

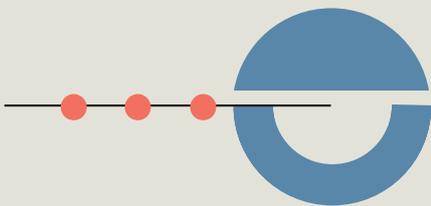
1

September 2007 _ 18. Jahrgang

NEUROTRANSMITTER

Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie aktuell

BDN-Sonderheft
zum DGN-Kongress



Perspektiven in der neurologischen Versorgung



Prof. Dr. med. Hans-Christoph Diener, Essen
Vorsitzender des BDN



Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich
Vorsitzender des BDN

Die Weichen sind gestellt

Wir freuen uns als BDN – und ganz besonders in diesem Jahr – wieder „aktiver Gast“ auf der DGN-Tagung zu sein und sprechen hiermit der DGN zum 100-jährigen Jubiläum unsere herzlichen Glückwünsche aus! Die Geschichte der DGN ist eine Erfolgsgeschichte. Die ständig wachsenden Mitgliederzahlen sind ein Beleg für die große Akzeptanz dieser Fachgesellschaft. Seit der Gründung des BDN hat uns die DGN Gelegenheit gegeben, unsere Aktivitäten an Informationsständen, auf den BDN-Foren, in den DGN-Kommissionen, im Beirat und auf den Mitgliederversammlungen darlegen zu können. Hierfür möchten wir uns im Besonderen bedanken.

Es stehen große Veränderungen bevor. Allen Unkenrufen zum Trotz und jenseits politisch motivierter Kampfangen besteht kein vernünftiger und begründeter Zweifel an der hohen Qualität und Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitswesens. Gleichwohl existiert die bekannte Finanzierungsmisere, die sich in der Zukunft noch erheblich verschärfen wird. Damit wächst auch der Druck auf die Politik, grundsätzliche Veränderungen herbeizuführen. Die Weichenstellungen in den aktuellen Gesundheitsreformen greifen tiefer als es zunächst scheint. Die Strukturveränderungen sind in vollem Gang und mit ihnen kommen auch neue Aufgaben auf die Berufsverbände zu, die sich strategisch und operativ jeweils schon vor Verabschiedung der Gesetze darauf eingestellt haben.

Tatsächlich unterliegt auch die Verbandstätigkeit einem Wandel: War diese früher eher durch Analysieren, Informieren, Protestieren und Intervenieren geprägt, haben wir heute einen viel stärker gestaltenden Charakter. Noch nie waren wir in so vielen Gremien und Verhandlungen zur Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen einbezogen wie jetzt.

Die wirtschaftliche Situation der meisten Praxen und vieler Kliniken war noch zu keiner Zeit so schlecht. Prognosen legen nahe, dass sich bereits in wenigen Jahren der Anteil der Vergütung aus der Regelversorgung halbiert. Dafür steigt der Anteil an integrierten Versorgungsverträgen und Strukturverträgen. Gleichzeitig erhöht sich auch die Zahl der Vertragspartner: neben den KVen werden dies bald KV-Consulting-Unternehmen, Krankenhausketten und andere Marktanbieter sein.

Wir haben die diesjährige Sonderausgabe dazu genutzt, eine Analyse der Versorgungsprobleme und des Strukturwandels, aber auch unser zukünftiges Aufgabenspektrum vorzustellen. Das Motto heißt somit Perspektive. Im ersten Teil thematisieren wir die Versorgungsperspektiven sowohl aus sektorenspezifischer Sicht als auch aus juristischer Sicht durch unseren Verbandsjuristiar, Dr. Ingo Pflugmacher.

In einem zweiten Teil beschäftigen wir uns mit den wirtschaftlichen und ökonomischen Zwängen und Entwicklungen. Prof. Dr. Kugler berichtet als Gesundheitsökonom, wie und mit welcher Logik Kosten-Nutzen-Überlegungen die Versorgungsrealität zukünftig prägen werden. Des Weiteren werden wir über die Fahrpläne von EBM und GOÄ sowie über die Wirrungen und Irrungen von Mee-too-Listen und Off-Label-Verordnungen berichten.

Das dritte Kapitel beinhaltet kooperative Versorgungsmodelle und Überlegungen, wie wir uns intelligent vernetzt mit den Möglichkeiten der neuen Gesetzgebungen arrangieren und was die Berufsverbände hier für ihre Mitglieder tun können.

In einem vierten Kapitel informieren wir Sie, wie wir es als kleine fachärztliche Verbände schaffen können, unsere vielen Aktivitäten umzusetzen und welche Kooperationen wir in diesem Zusammenhang pflegen.

Last but not least wollen wir Ihnen eine Übersicht über die Aktivitäten und Strukturen unseres Verbandes geben. In diesem Zusammenhang möchten wir Sie auf die BDN-Foren am Mittwoch und am Donnerstag hinweisen. Wir bitten auch alle, die bisher noch nicht Mitglieder im BDN sind, sich vor Augen zu halten: Eine größere Mitgliederzahl erhöht unsere politische Schlagkraft. Bringen Sie sich in die Gesundheitspolitik in Ihrem eigenen Interesse ein.

Ihre



„Die breite Anerkennung der Neurologie in Klinik und Praxis basiert darauf, dass sie heute vielen Patienten erfolgreich helfen kann.“

Prof. Dr. med. Günther Deuschl, Kiel
1. Vorsitzender des Vorstands der DGN

Rückblick auf ein Jahrhundert Neurologie

Als eine kleine Gruppe von Neurologen vor 100 Jahren zur Gründung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte aufrief, war ihr wichtigstes Ziel die Förderung der neurologischen Wissenschaft. Die neuesten Forschungsergebnisse sollten regelmäßig auf den Jahrestagungen ausgetauscht und diskutiert werden. Es gab aber zu diesem Zeitpunkt gerade eine einzige neurologische Klinik! Und die Neurologie war noch längst kein selbstständiges Unterrichtsfach. Dass diese Gesellschaft eine so stürmische Entwicklung durchlaufen würde, konnten die Gründer damals noch nicht ahnen.

Die Grundlage für die rasante Entwicklung unseres Faches sind die großen Fortschritte in der Diagnostik und Behandlung neurologischer Krankheiten: Ein junger Parkinson-Kranker hatte 1907 selten länger als zehn Jahre überlebt, ein Myasthenie-Kranker war noch rascher verstorben; etwa 80 % aller Patienten mit Herpes-Enzephalitis überlebten die Akutphase der Erkrankung nicht.

Wir machen uns heute zu selten klar, dass die breite Anerkennung der Neurologie in Klinik und Praxis darauf basiert, dass sie heute vielen Patienten erfolgreich helfen kann. Dies ist auch der wichtigste Grund, warum die neurologische Versorgung mittlerweile auf der stattlichen Zahl von rund 400 neurologischen Kliniken und etwa 3.000 niedergelassenen Neurologen und Nervenärzten in diesem Lande basiert.

Aber nicht nur die Fachgesellschaft, sondern auch die Berufsverbände BVDN und BDN waren die Motoren für die Entwicklung der Neurologie. Sie haben Entscheidendes bei der

Umsetzung in die Versorgungsrealität geleistet. Ohne die niedergelassenen Neurologen und Nervenärzte würde das neue Wissen nicht beim Patienten ankommen.

Umso wichtiger ist es deshalb in Zeiten der Umstrukturierung des Gesundheitswesens darauf hinzuweisen, dass in unserem Lande zwar ein guter Facharztstandard besteht, dass dieser aber durch die Gesundheitsreformen gefährdet wird. Die Aufgabe der Fachgesellschaft und der Berufsverbände wird sein, dies auch den Verantwortlichen in der Politik deutlich zu machen.

Ihr



Strategien, Ziele, Positionen

Immer mehr Patienten werden in Zukunft auf eine kompetente neurologische Betreuung angewiesen sein. Gleichzeitig zeichnen sich tiefgreifende Veränderungen im Gesundheitswesen ab. Um sowohl Patienten als auch Ärzten aussichtsreiche Perspektiven zu bieten, sind flexible Versorgungskonzepte gefragt.

Wie Sie uns erreichen

Verlagsredaktion:

Dr. rer. nat. Claudia Mäck,
Telefon: 089 4372-1403, Fax: 089 4372-1400,
E-Mail: maeck@urban-vogel.de

Schriftleitung dieser Sonderausgabe:

Dr. med. Uwe Meier,
Telefon: 02181 7054811, Fax: 02181 7054822,
E-Mail: umeier@t-online.de

Titelbild: aboutpixel.de

- 3 Vorwort von Prof. Dr. H.-C. Diener und Dr. U. Meier**
- 5 Grußwort von Prof. Dr. G. Deuschl**

- 10 1. Gesundheitspolitische Perspektiven**

- 11 Juristische Perspektive**
- 14 Stationäre Perspektive**
- 16 Ambulante Perspektive**
- 21 Rehabilitation, Nachsorge und Heilmittel**

- 26 2. Wirtschaftlichkeit und ökonomische Perspektiven**

- 27 Versorgung zwischen Anspruch und Kosten-Nutzen-Bewertung**
- 29 Off-Label und Me-too-Präparate**
- 34 Entwicklung des EBM**
- 36 Zukunft der GOÄ**

- 40 3. Perspektiven kooperativer Versorgung**

- 41 „Doppelte Facharztschiene“**
- 45 Kurzes Update der integrierten Versorgung**
- 45 Netzwerke neurologischer Versorgung**

- 48 4. Organisation und Strategie**

- 49 Berufsverband im Überblick**
- 50 DIQN**
- 52 Athene**
- 56 QUANUP**
- 58 Brain-Konzept**

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.: 0241 36330, Fax 0241 404972, E-Mail: bergmann@bvdn-nordrhein.de

Geschäftsstelle: D. Differt-Fritz, Hammer Landstr. 1a, 41460 Neuss,
Tel.: 02131 22099-20, Fax: 02131 22099-22, E-Mail: bvdn.bund@t-online.de

Schriftleiter: PD Dr. med. Albert Zacher (az) (verantwortlich), Watmarkt 9,
93047 Regensburg, Tel.: 0941 561672, Fax: 0941 52704,
E-Mail: bvdnzacher@t-online.de

Verlag: Urban & Vogel GmbH, Neumarkter Str. 43, 81673 München,
Tel.: 089 4372-1300, Fax 089 4372-1399, <http://www.urban-vogel.de>

Inhaber- und Beteiligungsverhältnisse: Die Urban & Vogel GmbH ist eine 100%ige Tochtergesellschaft der Springer Medizin-Verlag GmbH, Heidelberg. Deren Eigentümerin ist mit 100% Anteilen die Springer Science+Business Media GmbH, Berlin.

