, Tel. (0 61 31) 17 71 51, Fax (0 61 31) 17 56 97

Dr. Stefan Diez

Eduard-Conz-Str. 11, 75365 Calw, Tel. (0 70 51) 16 78 88, Fax (0 70 51) 16 78 89

Dr. Reinhard Ehret

Ahornstr. 20, 12163 Berlin, Tel. (0 30) 7 90 88 50, Fax (0 30) 79 08 85 99

Dr. Günther Endrass

Obersülzer Str. 4, 67269 Grünstadt, Tel. (0 63 59) 9 34 80, Fax (0 63 59) 93 48 15

Prof. Dr. Andreas Engelhardt

Evangelisches Krankenhaus, Marienstr. 11, 26121 Oldenburg, Tel. (04 41) 23 64 14, Fax (04 41) 24 87 84

Prof. Dr. Dipl. Psych. A. Ferbert

Mönchebergstr. 41–43, 34112 Kassel, Tel. (05 61) 9 80-34 00, Fax (05 61) 9 80-69 79

Dr. Peter Franz

Ingolstädter Str. 166, 80939 München, Tel. (0 89) 3 11 71 11, Fax (0 89) 3 16 33 64,

Dr. Matthias Freidel

Brauerstr. 1–3, 24568 Kaltenkirchen, Tel. (0 41 91) 84 86, Fax (0 41 91) 8 90 27,

Prof. Dr. Wolfgang Fries

Pasinger Bahnhofplatz 4, 81241 München, Tel. (0 89) 8 96 06 80, Fax (0 89) 89 60 68 22

Dr. Horst Fröhlich

Haugerring 2, 97070 Würzburg, Tel. (09 31) 5 53 30, Fax (09 31) 5 15 36

Dr. Peter Frommelt

Asklepiosklinik Schaufling, Hausstein 30 1/2, 94571 Schaufling, Tel. (0 99 04) 77 55 71, Fax (0 99 04) 77 55 72

Prof. Dr. Rolf Hagenah

Diakoniekrankenhaus, 27342 Rotenburg, Elise-Averdieck-Str. 17 Tel. (0 42 61) 77 22 19, Fax (0 42 61) 77 21 49

Prof. Dr. R. W. C. Janzen

Landwehrweg, 61350 Bad Homburg, Tel. (0 69) 76 01 32 47, Fax (0 69) 7 68 15 54

Dr. Friedhelm Jungmann

Kaiserstr. 1a, 66111 Saarbrücken, Tel. (06 81) 3 10 93/4, Fax (06 81) 3 80 32

Dr. Jürgen Kohler

Cornelia Passage, 79312 Emmendingen, Tel. (0 76 41) 20 69, Fax (0 76 41) 9 30 87 77

Prof. Dr. Hans W. Kölmel

Nordhäuserstr. 74, 99089 Erfurt, Tel. (03 61) 7 81 21 31, Fax (03 61)7 81 21 32

Dr. Fritz König

Sandstr. 18–22, 23552 Lübeck, Tel. (04 51) 7 14 41, Fax (04 51) 7 06 02 82

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Peter Krauseneck

Nervenklinik/Neurologische Klinik, 96049 Bamberg, Tel. (09 51) 9 54 12 01, Fax (09 51) 9 54 12 09

Dr. Bernhard Kügelgen

Postfach 20 09 22, 56012 Koblenz, Tel. (02 61) 3 03 30-0, Fax (02 61) 3 03 30-33

Dr. Andreas Link

Bremer Weg 14, 29223 Celle, Tel. (0 51 41) 33 00 00, Fax (0 51 41) 3 32 13

Prof. Dr. Harald Masur

E. Stein-Fachklinik, Am Wonneberg, 76887 Bergzabern, Tel. (0 63 43) 94 91 21, Fax (0 63 43) 94 99 02

Dr. Uwe Meier

Montanusstr. 54, 41515 Grevenbroich, Tel. (0 21 81) 22 53 22, Fax (0 21 81) 22 53 11,

Prof. Dr. Wolfgang H. Oertel

Rudolf-Bultmann-Str. 8, 35033 Marburg, Tel. (0 64 21) 2 86 62 79, Fax (0 64 21) 2 86 89 55

Dr. Volker Pfaffenrath

Leopoldstr. 59, 80802 München, Tel. (0 89) 33 40 03, Fax (0 89) 33 29 42

Dr. Dr. habil. Paul Reuther

ANR Ahrweiler, Schützchenstr. 10, 53474 Bad-Neuenahr, Tel. (0 26 41) 2 60 98, Fax (0 26 41) 2 60 99,

Dr. Christa Roth-Sackenheim

Breite Str. 63, 56626 Andernach, Tel. (0 26 32) 9 64 00, Fax (0 26 32) 96 40 96

Dr. Klaus Sackenheim

Breite Str. 63, 56626 Andernach, Tel. (0 26 32) 9 64 00, Fax (0 26 32) 96 40 96,

Dr. Manfred Salaschek

Schulstr. 11, 49477 Ibbenbüren, Tel. (0 54 51) 06 14 00, Fax (0 54 51) 5 06 14 50