Verlagsleitung: Dr. Georg Ralle (Geschäftsführer); Dr. Dirk Einecke, Ulrich Huber

Leitung Verlagsbereich III: Dr. med. Christoph Posch

Redaktion: Dr. rer. nat. Claudia Mäck (cm), Tel.: 089 4372-1403, Fax: 089 4372-1400,
E-Mail: maeck@urban-vogel.de; Kathrin Rothfischer (kr, -1406) Dr. Nicola Zink (nz);
Monika Hartkopf (MHa, Chefin vom Dienst)

Assistenz: Tina Spanger (-1368)

Herstellung: Frank Hartkopf (Leitung, -1311), Gabi Kellner (Layout)

Medical Communication: Ulrich Huber (Leitung, Anschrift wie Verlag, -13 31);
Peter Urban (Anzeigenleitung, verantwortlich, Anschrift wie Verlag, -1333,
E-Mail: urban@urban-vogel.de); Anzeigenpreisliste Nr. 10 vom 1.10.2006

Vertrieb: Frank Niemann (Leitung, -1411)

Abonnement: Die Zeitschrift erscheint 11-mal jährlich. Bestellungen nimmt der Verlag unter Tel. 06221 345-4304, per Fax 06221 345-4229 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: 19,50 EUR. Jahresabonnement: 179 EUR. Für Studenten/AIP: 125 EUR. Versandkosten jeweils: Inland 21 EUR, Ausland 26 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 Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen etc. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen. Für Angaben über Dosierungsanweisungen, Anwendungsgebiete und Applikationsformen von Medikamenten, für die Empfehlungen im Expertenrat sowie für Abrechnungshinweise kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

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

© Verlag Urban & Vogel GmbH, München

ISSN 1436-123X

LA-MED
geprüft 2006

60 5. Information und Kommunikation

61 www.neuroscout.de

62 BDN-Foren

65 BDN-Fortbildung

65 Neurologen- und Psychiatertag

66 NEUROTRANSMITTER

67 www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de

68 Buchrezension: „Teilhaben!“

69 Qualitätsberichte

8 Impressum

71 Pharmaforum

76 BVDN/BDN/BVDP

Struktur und Adressen

Wichtiger Hinweis!

Dieser Ausgabe ist der Kongress Report aktuell „Dopamin-agonisten in der Parkinsontherapie: Hinweise auf neuroprotektive Eigenschaften mehrten sich“ beigelegt.

Wir bitten um Beachtung!

1. Gesundheitspolitische Perspektiven: Welchen Weg nimmt die neurologische Versorgung?

Die Fortschritte der Neurologie entwickeln sich rasch, noch schneller wirkt der demografische Faktor. Damit steigt auch der Bedarf fachärztlich-neurologischer Versorgung. Notwendig ist eine vernünftige Verteilung von Ressourcen, die sich am Versorgungsbedarf und an den Patientenbedürfnissen orientiert. Die folgenden Artikel stellen die Probleme und Perspektiven der neurologischen Versorgung aus Sicht der stationären, ambulanten und rehabilitativen Versorgung dar.



© Pixello.de

11	1.1 Juristische Perspektive
14	1.2 Stationäre Perspektive
16	1.3 Ambulante Perspektive
21	1.4 Rehabilitation, Nachsorge und Heilmittel

JURISTISCHE PERSPEKTIVE DER NEUROLOGISCHEN VERSORGUNG

Selbstbestimmung oder Staatsmedizin?

Wie auch immer man zur derzeitigen Gesundheitspolitik steht: Sie ist jedenfalls stringent. Deshalb lässt sich auch mit hoher Wahrscheinlichkeit prognostizieren, auf welche Entwicklungen sich Neurologen – in Praxis und Klinik – innerhalb der nächsten zwei Jahre einstellen müssen.

In 24 Monaten wird der nächste Deutsche Bundestag gewählt – wenn alles planmäßig verläuft. Die „erste Halbzeit“ der Legislaturperiode sollte Anlass zur Prüfung sein, ob die große Koalition ihre eigenen Planungen zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems umsetzen konnte.

Im Koalitionsvertrag vom 11. November 2005 wurden Vereinbarungen getroffen, die im nebenstehenden Kasten im Wortlaut abgedruckt sind.

- » *„Der Bereich der Gesundheitsversorgung soll durch die Schaffung flexiblerer Rahmenbedingungen konsequent wettbewerbsorientiert werden. Krankenkassen und Leistungserbringer sollen stärker über Umfang, Preise und Qualität verhandeln können, ohne dass der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen ausgehöhlt wird.“*
- » *„Nicht nur in den ländlichen Gebieten der neuen Länder ist absehbar, dass es in Folge des Ärztemangels zu Versorgungsengpässen in der ambulanten Versorgung kommen kann. Daher müssen schnellstmöglich Hindernisse beseitigt werden, die einer flächendeckenden Versorgung entgegenstehen. Geeignete Maßnahmen zur Liberalisierung der vertragsärztlichen Tätigkeit sind unter anderem die Verbesserung der Anstellungsmöglichkeiten bei und von Vertragsärzten, die Flexibilisierung der Bedarfsplanung auf Landesebene oder die gleichzeitige Ermöglichung einer Tätigkeit in der ambulanten und der stationären Versorgung.“*
- » *„Wir werden das ärztliche Vergütungssystem fortentwickeln und vereinfachen, um eine qualitativ hochwertige Versorgung aller Versicherten in der GKV auch in Zukunft zu gewährleisten. Ziel muss es sein, ein Vergütungssystem zu schaffen, das Transparenz schafft und in dem die heutige Systematik verstärkt durch Pauschalvergütungen kombiniert mit Einzelvergütungsmöglichkeiten für spezielle Leistungen ersetzt wird. Die komplexen Regelungen zur Einführung eines neuen Vergütungssystems müssen unter Berücksichtigung von Morbiditätskriterien vereinfacht und in einem professionellen Verfahren erarbeitet werden. Für ambulante Leistungen in Krankenhäusern und bei niedergelassenen Ärzten sollten vergleichbare Vergütungen geschaffen werden.“*

Das gesundheitspolitische Programm der Jahre 2005 bis 2009 lässt sich somit auf drei Ziele komprimieren:

- Liberalisierung der Versorgungsstrukturen und Förderung des Wettbewerbs,
- Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems und
- Flexibilisierung der Bedarfsplanung, um Unterversorgung zu verhindern.

Um das erste Ziel zu erreichen, trat am ersten Januar 2007 das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz in Kraft. Die umfassende Reform des Vergütungssystems wird stufenweise nach dem Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) erfolgen, das seit dem 1. April 2007 gilt. Für die Änderung der Bedarfsplanung stellten die Verantwortlichen eher unauffällig die gesetzlichen Weichen; auch dieses anspruchsvolle Vorhaben wird aber derzeit „hinter den Kulissen“ weiterentwickelt.

Mehr Flexibilität für Vertragsärzte

Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz wurden eine Reihe neuer Möglichkeiten geschaffen: überörtliche Gemeinschaftspraxen, Zweigpraxen oder Nebenbetriebsstätten, die Beschäftigung

angestellter Ärzte in der Praxis „auf“ einer weiteren Zulassung (und damit ein weiteres Budget) sowie die gleichzeitige Tätigkeit in der ambulanten und der stationären Versorgung.

Der neue Bundesmantelvertrag und die „Richtlinie KV-übergreifende Tätigkeit“ sind seit dem 1. Juli 2007 in Kraft. Sie sollen die Änderungen des Vertragsarztrechts konkretisieren. Die ersten Genehmigungen der neuen Praxis- und Kooperationsformen wurden bereits erteilt.

Diese Liberalisierungen verwandelten die deutsche Versorgungslandschaft nicht schlagartig. Dies war auch nicht zu erwarten. Wenn man sich allerdings vor Augen führt, dass im ersten Halbjahr 2007 (unter Einbeziehung der Neurologie) bereits eine überörtliche Gemeinschaftspraxis mit 44 Gesellschaftern entstanden ist, dann könnte man durchaus in den populären Ruf „Der Facharzt von nebenan ist tot!“ mit einstimmen. Zudem waren Ende des Jahres 2005 nur 24,8 % aller niedergelassenen Neurologen in Gemeinschaftspraxen tätig. Der Durchschnitt aller Fachgruppen liegt aber bereits bei 34,5 %.

Der Blick über den Tellerrand lässt anderes erwarten: Die deutschen Rechtsanwälte dürfen seit Jahren, was Ärzten jetzt erst erlaubt wird. Anwälte können mit Angestellten arbeiten, sich zu überörtlichen Sozietäten verbinden und als Syndikus auch partiell in einem Dienst- oder Anstellungsverhältnis tätig werden. Die Strukturen der Anwaltskanzleien betrachtend, ergibt sich jedoch Erstaunliches: 51 % aller Anwälte arbeiten in ihrer eigenen Einzelkanzlei, 45 % in Sozietäten von bis zu 25 Anwälten und nur 4 % in Großkanzleien. Obwohl alle Freiheiten bestehen, ist der Einzelanwalt nicht „tot“; er hat nach wie vor seine Berechtigung und sein Tätigkeitsfeld. Allerdings sind die Einkommen sehr unterschiedlich: Im Durchschnitt verdiente im Jahr 2002 ein Anwalt in Einzelkanzlei 42.500 EUR, ein Partner einer örtlichen Sozietät 63.000 EUR und ein Partner einer überörtlichen Sozietät 78.000 EUR.

Der Einzelne entscheidet

Der Zusammenhang zwischen Freiheit und Selbstbestimmung einerseits und

Einkommenssicherung andererseits dürfte auch für die Entwicklung der ärztlichen Versorgungsstrukturen entscheidend sein: Es bleibt eine individuelle Frage, ob der einzelne Arzt mit den neuen Möglichkeiten des Vertragsarztrechts eine medizinisch, kollegial und wirtschaftlich sinnvolle Kooperation eingehen möchte und überhaupt eingehen kann. Es wird weiterhin viele Praxen geben, bei denen sich die medizinische Versorgungsqualität durch die Gründung einer Gemeinschaftspraxis nicht verändern würde. Gleiches gilt für Praxen, bei denen etwa aufgrund der begrenzten Größe der Praxisräumlichkeiten und langfristiger Mietverträge die Mitarbeit weiterer Ärzte nicht möglich ist. Schließlich gibt es Mediziner, denen die Freiheit der Einzelpraxis wichtiger ist als der Gewinn. Es spricht vieles dafür, dass der „Einzelkämpfer“ auch zukünftig einen festen Platz im deutschen Gesundheitssystem einnimmt.

Auch in der Fachgruppe Neurologie mit bisher geringem Anteil an Gemeinschaftspraxen wird die Anzahl dieser Kooperationen ansteigen. Die deutlichste Entwicklung wird sich aber wohl in den „klassischen“ Gemeinschaftspraxen mit bisher zwei Ärzten zeigen, die zu mittelständischen Strukturen mit drei oder mehr Mediziner anwachsen werden. Diese Ärzte sind nämlich den Schritt der partiellen Aufgabe von Selbstbestimmung zugunsten der gemeinsamen Berufsausübung bereits gegangen. Die größte psychologische Hürde ist damit genommen. Man muss nur noch kluge medizinische und wirtschaftliche Konzepte entwickeln, um vom „Facharzt um die Ecke“ zum „Facharzt im eigenen Zentrum“ zu werden.

Vergütung im Visier

Das zweite Ziel der Politik, die EBM-Reform, ist zwar nicht erreicht; der anspruchsvolle Fahrplan wird aber bisher eingehalten und gerade die KBV verfolgt die geplanten Änderungen mit Nachdruck. Frank Bergmann berichtet in dieser Ausgabe ausführlich über die zukünftige Systematik der vertragsärztlichen Honorierung (siehe S. 34 ff.). Es ist zwar nicht zu erwarten, dass man als Niedergelassener mit dem neuen EBM und den Regeleistungsvolumina über

Nacht zum Millionär wird, allerdings sprechen die volkswirtschaftliche Entwicklung und die zunehmende Anerkennung der Bedeutung guter neurologischer Versorgung eher dafür, dass es besser statt noch schlechter wird.

Bedarfsplanung mit Konsequenzen

Am dritten Ziel, der Änderung der Bedarfsplanung, arbeiten die Verantwortlichen im Stillen. Aber gerade dieser Punkt dürfte für die Neurologie von wesentlicher Bedeutung sein: In der vertragsärztlichen Versorgung wird bisher im Rahmen der Bedarfsplanung nicht zwischen Neurologie und Psychiatrie unterschieden. Es kann somit viel schneller als in anderen, homogenen Fachgruppen ein sogenannter „zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf“ entstehen – wenn nämlich ein Planungsbereich zwar für die Nervenheilkunde „gesperrt“ ist, jedoch überwiegend nur psychiatrisch tätige Ärzte zugelassen sind.

Der Gemeinsame Bundesausschuss, das mächtigste Gremium der Selbstverwaltung, soll deshalb die zukünftige Bedarfsplanung „an der Muster-Weiterbildungsordnung ausrichten“ und genau prüfen, welche Fachgruppen bedarfsplanungsrechtlich zusammengefasst werden können. Mit anderen Worten: Das Ende der gemeinsamen Bedarfsplanung von Psychiatrie und Neurologie könnte bevorstehen.

Ambulante Versorgung in Kliniken

Auch für die im stationären Sektor tätigen Neurologen haben diese Fragen hohe Relevanz. Mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde der § 116 b SGB V geändert, der Krankenhäusern unter bestimmten Voraussetzungen die ambulante Behandlung erlaubt (ohne persönliche Ermächtigung eines Chefarztes). Anders als vor dem 1. April 2007 müssen die Krankenhäuser zukünftig keinen Vertrag mehr mit den Krankenkassen abschließen, um ambulante Leistungen erbringen zu können. Vielmehr ist nun nur noch eine Erlaubnis durch die Krankenhausplanungsbehörde, also das Landesministerium oder die Bezirksregierung, erforderlich.

Die Möglichkeiten des § 116 b SGB V sind auf bestimmte Erkrankungen und Behandlungsverfahren beschränkt, hierzu zählen aber die „Diagnostik und Versorgung von Patienten mit MS“ sowie „Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Anfallsleiden“. Besteht also in einer Region im ambulanten Bereich eine neurologische Minder- oder Unterversorgung, so können Krankenhäuser mit guter Aussicht auf Genehmigung die Erlaubnis zur ambulanten Behandlung von MS und Epilepsie beantragen.

Aktuelle Versorgungsdaten

Wie sieht nun aber die derzeitige neurologische Versorgung aus? Fehlen Niedergelassene und haben Krankenhäuser überhaupt personelle Kapazitäten, um gegebenenfalls weitere Patienten zu betreuen? Interessant sind hierzu die statistischen Daten des Bundesarztregisters: Zum Jahresende 2005 nahmen an der vertragsärztlichen Versorgung 1.724 Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, 2.620 Nervenärzte und 1.388 Neurologen teil. Dies sind insgesamt 5.732 Ärzte der „Fachgruppe Nervenheilkunde“. Wenn alle Nervenärzte im halben Umfang neurologisch arbeiten, so wäre die Verteilung mit 47% Neurologie und 53% Psychiatrie nahezu ausgewogen. Es spricht aber einiges dafür, dass innerhalb der Nervenärzte der psychiatrische Versorgungsanteil überwiegt und somit durchaus ein deutlicher Bedarf an zusätzlicher neurologischer Versorgung besteht. Dass die Krankenhäuser diesen Bedarf jedoch mit den vorhandenen personellen Ressourcen (Ende 2006 waren in Krankenhäusern 2.549 Neurologen tätig) decken können, ist angesichts des im stationären Sektor zunehmenden Ärztemangels unwahrscheinlich.

Mit steigender Tendenz bestanden in den letzten Jahren regelmäßig etwa 400 Kollegen jährlich die Prüfung zum Facharzt für Neurologie. Damit liegt die Neurologie übrigens im Jahr 2006 an 9. Stelle von 69 ärztlichen Disziplinen. Der vorhandene und eventuell demnächst auch rechtlich festgestellte Bedarf könnte somit durchaus gedeckt werden, wenn der Arztberuf im Krankenhaus und in der Praxis hinreichend attraktiv ist.

Es kommt auf die Ärzte an

Die Zukunft der neurologischen Versorgung wird nicht durch Revolutionen, sondern durch langsame aber bedeutende Entwicklungen gekennzeichnet sein. Auch wenn es die Politik selten ausspricht: Alle gesetzlichen Liberalisierungen, Modifikationen bei der Vergütung oder neue Niederlassungsmöglichkeiten haben nur dann den gewünschten Erfolg, wenn die jungen Ärztinnen und Ärzte in der Versorgung neurologischer Patienten eine wirtschaftlich sinnvolle Chance sehen und dies mit dem verbleibenden Rest an Privatleben auch noch vereinbaren können.

Im Zentrum steht die Versorgung von Patienten. Aber nach den letzten Gesetzesänderungen und zu erwartenden Umsetzungen hat auch das Gesundheitsministerium erkannt, dass eine Verbesserung der Versorgung ohne Ärzte auch von einer großen Koalition nicht geleistet werden kann. Honorare kann der Staat festlegen und die Versorgung kann er planwirtschaftlich steuern. Ärzte, die die Bürger behandeln, muss der Staat aber gewinnen. □

AUTOR

Dr. jur. Ingo Pflugmacher
Rechtsanwälte Busse & Miessen, Bonn

STATIONÄRE PERSPEKTIVE DER NEUROLOGISCHEN VERSORGUNG

Die Situation bleibt ernst

Im Bereich der Neurologie hat Deutschland eine vorbildliche Versorgung von Patienten im stationären Bereich, besonders im Vergleich mit England und den USA. Die Lage der im Krankenhaus tätigen Neurologen jedoch bleibt in mehrfacher Hinsicht problematisch. Kooperationen mit Niedergelassenen erhalten in Zukunft größere Bedeutung



Stroke Units sollten sich in jeder neurologischen Klinik befinden.

© Archiv

Durch die Einführung der DRGs hat sich die finanzielle Basis in neurologischen Abteilungen oder Kliniken grundsätzlich geändert. Aufwendige stationäre diagnostische Abklärungen sind nicht mehr kostendeckend durchführbar. Überleben können wir streng genommen nur durch Stroke-Units und intensivmedizinisch betreute Patienten. Aus diesem Grund ist es absolut vordringlich, dass jede neurologische Klinik eine eigenständige Stroke-Unit besitzt. Dabei ist organisatorisch durchaus eine Intermediate-Care-Station in gemeinsamer Kooperation mit einer anderen Disziplin möglich. Im Bereich der neurologischen Intensivmedizin bieten sich Kooperationen mit Internisten, Anästhesiologen oder Neurochirurgen an.

Aufgrund der geänderten Vergütung ist abzusehen, dass bestimmte diagnostische und therapeutische Leistungen in zunehmendem Umfang nur noch ambulant oder tagesklinisch angeboten werden. Die stationäre Betreuung muss sich in erster Linie auf schwerkranke und

pflegebedürftige Patienten oder höchst komplexe Krankheitsbilder konzentrieren. Weitere wesentliche Aufgaben der stationären Neurologie sind: Frührehabilitation besonders nach Schlaganfall, stationäre Schmerztherapie, Palliativmedizin und geriatrische Neurologie. Insgesamt ist der Bestand der stationären Neurologie gesichert, da die meisten Abteilungen mit positiven Erlösen zum Gewinn von Kliniken und Krankenhäusern beitragen.

Kooperation bei ambulanten Patienten

Eine umfassende Betreuung komplexer Krankheitsbilder bei seltenen Erkrankungen ist derzeit nur in Polikliniken von Universitäten oder in ermächtigten Ambulanzen von großen Krankenhäusern möglich. Einige neurologische Abteilungen haben für bestimmte Krankheiten und Indikationen eine Ermächtigung, um an der kassenärztlichen Versorgung teilzunehmen. Der Umfang dieser Aktivitäten war in den letzten

Jahren jedoch rückläufig. Die vom Gesetzgeber neu vorgesehenen integrativen Strukturen sind noch nicht umgesetzt. Medizinische Versorgungszentren können nicht existieren, wenn sie in Konkurrenz zu niedergelassenen Neurologen und Nervenärzten betrieben werden. Die einzige sinnvolle Weise, dieses Problem zu lösen, ist eine strukturierte Kooperation zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Neurologen und Nervenärzten. Ideal wäre es, wenn ein Teil dieser niedergelassenen Kollegen ihre Praxen an Krankenhäusern hätten, um auf deren Infrastrukturen zurückgreifen zu können.

Belastung drückt Motivation

Bis vor einigen Jahren war es sicher der Traum eines jeden Neurologen in der Weiterbildung, einmal Chefarzt oder Ordinarius zu werden. Die zwischenzeitlich angebotenen und abgeschlossenen Verträge sind aber so schlecht geworden, dass dies kein attraktives Berufsziel mehr ist. Die meisten Krankenhausträger haben übersehen, dass sie mit den restriktiven Gehältern und dem Wegfall der Privatliquidation nicht nur die Einnahmen von Leistungsträgern schmälern, sondern es den Klinikleitern auch unmöglich machen, motivierte Mitarbeiter für ihre erbrachten Leistungen aus den Pool-Einnahmen zu beteiligen.

Erfreulicherweise hat der Ärztestreik dazu geführt, dass Mediziner (insbesondere Oberärzte) in der Neurologie besser bezahlt werden. Angesichts der sich zunehmend verschlechternden Honorarsituation in neurologischen Praxen ist daher eine Oberarzt-Position als Lebenszeitstelle durchaus attraktiv. Mit den angehobenen Gehältern ist aber auch die Situation von Assistenzärzten wieder besser geworden. Dessen ungeachtet besteht weiterhin eine erhebliche Belastung aller Mitarbeiter durch das DRG-System und die damit verbundene Dokumentationspflicht, durch zahlreiche Anfragen des MDK und durch viele andere bürokratischen Tätigkeiten, die nichts mehr mit ärztlicher Tätigkeit zu tun haben. Neurologie ist aber weiterhin ein spannendes und beliebtes Fach. Wir können damit rechnen, dass die Nachwuchssituation weiterhin gut bleibt.

Weiterbildung erschwert

Neurologische Abteilungen, Kliniken und Universitätskliniken spielen eine wichtige Rolle in der Ausbildung zum Facharzt für Neurologie und bieten auch Ausbildungsplätze für Zusatzausbildungen wie Neurophysiologie, Neuropsychologie, neurologische Intensivmedizin, Geriatrie und Schmerztherapie an. Die Breite der Ausbildung wird jedoch in zunehmendem Maße erschwert, wenn im stationären Bereich nur noch Schwerkranken betreut und höchst komplexe Krankheitsbilder behandelt werden. Die Nachwuchs-Neurologen würden dann zwangsläufig einen Großteil des Krankheitsspektrums, mit dem sie später im niedergelassenen Bereich konfrontiert sind, gar nicht mehr zu Gesicht bekommen. Hier wäre sicher eine Alternative, dass Kollegen, deren Berufswunsch in der Niederlassung besteht, mindestens ein Jahr ihrer Weiterbildung in einer neurologischen Praxis absolvieren.