Prof. Dr. med. Rolf Schneider

Am Hasenkopf 1, 68739 Aschaffenburg, Tel. (0 60 21) 32 30 50, Fax (0 60 21) 32 30 52

Prof. Dr. Günther Schwendemann

Züricher Str. 40, 28325 Bremen, Tel. (04 21) 4 08 12 85, Fax (04 21) 4 08 23 54

Dr. Hans-Martin Seichter

Spiegelgasse 1, 72108 Rottenburg/a. N., Tel. (0 74 72) 98 98-0, Fax (0 74 72) 96 96 18

Dr. Karl-Otto Sigel

Hauptstr. 14, 82008 Unterhaching, Tel. (0 89) 66 53 91 70, Fax (0 89) 66 53 91 71

Dr. Helga Vogel

Eulenkrugpfad 4, 22359 Hamburg, Tel. (040) 6 03 71 42, Fax (040) 60 95 13 03

Prof. Dr. Peter Vogel

AK St. Georg, Lohmühlenstr. 5, 20099 Hamburg, Tel. (0 40) 28 90 22 67, Fax (0 40) 28 90 41 85

Prof. Dr. Claus-W. Wallesch

Leipziger Str. 44, 39120 Magdeburg, Tel. (03 91) 6 71 50 01, Fax (03 91) 6 71 52 16

Prof. Dr. Frank Welter

Hardtwaldklinik I, 34596 Bad Zwesten, Tel. (0 56 26) 8 79 20, Fax (0 56 26) 8 79 21

Prof. Dr. Karl Wessel

Städtisches Klinikum, Salzdahlumer Str. 90, 38126 Braunschweig, Tel. (05 31) 5 95 23 00, Fax (05 31) 5 95 26 50

Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. Bernhard Widder

BKH/Ludwig-Heilmeyer-Str. 2, 89312 Günzburg, Tel. (0 82 21) 96 22 82, Fax (0 82 21) 96 22 88



An die Geschäftsstelle Neuss, Hammer Landstr. 1a, 41460 Neuss, Fax (o 21 31) 2 20 99 22

☐ Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V. (BVDN) (Mitgliedsbeitrag 200–400 EUR, je nach Landesverband).													
Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Neurologen e. V. (BDN) (Mitgliedsbeitrag 435 EUR für Chefärzte/Niedergelassene; 260 EUR für Fachärzte an Kliniken).													
☐ Ich wünsche die DOPPELMITGLIEDSCHAFT – BDN und BVDN – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 450 EUR.													
☐ Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Psychiater e. V. (BVDP)													
(Mitgliedsbeitrag 435 EUR für Chefärzte/Niedergelassene/Fachärzte an Kliniken). ☐ Ich wünsche die DOPPELMITGLIEDSCHAFT – BVDP und BVDN – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 450 EUR. ☐ Ich wünsche die DREIFACHMITGLIEDSCHAFT – BVDN, BDN und BVDP – zum Mitgliedesbeitrag von insgesamt 590 EUR.													
										Zusatztitel oder -qualifikation (z.B. Psycho	therapie, Sonografie):		
										TelNr.			
E-Mail/Internet:													
Ich bin 🔲 niedergelassen	☐ in der Klinik tätig	☐ Chefarzt	☐ Facharzt										
☐ Weiterbildungsassistent		Nervenarzt	Psychiater										
in Gemeinschaftspraxis t	ätig mit:												
Ich wünsche den kostenlosen Bezug einer der folgenden wissenschaftlichen Fachzeitschriften im Wert > 170 EUR/Jahr: Fortschritte Neurologie / Psychiatrie													
EINZUGSERMÄCHTIGUNG		– Für de	en BDN und BVDP obligatorisch –										
Hiermit ermächtige ich den BVDN/BDN/B\ jährlichen Mitgliedsbeitrag einzuziehen. Konto-Nr.: Geldinstitut: Wenn mein Konto die erforderliche Deckur													
. Wein men konto de enolocintie Detkul	ng nicht aufweist hesteht so	itans das kontofiihrandan k	(raditinstitutas kaina										
Verpflichtung zur Einlösung. Einen Widerru	ng nicht aufweist, besteht se uf werde ich der Geschäftsste	itens des kontoführenden k elle des Berufsverbandes mi	(reditinstitutes keine tteilen.										
Verpflichtung zur Einlösung. Einen Widerru Name:	uf werde ich der Geschäftsste	itens des kontoführenden k elle des Berufsverbandes mi Praxisstempel (inkl. KV-Zula	tteilen.										
Verpflichtung zur Einlösung. Einen Widerru	uf werde ich der Geschäftsste	elle des Berufsverbandes mi	tteilen.										
Verpflichtung zur Einlösung. Einen Widern Name:	uf werde ich der Geschäftsste	elle des Berufsverbandes mi	tteilen.										