Mitarbeit an Studien

Klinische Studien sind eine wichtige Basis für wissenschaftliche Publikationen und für zusätzliche Einnahmen außerhalb der Krankenversorgung. Die meisten klinischen Studien erfolgen an Universitätskliniken und Schwerpunkt-Krankenhäusern. Speziell beim Schlaganfall zeigt sich aber, dass häufig die nicht universitären Kliniken besser in der Patientenrekrutierung sind als Universitäten. Hier ist es auch dringend notwendig, zusätzlich niedergelassene Neurologen in klinische Studien einzubeziehen – und zwar nicht nur für die Rekrutierung, sondern auch für die Betreuung der Patienten. Nur so kann der Forschungsstandort Deutschland im internationalen Wettbewerb bestehen. □

AUTOR

Prof. Dr. med. Hans-Christoph Diener
Universitätsklinik für Neurologie Essen

AMBULANTE PERSPEKTIVE DER NEUROLOGISCHEN VERSORGUNG

Die Zukunft hat schon begonnen

Der Bedarf an neurologischer Kompetenz wird massiv zunehmen. Trotzdem sind in der ambulanten Regelversorgung weitere Einschnitte abzusehen. Der „Neurologe von morgen“ muss flexible Strategien entwickeln, um weiter bestehen zu können.

Ambulante fachärztliche Medizin steht weder in Konkurrenz zur hausärztlichen noch zur stationären neurologischen Versorgung. Aufgrund der Komplexität neurologischer Schädigungsmuster ist die Mehrzahl neurologischer Patienten neben der hausärztlichen Grundversorgung auf eine dauerhafte und wohnortnahe fachärztliche Betreuung vor Ort angewiesen.

Die gerne zitierte doppelte Facharztschiene ist ein Phantom und vordergründiges ideologisches Argument, das Patienten niemals nützt, allen Leistungserbringern aber langfristig schadet und die Versorgung gefährdet (siehe S. 41 ff.). Wenige Fachgruppen behandeln so viele chronisch und schwer betroffene Patienten mit anhaltenden Funktions-, Fähigkeits- und Teilhabestörungen wie wir Neurologen. Wenn wir den Wissenstransfer von der neurowissenschaftlichen Grundlagenforschung in den Versorgungsalltag sichern wollen, brauchen wir neben einem funktionstüchtigen Primärarztssystem eine durchgehende fachärztliche Versorgungskette und Netzwerke von Spezialisten. Berufspolitisch ergeben sich für die ambulante Neurologie zukünftig zwei Hauptbereiche: die wirtschaftliche Existenzsicherung ambulanter Versorgungseinheiten und die Teilnahme an neuen Versorgungsstrukturen.

Unterfinanzierung ist die Regel

Die wirtschaftliche Situation neurologischer Praxen ist in vielen Bundesländern desaströs und steht in keinem Verhältnis zu der hohen Versorgungsleistung. Nervenärzte, Psychiater und insbesondere Neurologen rangieren am unteren Ende der Honorarstatistiken. Was sind die Ursachen hierfür? Der EBM 2000 plus hatte theoretisch eine durchaus vernünftige Grundkonzepti-

on: Alle ärztlichen Leistungen werden unabhängig vom Fachgebiet gleich bewertet, indem ein Zeitraster mit „Minutenpreisen“ zugrunde liegt. Addiert wird ein fachspezifischer Anteil auf der Basis von Betriebskostenkalkulationen. Auf diese Weise sollten Radiologen und Psychotherapeuten, die natürlich unterschiedliche Betriebskosten haben, faire und vergleichbare Einkommen erzielen können. Die Realität sieht vollkommen anders aus: Von den versprochenen „betriebswirtschaftlich“ kalkulierten 5,11 Cent wird je nach KV-Bezirk nur ein Bruchteil ausgezahlt. Zwar haben alle Fachgruppen mit dem Problem der Budgetierung zu tun. Bei den Neurologen hat die Unterfinanzierung ihrer Leistungen aber noch zusätzliche Gründe. Das Hauptproblem dabei ist ein völlig invalides Betriebskostenmodell, das bei der Kalkulation des EBM zugrunde gelegt wurde. Die Daten sind veraltet und bilden nicht einmal im Ansatz das medizinisch notwendige Spektrum einer modernen Neurologie ab.

Endlich Nachkalkulation

Die Nachkalkulation der Betriebskosten war daher stets eines der wichtigsten Anliegen der Berufsverbände und ist mit Nachdruck propagiert worden – bis hin zum Einbringen einer in Auftrag gegebenen Studie („Carl-Studie“), welche die betriebswirtschaftliche Unterdeckung mit Zahlen und Daten belegen konnte. Die Akzeptanz dieser Daten scheiterte schließlich an einer fehlenden Zertifizierung, hat aber immerhin dazu geführt, dass auf Druck der Verbände eine eigene Studie durch die KBV in Auftrag gegeben wurde, die diese Daten im Wesentlichen bestätigt hat. Nach langen Verhandlungen haben KBV und Krankenkassen nunmehr einer Neukal-

kulation der Betriebskosten zugestimmt. Die Daten werden derzeit ausgewertet und führen in Zukunft, wenn keine weiteren Barrieren aufgebaut werden, zu den notwendigen Anpassungen der Punktwerte. Ein weiterer Grund für die Unterfinanzierung in der Neurologie sind Verteilungsgerechtigkeiten in einigen Länder-KVen. Sind neurologische Leistungen bereits auf Bundesebene von vornherein aufgrund der falschen Betriebskosten falsch kalkuliert und unterfinanziert, so kommt in vielen Ländern noch eine mangelnde Anpassung der Fachgruppentöpfe hinzu, sodass im innerärztlichen Verteilungskampf zusätzliche Einkommenseinbußen hingenommen werden müssen. Zusätzlich hat unsere Fachgruppe geringe Kompensationsmöglichkeiten durch den fehlenden Zugang zu extrabudgetären Leistungen und Selbstzahlermärkten. Während einige Fachgruppen sinkende Einnahmen problemlos über IGel kompensieren können, bleibt dieser Bereich bei neuropsychiatrischer Patientenkenntel naturgemäß zu vernachlässigen. Wir behandeln schwerkranke und chronische Patienten. Unser Einkommen wird notwendigerweise überwiegend aus der Regelversorgung generiert.

IGES: Neurologen benachteiligt

Die aktuellen Daten des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) belegen, dass die Versorgungsleistungen von Neurologen und Psychiatern seit Jahren kontinuierlich zugenommen haben. Das Institut kommt zu dem Schluss, dass der steigenden Versorgungsleistung ein unterproportionaler Honoraranteil bei Neurologen gegenüber steht. Gegen den Trend anderer Fachgruppen verzeichnen wir steigende Fallzahlen insgesamt und steigende Fallzahlen pro Arzt. Gleichzeitig steigt die Arztlzahl in der Fachgruppe geringer an als die Fallzahlen.

Ein auch in Zukunft wachsender Bedarf an neurologischen Leistungen ist aus den demografischen Daten und aus dem zu erwartenden medizinischen Fortschritt in unserem Fachgebiet klar abzulesen. So geht das Deutsche Institut für Wirtschaft (DIW) anhand von Analysen alters- und krankheitsspezifischer Statistiken davon aus, dass allein die de-

mografische Entwicklung eine Steigerung des Versorgungsbedarfs bis 2010 um 12% und bis 2020 um weitere 10% verursacht. Da eine weitere Kürzung der Verweildauer nach Einführung des DRG-Systems kaum noch möglich ist, beziffert das DIW unter Berücksichtigung von Krankenhausfallzahlen und Verweildauer die Zunahme des Gesamtversorgungsbedarfs bis 2050 auf rund ein Drittel.

Während in einigen Bereichen der Versorgungsbedarf erheblich zurückgehen dürfte, ist gerade bei neurologischen Erkrankungen von einem überproportional wachsenden Bedarf auszugehen. So wird für Erkrankungen des zerebrovaskulären Systems von einer Steigerung der Krankenhaustage von 1998 bis 2020 um 48,9% ausgegangen, für organische Psychosen um 57,8%. Der Anstieg der Krankenhausfälle beträgt entsprechend 49,7% beziehungsweise 60,9% – bei den über 75-Jährigen liegt die Zunahme sogar bei 77,8% beziehungsweise 75,3%. Der Aufnahmepressure in den neurologischen Kliniken nimmt daher trotz politisch motivierter Reduktion von Kapazitäten kontinuierlich zu. Der Versorgungsbedarf im ambulanten Sektor steigt ebenfalls an und wird durch Verlagerungseffekte vom stationären in den ambulanten Bereich noch verstärkt.

In Zukunft werden die Grenzen zwischen den Sektoren weiter aufweichen: Kliniken erbringen dann mehr ambulante Leistungen, Neurologen werden vermehrt konsiliarisch oder in Teilzeit in nicht-neurologischen Kliniken tätig sein – insbesondere im Bereich der Notaufnahme zur Vermeidung unnötiger Einweisungen.

Ärzte werden älter und weniger

Die demografische Entwicklung macht vor der Ärzte- und Neurologenschaft nicht halt. Das Durchschnittsalter der Vertragsärzte ist seit 1993 um über drei Jahre auf rund 50,2 Jahre im Jahr 2002 gestiegen. Zwischen 1995 und 2002 hat der Anteil der über 59-Jährigen an der Zahl aller ambulant tätigen Mediziner um 55% zugenommen; der Anteil dieser Altersgruppe bezogen auf alle berufstätige Ärzte ist sogar um knapp 58% angewachsen. Zugleich sinkt der Anteil der jungen Ärzte: Waren 1991 noch 27,4% aller berufstätigen Ärzte unter 35 Jahre

alt, so betrug dieser Anteil im Jahr 2002 nur noch 17% – ein Rückgang um 38%. Hinzu kommt, dass immer weniger Medizinstudenten ihr Studium abschließen und immer mehr Absolventen eines Studiums der Humanmedizin nicht ärztlich tätig werden.

Bereits im Jahr 2002 waren bei sechs Arztgruppen rückläufige Arztlizenzen festzustellen. In den alten Bundesländern können jedes zweite Krankenhaus und in den neuen Bundesländern fast vier Fünftel aller Häuser offene Stellen für Ärzte nicht besetzen. Gut 4.800 Arztstellen in Krankenhäusern sind zurzeit vakant. Dieser Ärztemangel wird Auswirkungen auf die medizinische Versorgung der Bevölkerung haben. Etwa ein Drittel aller Kliniken plant, Wartelisten einzuführen. Der Ersatzbedarf an Ärzten im kurativen Bereich des deutschen Gesundheitswesens für fünf Jahre (bis 2008) beträgt 28.800. Bis zum Jahr 2013 müssen 62.000 Ärzte ersetzt werden, um den Status quo zu halten.

Es wird noch drastischer, wenn auch regional unterschiedliche Versorgungsengpässe im hausärztlichen Bereich geben, die auch erhebliche Auswirkungen auf die ambulante und stationäre Versorgung neurologischer Patienten haben: Fachärzte werden in einigen Landstrichen vermehrt Aufgaben der Grundversorgung übernehmen und psychosoziale Steuerungsfunktionen wahrnehmen. Bei mangelnder hausärztlicher Versorgung nimmt der Aufnahmepressure in Krankenhäusern auch bei „leichteren“ Erkrankungen zu. Damit wird die Schnittstelle an der Notaufnahme noch kostenintensiver.

Vergütung im Wandel

Die Finanzierungsmisere des Gesundheitssystems ist bekannt und wird auch in Anbetracht aktuell günstiger Konjunktorentwicklungen allein durch den demografischen Faktor bestehen bleiben und sich als Problem weiter zuspitzen. Einer der bedeutendsten Trends im System ist die Tatsache, dass die durchschnittlichen Umsatzerlöse für Leistungen kontinuierlich nach unten korrigiert werden. Gleichzeitig erleben wir derzeit den Beginn einer tiefgreifenden Umgestaltung der Versorgungslandschaft und der „Vergütungsquellen“. Der Anteil an Leistungen der Regelversorgung sinkt

zugunsten der Leistungen aus Strukturverträgen und integrierten Versorgungsmodellen. Eine Kompensation oder Abmilderung sinkender Durchschnittserlöse ist nur über Kostenreduktion oder über die Teilnahme an neuen Versorgungsstrukturen möglich. Bei beiden Aspekten – Kostenmanagement und Vertragsfähigkeit – sind größere Versorgungseinheiten im Vorteil. Dies ist einer der Gründe, warum die Politik in den aktuellen Reformen die Bildung größerer Einheiten auf Leistungserbringer- aber auch auf Kostenträgerseite fördert. Der Zusammenschluss großer Klinikketten und die Bildung großer MVZ sind politisch gewollt. Der Wettbewerb mit Einkaufsmodellen wird die Dumpingspirale weiter nach unten drehen. Vertragsärzte werden unter Beachtung der Möglichkeiten des Vertragsarztänderungsgesetz oder durch Zusammenschlüsse in Netzwerken (siehe S. 11. und S. 45). ausloten müssen, ob und wie weit sie sich auch als Einzelkämpfer in kooperative Versorgungsformen einbringen können.

Eine weitere wichtige Weichenstellung des Gesetzgebers ist die Reform des Vergütungssystems mit Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen. Damit wird die Vergütungslogik und ein Teil der Budgetverantwortung, wie wir sie im stationären Bereich in Form der DRGs kennen, auch auf den ambulanten Sektor übertragen.

Zukunft der ambulanten Neurologie

Fachärztliche Primärversorgung und Spezialisierung: Allein der medizinische Fortschritt wird auch innerhalb der Neurologie zu weiteren Subspezialisierungen führen. Andererseits werden wir uns viel stärker als bisher als „Gate-Keeper“ neurologisch erkrankter Patienten verstehen müssen. Diese Rolle obliegt bei anderen Erkrankungen traditionell dem Hausarzt. Dieser kann aber aufgrund der wachsenden diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten bei neurologischen Erkrankungen seine Rolle nicht mehr in dieser Form ausüben. Kein Neurologe wird mehr in der Einzelpraxis das gesamte Spektrum der modernen Neurologie beherrschen können. Man denke nur an die Bandbreite der Innovationen im Bereich Immunmodulation, die

Aus dem IGES-Gutachten

➔ „Um ihren Stellenwert im Gesamtversorgungssystem herauszustellen, sollten niedergelassene Fachärzte eine wesentliche Filterfunktion für sich reklamieren, nämlich die Verantwortung für die kontrollierte Weiterleitung zum (hochspezialisierten) stationären Sektor – ganz im Sinne eines Gatekeepings zu „teuren“ stationären Leistungen. Darüber hinaus sollten sie die Rolle als zentrale Ansprechpartner für Primär- beziehungsweise Hausärzte in allen Fragen der Spezialversorgung beanspruchen.

Eine weitere ausgewiesene und möglichst spezifische Kompetenz der niedergelassenen Ärzte sollte in der nachstationären Betreuung liegen und mit dem Ziel verbunden sein, Behandlungsabbrüche zu vermeiden. Im Hinblick auf die Verlagerungen von Leistungen vom stationären zum ambulanten Sektor sollten die niedergelassenen Fachärzte eine zentrale und kontinuierliche Allokationsfunktion wahrnehmen, die sowohl die Übernahme von Behandlungen aus dem stationären Bereich vorsieht (z.B. bei Chronikern), aber auch die Abgabe von Behandlungen an den stationären Bereich vor allem im Fall von neuartigen „kapitalintensiven“ Verfahren.

Die Öffnung der Krankenhäuser ist daher prinzipiell zu begrüßen, allerdings kann eine verzerrungsfreie und damit optimale Aufweichung der Sektorgrenzen nur gelingen, wenn die Finanzierung und Vergütungssysteme harmonisiert werden. Maßgeblicher Grundsatz hierfür muss sein, dass versorgungsformunabhängig für vergleichbare Leistungen ein gleicher Preis gezahlt wird.“

möglichen Stammzelltherapien, das Therapiespektrum bei Bewegungsstörungen (Medikamentenpumpen, Botulinuminjektionen, Tiefenhirnstimulation) oder die neuropsychologische Diagnostik bis hin zur evidenzbasierten Neurorehabilitation.

Hier ist der neurologische Spezialist ebenso gefragt wie der gut ausgebildete Generalist, der dieses Spektrum überschaubar, den Patienten umfassend betreut und als „Gate-Keeper“ fungiert. Die Zusammenarbeit zwischen Spezialisten und Generalisten, zwischen Praktikern, Klinikern und Spezialambulanzen kreativ zu gestalten und Kooperations- und Vertragsgemeinschaften zu bilden, wird zukünftig die größte Herausforderung sein.

Intelligente Kooperationen: Vor dem Hintergrund des wachsenden Versorgungsbedarfs benötigen wir sinnvoll konstruierte Kooperationsmodelle. Berufsverbände und wissenschaftliche Fachgesellschaft sind sich einig: Das Problem liegt nicht darin, dass wir um Patientengruppen konkurrieren müssen, sondern vielmehr lautet die Frage, wie eine sektorenübergreifende Versorgung in allen Bereichen eine angemessene wirtschaftliche Grundlage für uns ermöglicht. Dies wird neben einer morbiditätsgerechten Vergütung, die auf empirisch gesicherten Betriebskostenmodellen beruht, nur über eine Partizipation an neuen Vertrags- und Versorgungsstrukturen möglich sein.

Konkurrenz innerhalb der Fachgruppe führt im schlechtesten Fall zu einer „Downregulation“ von Preisen. Wettbewerb ist politisch gewollt – und dem Wettbewerb um die besten Versorgungsmodelle können wir uns durchaus stellen. Wenn allerdings Konkurrenz nur eine Dumpingspirale anheizt und keine betriebswirtschaftliche Basis unseres Handelns mehr gegeben ist, nützt dies am Ende niemanden: weder uns, noch langfristig den Kostenträgern, am wenigsten der Volkswirtschaft und schon gar nicht dem Patienten.

Strategien der Berufsverbände

Die derzeitige Hauptaufgabe der Verbände umfasst im ambulanten Bereich die Sicherstellung und Verbesserung der wirtschaftlichen Grundlage unserer Tätigkeit und die Gestaltung neuer Versor-

ungsstrukturen. Was ist bisher erreicht? Nur die konsequente und stetige Präsenz der Verbände in der Selbstverwaltung konnte verhindern, dass die Fachgruppe noch schlechter dasteht. An erster Stelle sind hier namentlich insbesondere Frank Bergmann und Gunther Carl zu nennen. Sie konnten mit Ihrem Einsatz eine Komplexierung der Leistungen erreichen, vor allem aber auch Betreuungsziffern durchsetzen, die zusätzlich zu zeitgebundenen Leistungen den hohen Aufwand für die Betreuung Schwerkranker widerspiegeln.

Die von uns eingereichten Vorschläge zu den Indikationen für die Betreuungsziffern sind dabei nach langwieriger Verhandlung praktisch „eins zu eins“ aufgegriffen worden. In einem ersten Schritt konnten die Betreuungsziffern zunächst nur bei Psychiatern nach Erstkontakt angesetzt werden; ab diesem Monat gilt dies auch für Neurologen. Die Bedeutung der Betreuungsziffern kann für die Neurologie nicht hoch genug eingeschätzt werden. Sie fungiert als gute Grundlage für die Leistungsdefinition einer morbiditätsadjustierten Vergütung, wie sie der neue EBM vorsieht.

EBM-Reform

Mit der Einführung des nächsten EBM nimmt der Einfluss der Länder-KVen ab; Honorarverteilungsverträge entfallen im EBM 2008 (siehe S. 34 ff.). Nach wie vor bestehen jedoch Verteilungsungerechtigkeiten in den KVen. Sie lassen sich nur durch eine möglichst aktive Beteiligung von Neurologen oder neurologisch tätigen Nervenärzten in den KVen lösen; gleiches gilt für Protest und Aufklärung in den KVen selbst und in den zuständigen Ministerien.

BDN-Beirat

Um die Regionen vor Ort besser unterstützen zu können, haben wir beschlossen, die Satzung des BDN dahingehend zu ändern, dass der Beirat durch Vertreter der Länder beziehungsweise der KV-Bezirke erweitert wird. Damit können Landesvertreter des BDN zusammen mit den Landesverbänden des BVDN gemeinsam verstärkten Druck ausüben. Sollte das Problem innerhalb des Systems nicht zu lösen sein, hilft möglicherweise nur der Ausstieg. Bei der Planung

und Umsetzung von Korbmodellen unterstützen wir Sie gerne; die Risiken sind andererseits mit der aktuellen Rechtsprechung eher gewachsen.

Integrierte Versorgung

Da in der Zukunft der Regelversorgung weiterhin Geld entzogen wird, treiben wir die bundesweite Ausweitung integrierter Versorgungsmodelle voran und streben Verträge nach § 73c beziehungsweise § 140 ff an. Die Gründung einer Genossenschaft als möglicher Vertragspartner ist abgeschlossen. Für die Bereitstellung der notwendigen Infrastrukturen vor Ort ist die regionale Netzwerkbildung sinnvoll. Zusätzlich entwickeln wir vor diesem Hintergrund derzeit Modelle für regionale Vernetzungen. Dies soll Kostenstrukturen und damit die Wirtschaftlichkeit auch kleiner Praxen verbessern sowie die Vertragsfähigkeit der Netze vergrößern (zu diesen Themen siehe auch S. 45 ff., S. 52 ff. und S. 58).

Ausblick

Der immense Versorgungsbedarf wird zwangsläufig eine Flexibilisierung der Versorgungsabläufe zur Folge haben. Dies bedeutet auch eine Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich, wobei ein Teil der ambulanten Versorgung von den Kliniken mit übernommen wird. Die Grundsteine für diese Flexibilisierung sind im GKV-Wirtschaftlichkeitssteigerungsgesetz und im Vertragsarztänderungsgesetz bereits gelegt. Der Druck, intelligente Lösungen für die Versorgung zu finden, ist nicht nur aus ethischen Gründen, sondern auch aus ökonomischen Gründen groß. Die berufspolitische Herausforderung wird für uns darin bestehen, dass wir alle zusammen auftreten und nicht als Teilgemeinschaften oder gar als Einzelkämpfer. Nur vereint sind wir in diesem System mächtig. In den Berufsverbänden, in der DGN und mit unseren Unterorganisationen und Partnern sind wir professionell aufgestellt und werden weiterhin alles tun, um die Situation unserer Fachgruppe zu verbessern. □

AUTOR

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich

REHABILITATION, NACHSORGE UND HEILMITTEL

Neue Konzepte für die erfolgreiche Reintegration

Im Zentrum der Rehabilitation steht die Rückkehr der erkrankten Patienten zu größtmöglicher Autonomie. Diese Ziele verfolgen die Rehabilitationseinrichtungen mit stationären, ambulant-teilstationären und mobilen Teams. In der Versorgung sind jedoch noch effizientere Strukturen und Schnittstellen notwendig.

Die Neurorehabilitation ist ein wichtiger Bestandteil der Neurologie und stellt wesentliche Elemente der fachbezogenen Therapie bereit. Innerhalb der neurologischen Versorgung wird sie als Anschlussheilbehandlung (AHB) nach der Akutbehandlung oder als Heilverfahren (HV) in Form multiprofessioneller und zielorientierter Komplextherapien angewandt.

Gerade bei Störungen des zentralen Nervensystems mit dessen zahlreichen Funktionen und Leistungen nimmt die Rehabilitation von neurologischen Erkrankungen eine Sonderstellung ein. Die Möglichkeiten der „restaurativen Neurologie“ gehen durch die neuroplastische Anpassungsfähigkeit des Gehirns weit über die Aufgaben anderer Rehabilitationssphären (z.B. orthopädische oder kardiologische Rehabilitation) hinaus, die sich mehr mit der reinen Übungsbehandlung, der Trainingstherapie und der Funktionskompensation befassen.

Selbstbestimmung des Patienten

2001 hat der Gesetzgeber mit der Verabschiedung des neuen Sozialgesetzbuches zur Rehabilitation (SGB IX) einen zentralen Paradigmenwechsel für die Zielsetzung und die Konzeption der Rehabilitation eingeleitet. Im Vordergrund steht, wie die Bundesregierung auch im Jahresbericht zur Teilhabe Behinderter 2004 nochmals betont, „... das Ziel, die vollständige Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft zu verwirklichen“. Dieses Ziel kann nur erreicht werden, wenn behinderte Menschen dabei unterstützt werden, ihr Leben selbstbestimmt und eigenverantwortlich zu gestalten, und wenn Hindernisse, die ihrer Teilhabechance im Wege stehen, beseitigt werden.

Auch die Gesundheitsreform 2007 (GKV-WSG) hat die Rehabilitation als eine der Pflichtleistungen der gesetzlichen Sozialversicherungen klar gestärkt und die Modalitäten für rehabilitative Leistungen in zahlreichen Gesetzespassagen neu und klärend definiert.

In den kommenden Jahren wird die Neurorehabilitation in Zusammenarbeit mit den übrigen neurowissenschaftlichen Disziplinen und den Sozialverwaltungen ihre Aufgaben weiter entwickeln und gestalten. Dies betrifft ihre Strukturen und Prozesse, die Art der Leistungserbringung und vor allem die durchgängige Zusammenarbeit der verschiedenen Behandlungssektoren (kurative Medizin, Rehabilitation, Nachsorge und Pflege). Dabei muss sie sich am Bedarf der Patienten, an den neurobiologischen Erkenntnissen und den sozialrechtlichen Anforderungen orientieren.

Verschiedene Autonomieziele
Im Sinne der vom SGB IX geforderten selbstbestimmten Lebensführung geht es gerade in der neurologischen Rehabilitation immer um die Autonomie der Patienten. Allerdings hängt der Grad der Autonomie von der Schwere der Beschädigung und im Verlauf der Rehabilitation von der jeweiligen Phase der Behandlung ab (Phasenmodell der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation). Dabei ergeben sich unterschiedliche, aufeinander aufbauende Zielsetzungen: Unabhängige, selbstbestimmte Lebensführung (soziale Autonomie)

setzt voraus, dass die Körperfunktionen (biologische und vegetative Autonomie) und die motorischen, kognitiven und emotionalen Fertigkeiten (funktionelle Autonomie) bereits weitgehend zurückgewonnen sind.

Zuweisung mit Hindernissen

Stationäre Neurorehabilitation ist auf hohem Leistungsniveau (Phase B, C und D) flächendeckend verfügbar. Die Zuweisung von der Akutklinik zur Rehabilitationsklinik ist in vielen Fällen jedoch noch unbefriedigend und zu bürokratisch. Häufig kostet sie zu viel Zeit. Bewährte und aufeinander eingespielte Partner sollten sich Patienten ohne umständliche Rückfragen und Genehmigungen zuweisen dürfen. Außerdem bedarf es klarerer Kriterien für die Zuweisung in die unterschiedlichen Rehabilitationsdisziplinen (z.B.: Unter welchen Bedingungen soll ein Patient in die orthopädische oder die neurologische Rehabilitation? Ist der Patient in die geriatrische oder neurologische Rehabilitation zu überweisen?).

Ambulante neurologische Rehabilitation mit dem Ziel der Teilhabeförderung und der sozialen Reintegration (Phase D und E) ist im Gegensatz zur stationären Versorgung nur unzureichend vorhanden. Sie muss als eigenständige wohnortnahe erreichbare Versorgungsform mit eigenen Zielen und spezifischen Behandlungsformen gefördert werden. Gerade unter der teilhabebezogenen Zielsetzung kommt den wohnortnahen Konzepten eine besondere und auch zunehmende Bedeutung zu. Nur aufgrund ihrer Verankerung im Lebensumfeld der Rehabilitanden können sie der Aufgabe einer psychosozialen Reintegration des neurologisch Behinderten spezifisch Rechnung tragen.

Die Durchgängigkeit von der stationären zur ambulanten Behandlung/Rehabilitation und von der Rehabilitation zur ambulanten Nachsorge und Langzeitbehandlung ist oft nicht verfügbar und sachgerecht geregelt. Daraus resultiert oft eine Unter- und Fehlversorgung der Betroffenen.

Rehabilitationsbedarf wächst

Aufgrund der demografischen Entwicklung und der hohen und zunehmenden

Prävalenz neurologischer Krankheiten in der zweiten Lebenshälfte (Schlaganfall, Morbus Parkinson, Demenz, weitere degenerative Erkrankungen) ist mit einer deutlichen Zunahme von neurologischen Rehabilitationsfällen zu rechnen. Die Notwendigkeit für einen möglichst guten und langen Erhalt der Autonomie und einer eigenständigen aktiven Lebensführung – auch für die Entlastung der sozialen Sicherungssysteme – leiten sich ebenfalls aus der demografischen Situation ab. Die Verkürzung der Verweildauer in der akutmedizinischen stationären Versorgung (DRG) wäre ohne eine anschließende gut funktionierende Rehabilitation in der neurologischen Versorgung ohnehin nicht umsetzbar.

Problem der Finanzierung

Effiziente und evidenzbasierte Behandlungsformen stehen in der neurologischen Rehabilitation zunehmend zur Verfügung; sie werden aber von den Sozialverwaltungen und Kostenträgern vielfach nur unzureichend und nicht ausreichend lange finanziert.

Leitliniengerechte Therapie erfordert in der Rehabilitation viel Zeit und intensive personelle Ressourcen. Dies gilt insbesondere für motorisches Lernen, redundantes und fraktioniertes Üben alltagsrelevanter Aufgaben, Therapie nach dem Konzept des erzwungenen Gebrauchs (nach Taub), Gangrehabilitation mit dem therapeutischen Laufband (Gewichtsentlastung oder andere Lokomotionsgeräte) sowie Restitutions-, Kompensations- und Adaptationsbehandlung kognitiver und affektiver Funktionen. Aber auch nachhaltige Information und Edukation von Patienten und Angehörigen sind hier notwendig.

Die Ökonomisierung der medizinischen Versorgung, das heißt der Wettbewerb um den billigsten Leistungspreis – oft ohne die Berücksichtigung von Zielsetzung, Prozessqualität, Ergebnis und Nachhaltigkeit – führt nicht selten zum Preisdumping mit weniger qualifizierten personellen Ressourcen. Gerade die Einführung von Komplexpauschalen muss in der Neurorehabilitation besonders kritisch hinterfragt werden, wenn es den Beteiligten mit der politisch gewünschten Teilhabezielsetzung ernst ist. Hier liegt

es sicher an den Leistungserbringern und an den Fachgesellschaften, sich um die Transparenz der Ergebnisse – speziell bei der Teilhabe – zu bemühen. Sie sollten sich auch noch intensiver mit den Reha-Trägern und Sozialverwaltungen um die Ressourcen für die neuen evidenzbasierten Verfahren auseinandersetzen.

Neue Verfahren

Intern muss die Neurorehabilitation flächendeckend die bereits verfügbaren evidenzbasierten Therapieoptionen wissenschaftlich weiterentwickeln und evaluieren. Die Ausbildung der Therapeuten soll sich an neurobiologischen Ergebnissen orientieren. Dafür müssen wir uns bei den Fachverbänden der Therapeuten und bei den entsprechenden Fachhochschulen einzusetzen.

Die traditionellen Therapieschulen mit ihrer vermeintlich neurophysiologischen Basierung müssen weiterentwickelt und die gelehrten Verfahren in die wirklichen neurobiologischen Interventionsverfahren umstrukturiert werden. In diesem Prozess könnte die Neurorehabilitation auch vorbildhaft helfen, die ambulante neurologische Versorgung der Patienten und ambulante Heilmittelverfahren zu reformieren.

ICF-Modell

Das konzeptionelle Bezugssystem für den Paradigmenwechsel zur medizinischen Teilhaberehabilitation ist das Krankheitsfolgenmodell der WHO. ICF steht für International Classification of Functioning, Disability and Health. Zentrale Neuerung in diesem Modell ist es, neben der ICD (International Classification of Diseases) mit Beschreibung der Erkrankung oder Schädigung, nun auch die Krankheitsfolgen und damit Funktions- und Aktivitätsstörungen in Bezug auf die Teilhabebehinderung zu klassifizieren.

Es geht hier um eine neue Sichtweise, eine neue Form der Kommunikation und Dokumentation der neurologischen Krankheitsfolgen. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass die Teilhabe des neurologischen Patienten durch Umweltfaktoren wie Barrieren (z. B. für Gehbehinderte die Wohnung im dritten Stock ohne Lift) beeinträchtigt werden kann. Teilhabestörungen können aber auch

durch überfürsorgliche oder aber überfordernde Angehörige, durch Fehlanreize in sozialen Sicherungssystemen und nicht zuletzt durch gesellschaftliche Vorurteile gegenüber Behinderten beeinträchtigt werden.

Neurorehabilitation wird entscheidend – und im Verlauf zunehmend – durch personenbezogene Faktoren beeinflusst. Hier sind vor allem Motivation, Antrieb, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, sowie das Ausmaß einer Depression von Bedeutung. Diese Faktoren für die Teilhabestörung müssen neben den komplexen neurologischen und neuropsychologischen Interventionen in die ganzheitlichen Behandlungskonzepte der neurologischen Rehabilitation eingehen. Letztendlich ist entscheidend, ob der neurologisch erkrankte und behinderte Mensch nach der Rehabilitation im Rahmen seiner Möglichkeiten wieder am sozialen Leben teilnimmt – und nicht nur, ob er es im Prinzip wieder könnte. Allein an der konkreten Umsetzung sind der Erfolg und die Wirksamkeit von Rehabilitation zu messen und zu dokumentieren.

Die Qualitätssicherung und die Assessmentverfahren der Neurorehabilitation müssen neben den Funktions- und basalen ADL-Scores auch die Teilhabe transparent darstellen.

Technische Hilfsmittel

Zur Überwindung von neurologischen Behinderungen und Teilhabestörungen gibt es ein umfassendes und rasant wachsendes Angebot an technischen Hilfsmitteln. In diesem Bereich wird in den verschiedenen Reha-Phasen mitunter fehl-, unter oder übertersorgt. Oft findet nach langwierigen Bewilligungsprozessen keine Kontrolle der Hilfsmittelanpassung im nächsten Versorgungsektor statt; als Folge resultiert eine Fehladaptation mit entsprechender Unwirtschaftlichkeit.

Es ist schon jetzt erkennbar, dass die Entwicklung von Neuroprothesen (mit Einsatz neurophysiologischer, elektronischer und elektromechanischer Verfahren) und die Anwendung von Reiz- und Stimulationsverfahren möglicherweise zu einem vollkommen neuen Arbeitsfeld der neurologischen Therapie und Rehabilitation werden.

Versorgungsforschung erst am Anfang

Rehabilitative Übungs- und Therapieverfahren, pharmakologische oder technische Interventionen müssen durch möglichst umfassende Studien in ihrer Wirkung valide belegt sein. Dazu sind multizentrische Studien mit interdisziplinärem Forschungsansatz und entsprechender finanzieller Förderung notwendig. Jeder einzelne Versorgungssektor (stationär, teilstationär, ambulant) und jede Institutionsebene (Universität, Fachklinik, Fachhochschule und ambulante Einrichtung) sowie die Fachgesellschaften und Spitzenverbände der Leistungserbringer haben auch in diesem Bereich wichtige Aufgaben zu erfüllen. Die Ergebnisse müssen der Gesundheitspolitik und den Sozialverwaltungen vermittelt werden, um damit letztlich die Rahmenbedingungen der Rehabilitation zu sichern.

Der Weg von der empiriegeleiteten bis hin zur evidenzbasierten Neurorehabilitation und deren pragmatische Umsetzung in der Versorgung von neurologisch Kranken und Behinderten hat wohl gerade erst begonnen.

Schnittstellen deutlicher definieren

Innerhalb der Neuro-Rehabilitation sind zielorientierte und phasengerechte Versorgungsleitlinien notwendig. Für die Zuweisungen müssen transparente Behandlungspfade vereinbart, diese mit den Reha-Trägern und deren medizinischen Diensten abgestimmt und dann auch im Versorgungsalltag angewendet werden. Es darf nicht mehr der Fall sein, dass inhaltlich gut funktionierende sektorübergreifende und integrierende Kooperationen zwischen Krankenhaus und Reha-Einrichtung von den Kostenträgern unter ausschließlich ökonomischen Gesichtspunkten gesteuert werden – ohne Rücksicht auf die Bedürfnisse der Patienten.

Die Übergänge von der Akutklinik zur Reha-Einrichtung müssen weiter verbessert werden. Dazu sind transparente Zuweisungen nötig, die an den medizinischen und sozialmedizinischen Befunden, den Patientenbedürfnissen und den regionalen Bedingungen orientiert sind. Dabei sollten die Reha-Phasen-abhängigen Strukturen mit ihren

flexiblen multiprofessionellen Teams bis in die wohnortnahe Versorgung hinein verfügbar sein. Es geht um die klare Überleitung in die ambulante Nachsorge, um die bisherigen Rehabilitationsergebnisse weiter zu fördern. Ein solches durchgängiges System muss durch ein Fallmanagement und durch entsprechende Anreize gesteuert werden.

Die Neurorehabilitation könnte eine zentrale Netzfunktion in einem regionalen System der integrierten Versorgung (IV) übernehmen. Hier sind beispielsweise zu nennen: Rehabilitation, Nachsorge und Sekundärprävention von Schlaganfallpatienten, integrierte neurologisch-neuropsychologische Versorgung von Schädelhirntrauma-Patienten (auch im Langzeitverlauf), integrierte Versorgung entzündlicher und degenerativer Erkrankungen, integrierte Komplextherapie und Versorgung von Demenzpatienten.

Dokumentation wichtiger denn je

Die Verständigung zwischen den Leistungserbringern und den Kostenträgern auf eine gemeinsame neurorehabilitative Basisdokumentation ist wichtig. Ein einheitliches Katamnesesystem mit einfachen Elementen (Funktion, Aktivität, Teilhabe, Lebensqualität) würden helfen, die Ergebnisse der Neurorehabilitation transparent zu machen. Die erfolgreichen bundeseinheitlichen Maßnahmen zur Qualitätssicherung der akuten Schlaganfallversorgung (Schlaganfallregister) könnten dabei Pate stehen. Der Schlaganfall-Reha-Bogen in Hessen, die Arbeit der Arbeitsgruppe „Ergebnismessung“ des Bundesverbandes Neurorehabilitation e.V. sind hier vorbildlich. Aber auch die Instrumente diverser Kostenträger (Eva-Reha-RLP, Schlaganfallprojekt-Sachsen) könnten bei zusätzlicher ICF-Orientierung in diese Richtung entwickelt werden. Ein Blick in die angloamerikanische und skandinavische Literatur zeigt, dass dort bereits mit Partizipations- und Lebensqualitätskriterien gemessen wird.

Ausblick

Neurologische Rehabilitation ist schon heute ein wesentlicher Bestandteil der Versorgung von Patienten. Die Entwicklung der Neurowissenschaften lässt erwarten, dass die restaurative Neurologie

sich auch weiteren wichtigen Aufgaben und Herausforderungen stellen wird.

Der Bedarf an Rehabilitation nimmt durch die demografische Entwicklung und durch den Fortschritt der kurativen Medizin zu; die Zahl der chronisch neurologisch Kranken und Behinderten wird weiter ansteigen. Die Neurorehabilitation muss den sozialrechtlichen Paradigmenwechsel von der traditionellen Funktionsbehandlung hin zur zusätzlichen teilhabeorientierten Reintegration mit Einbezug des Patienten und seines Lebensrahmens gestalten und umsetzen. Die Definition der Rehabilitation als Pflichtleistung der Sozialversicherungen, neue mögliche Strukturen für Leistungserbringergemeinschaften, die Förderung sektorenübergreifender Konzepte der integrierten Versorgung erleichtern die Entwicklung der Neurorehabilitation. Intern muss die Neurorehabilitation sektorenübergreifende und -überleitende Prozesse entwickeln und anwenden. Deren Ergebnisse sollten nicht nur transparent gemacht, sondern auch einem, an den Reha-Zielen orientierten Benchmarkingprozess unterzogen werden.

Die neurowissenschaftlichen Erkenntnisse der letzten Jahre liefern die rationalen Grundlagen für neue neurorestaurative Therapieverfahren, deren Effizienz und Effekte zunehmend evidenzbasiert belegt sind. Neurologische, neuropsychologische und sozialmedizinische wohnortnahe Reintegrationskonzepte sind bekannt aber bislang nur sehr begrenzt verfügbar und unzureichend finanziert.

Zur Umsetzung dieser positiven Entwicklung muss die Neurorehabilitation ausreichende, qualitative und quantitative Ressourcen einfordern und erhalten. Zurzeit läuft allerdings ein kritischer, ökonomischer Wettbewerb, der die wissenschaftlich und sozialmedizinisch basierte Neurorehabilitation durch „Reha-Light“-Konzepte gefährdet. Alle Leistungserbringer und die Sozialverwaltung sind dazu aufgefordert, den hohen ethischen Auftrag des Gesetzgebers an die Rehabilitation umzusetzen und zu gestalten. □

AUTOREN

Prof. Dr. med. Harald Masur, Bergzabern
PD Dr. med. habil. Paul Reuther, Ahrweiler

2. Wirtschaftlichkeit und ökonomische Perspektiven

Die wirtschaftliche Situation vieler Praxen und Kliniken ist fatal. Zu den Problemen der Unterfinanzierung und Budgetierung neurologischer Leistungen kommen weitere Maßnahmen zur Begrenzung von Arzneimittelausgaben sowie Regressandrohungen hinzu. Dies schränkt unsere medizinische Handlungsfreiheit zunehmend ein und erhöht das wirtschaftliche Risiko noch weiter. Die folgenden Beiträge geben einen Überblick über ökonomische Hintergründe zur Steuerung und Begrenzung von Arzneimittelkosten, zur Zukunft von EBM und GOÄ sowie über die Aktivitäten der Verbände.



27 2.1 Versorgung zwischen Anspruch und Kosten-Nutzen-Bewertungen

29 2.2 Off-Label und Me-too-Präparate

34 2.3 Entwicklung des EBM

36 2.4 Zukunft der GOÄ

VERSORGUNG ZWISCHEN ANSPRUCH UND KOSTEN-NUTZEN-BEWERTUNGEN

Schwierige Entscheidungen – komplexe Lösungen

Die Frage klingt vermeintlich einfach: „Welche Therapie ist die beste?“. Sie kann aber nicht mehr nur aus medizinischer Sicht beantwortet werden, sondern muss auch wirtschaftlichen Bedingungen Rechnung tragen. Kosten-Nutzen-Bewertungen haben in den letzten Jahren zunehmend für Kontroversen gesorgt.

Stellen Sie sich vor, es gibt eine Erkrankung, für deren Behandlung die zwei Medikamente A und B zur Wahl stehen: Das Medikament A ist ein lang erprobtes Standardmedikament, Medikament B eine Innovation. Die Krankheit wird mit der einmaligen Gabe jeweils eines der Medikamente entweder vollständig geheilt oder sie bleibt bestehen und führt innerhalb kürzester Zeit zum Tod. Es wird der Einfachheit wegen angenommen, dass beide Medikamente keinerlei Nebenwirkungen hervorrufen und keine Kontraindikationen bestehen. Evidenz-basierte Wirkungsstudien ergeben folgende Heilungswahrscheinlichkeiten für die beiden Medikamente:

Medikament A: 80% Heilung bei einmaliger Gabe und

Medikament B: 90% Heilung bei einmaliger Gabe.

Die Frage, welchem Medikament hier der Vorzug zu geben ist, kann bei den gegebenen Informationen sicherlich mit „Medikament B“ beantwortet werden.

Innovation kontra Generikum

Stellen wir uns weiter vor, dass ein forschendes Pharmaunternehmen das Medikament B entwickelt und als Innovation auf den Markt gebracht hat. Medikament A ist ein Generikum. Es ergeben sich folgende Preise:

Medikament A: 5 EUR pro Gabe und

Medikament B: 10 EUR pro Gabe.

Die Frage, welches Medikament zu präferieren ist, hängt nun davon ab, wie die Preisdifferenz bewertet wird. Da beide Preise im Bereich sind, die der Patient im Allgemeinen sogar selbst tragen könnte, würden vermutlich die meisten weiterhin Medikament B präferieren.

Berücksichtigung eines Budgets

Erweitern wir dieses Gedankenexperiment: Für die Behandlung der Erkrankung gibt es ein begrenztes Budget. Der Einfachheit wegen nehmen wir 1.000 EUR an. Wichtig ist hierbei nicht die Summe, sondern die Tatsache, dass es eine Beschränkung der Mittel gibt. Wird nun als vordringliches Ziel angesehen, möglichst viele Patienten mit der Erkrankung zu heilen, ergibt sich folgender Ansatz:

Medikament A: 1.000 EUR Budget, 5 EUR pro Gabe. Damit wären 200 Patienten behandelbar. Bei einer Heilungswahrscheinlichkeit von 80% ist zu erwarten, dass 160 Patienten geheilt werden.

Medikament B: 1.000 EUR Budget, 10 EUR pro Gabe. Damit könnten 100 Patienten behandelt werden; bei einer Heilungswahrscheinlichkeit von 90% ist von einer Heilung von 90 Patienten auszugehen.

Es zeigt sich, dass ein Gesundheitssystem, das die Mittel zu optimieren versucht und die Zahl geheimer Patienten in den Vordergrund stellt, Medikament A präferieren wird. Immerhin werden in unserem Beispiel 70 Patienten mehr geheilt. Allerdings sinkt die Heilungswahrscheinlichkeit

lichkeit im individuellen Fall von 90% auf 80%. Dieses Beispiel soll illustrieren, dass ein populationsbezogener gegenüber einem individuumsbezogenen Ansatz zu anderen Therapieentscheidungen kommt.

Kosten-Nutzen-Bewertungen

Gesundheitsökonomie wird definiert als eine interdisziplinäre Wissenschaft. Sie ist ein Bilanzierungsprinzip, das Therapiequalität sowie Budgetgrenzen harmonisiert und das Preis-Leistungs-Verhältnis transparent macht. Im Zentrum steht dabei die Berechnung von Kosten-Nutzen-Relationen: Unterschieden werden hierbei direkte (medizinische), indirekte (volkswirtschaftliche) und intangible (psychische) Auswirkungen einer Behandlung gegenüber einer Nicht-Behandlung einer Krankheit. Dazu werden vier Studientypen herangezogen.

Krankheitskosten-Analyse: Mit dieser Analyse versucht man die direkten, indirekten und intangiblen Kosten einer Erkrankung aufzulisten („burden of disease“). Hieraus resultieren beispielsweise Ranglisten mit den „teuersten“ Krankheiten für die gesetzliche Krankenversicherung.

Kosten-Minimierungs-Analyse: Ziel der Analyse ist es, unter medizinisch gleichwertigen Therapiestrategien die kostengünstigste zu identifizieren. Ein Beispiel ist die Blutdruckeinstellung bei einem unkomplizierten erstdiagnostizierten Hypertoniker, für die ähnlich wirksame Therapieprinzipien zur Verfügung stehen. Wenn die Nebenwirkungen ebenfalls vergleichbar sind und Kontraindikationen ausgeschlossen werden, so identifiziert die Kosten-Minimierungs-Analyse das im Mittel preisgünstigste Therapieprinzip.

Kosten-Nutzen-Analyse: Die Kosten-Nutzen-Analyse im engeren Sinne vergleicht für eine Krankheit verschiedene Therapieprinzipien mit unterschiedlichem medizinischen Nutzen. Die medizinischen Ergebnisse der verschiedenen Therapiestrategien werden in monetären Nutzen umgerechnet und die kostengünstigste präferiert. Hierfür ist das oben beschriebene Gedankenexperiment ein Beispiel: Die medizinische Effektivität von Medikament A und B ist unterschiedlich. Herangezogen für die Analy-

se werden die direkten Medikamentenkosten zur Beurteilung der Kosten. Das Problem ist jedoch, wie die Lebensqualität des Patienten (besonders des nicht geheilten!) sowie der Tod monetär bewertet werden sollen.

Kosten-Nutzwert-Analyse: Hier stehen ebenfalls verschiedene Therapieprinzipien mit unterschiedlichem medizinischen Nutzen für eine Krankheit zum Vergleich. Zur Beurteilung des Gesamtnutzens werden lebensqualitätsadjustierte gewonnene Lebensjahre („quality-adjusted life years“ – QALY) zumeist als Nutzwert herangezogen. Diese QALY ergeben sich durch das Produkt aus gewonnener Lebenszeit (insgesamt oder in Gesundheit) und der patientenbezogenen Lebensqualität für diese Zeit. Dies wird dann in Beziehung gesetzt mit den Kosten (idealerweise den direkten und indirekten) der Therapie. Mit der Kosten-Nutzwert-Analyse versucht man den medizinischen Outcome, den vom Patienten erlebten gesundheitsbezogenen Lebensqualitätszuwachs sowie die direkten und indirekten Kosten in eine Wirtschaftlichkeitsbewertung einfließen zu lassen. In einigen Ländern werden Schwellenwerte vorgegeben, die vorgeben, wie viel in einem Gesundheitswesen ein QALY maximal kosten darf – beispielsweise beim National Institute for Clinical Excellence: rund 30.000 Britische Pfund.

Internationale Forschung

Seit den 80iger-Jahren des letzten Jahrhunderts haben sich in verschiedenen Ländern Institutionen entwickelt, die mittels Wirtschaftlichkeitsanalysen (Health Technology Assessment – HTA) die Allokation von Ressourcen im Gesundheitssystem organisieren. Zusammengeschlossen sind sie im International Network of HTA Agencies (INHTA), das mehr als 40 Institutionen aus 20 Ländern vereint. Weiterhin werden Methodik und Ergebnisse in der Society for the Promotion of Health-Technology Assessments (HTAI) wissenschaftlich begleitet und gefördert. Die Jahrestagungen finden zunehmend nationalen und internationalen Widerhall.

Einen entscheidenden Einfluss auf die Entwicklung der Wirtschaftlichkeitsprüfung medizinischer Verfahren hat die

Gründung des National Institute for Clinical Excellence (NICE) in Großbritannien 1998 nach sich gezogen. In einem öffentlichen Findungsprozess werden potenzielle Themen für Health Technology Assessments durch das National Health System, die medizinischen Communities oder durch Selbsthilfegruppen ausgewählt. Die Prioritäten bestimmt dabei das National Coordination Centre für HTA (NCCHTA).

Das NICE gibt einen Organisationsrahmen vor, in dem unabhängige Experten einen HTA fertig stellen. Die Ergebnisse haben dann Auswirkungen für die Ressourcenallokation im National Health System. Man kann somit von einer vierten Hürde für neue Verfahren in der Medizin sprechen: Neben dem Nachweis der Qualität, der Sicherheit und der Wirksamkeit muss nun auch die Kosteneffektivität nachgewiesen werden.

DIMDI und IQWiG

In Deutschland sind zwei Institutionen vorrangig mit der Erstellung von Wirtschaftlichkeitsanalysen betraut: das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Informatik (DIMDI) sowie das 2004 gegründete Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), das dem Gemeinsamen Bundesausschuss zuarbeitet.

In der Therapie neurologischer Erkrankungen gehen wir von einem hohen Innovationsschub aus. Die Ergebnisse von Wirtschaftlichkeitsprüfungen werden mitentscheidend sein für die Umsetzung neuer Behandlungen in die Versorgungspraxis – insbesondere für die Dauer bis zur Umsetzung. Hierzu ist es notwendig, nicht nur den medizinischen Outcome, sondern auch die gewonnene Lebensqualität der Patienten bereits in randomisierten kontrollierten Zulassungsstudien zu dokumentieren, um den Nutzwert in QALY bestimmen zu können. Zudem werden sich die Preise für innovative Medikamente stärker an den Effekten auf die direkten und indirekten Kosten orientieren müssen. □

AUTOREN

Prof. Dr. med. Joachim Kugler, Dresden
Dr. med. Sabine Twork, Dresden

OFF-LABEL UND ME-TOO-PRÄPARATE

Wirtschaftlichkeit oder Rationierung?

Schlagworte wie „Off-Label-Use“ und „Me-too-Präparate“ sind Gegenstand zahlreicher, kontrovers geführter Diskussionen. Welche Bedeutung haben diese Phänomene speziell im Fachgebiet der Neurologie?

Unter Off-Label-Use versteht man die Anwendung eines zugelassenen Arzneimittels außerhalb der von den nationalen oder europäischen Zulassungsbehörden genehmigten Indikationen. Grundsätzlich dürfen in Deutschland Medikamente zu Lasten der Krankenkassen nur zur Behandlung derjenigen Erkrankungen eingesetzt werden, für die ein Hersteller die Zulassung bei den zuständigen Behörden erwirkt hat. Im Rahmen des Off-Label-Use ist auch die Rede vom zulassungsüberschreitenden Einsatz des Arzneimittels. Die Angaben, welche Krankheiten entsprechend der Zulassung mit einem Arzneimittel behandelt werden dürfen, finden sich unter anderem in der Gebrauchsinformation (daher der Begriff „Label“ zu Deutsch: Etikett oder Kennzeichnung).

Strenges Urteil des BSG

In der Neurologie hat es in den vergangenen Jahren einen deutlichen Zuwachs an Erkenntnissen zur Arzneimittelwirksamkeit aus randomisiert kontrollierten Studien gegeben. In vielen Fällen werden diese Ergebnisse aber nicht auf die behördlichen Zulassungen übertragen. Die Rechtssprechung des Bundessozialgerichts vom 19. März 2002 zum Off-Label-Use hat deswegen für Neurologen weitreichende Konsequenzen: Die KVen können den verschreibenden Arzt für eine Off-Label-Verordnung in Regress nehmen und die Kosten der Verordnung in voller Höhe zurückfordern. Zudem können sich haftungsrechtliche Konsequenzen ergeben: Wenn ein Patient durch ein im Off-Label-Use verordnetes Arzneimittel zu Schaden kommt, kann grundsätzlich nur der Arzt für die Folgen haftbar gemacht werden. Nur beim zulassungsgemäßen Einsatz von Arzneimitteln ist eine Gefährdungshaftung durch

den pharmazeutischen Unternehmer gegeben. Hat der Arzneimittelhersteller allerdings durch sein Verhalten (Vertrieb, Beratung, Duldung eines standardgemäßen Off-Label-Use) ein Arzneimittel für neue, nicht zugelassene Indikationen zum „bestimmungsgemäßen Gebrauch“ freigegeben, tritt die Gefährdungshaftung für den von ihm akzeptierten Off-Label-Use ein.

Off-Label oft unverzichtbar

Hintergrund dieser Rechtssprechung ist die Ausgabenbegrenzung der Arzneimittelkosten. Allerdings soll die zulassungsbezogene Anwendung von Arzneimitteln auch der Sicherheit des Patienten dienen. Für die Anwendung eines Arzneimittels außerhalb der zugelassenen Anwendungsgebiete gibt es in einigen Fällen nur wenige oder keine Wirksamkeitsbelege. Eine behördliche Überprüfung zu Nutzen und Risiken der Anwendung des Arzneimittels in einer nicht zugelassenen Indikation hat meist nicht stattgefunden.

Mit dem berechtigten Wunsch der Patienten nach wirksamer Behandlung ihrer Krankheit geht die potenzielle Gefährdung durch hierfür ungeprüfte beziehungsweise nicht ausreichend geprüfte Arzneimittel einher. Trotzdem wird für die Bereiche Onkologie, Neurologie sowie Kinderheilkunde die Anwendung von Arzneimitteln außerhalb ihrer Zulassung als unverzichtbarer Bestandteil der Therapien angesehen, wie die nachfolgende Darstellung bei einzelnen Krankheitsbildern zeigt (s. auch Tabelle S. 30).

Epilepsie: Levetiracetam erlangte kürzlich auch die Zulassung zur Monotherapie. Damit konnte eine wichtige Lücke geschlossen werden. Darüber hinaus gibt es ein Levetiracetam-Konzentrat zur intravenösen Behandlung, das zur alterna-

tiven Behandlung zugelassen ist, falls eine orale Anwendung vorübergehend nicht möglich ist. Die Substanz hat jedoch keine Zulassung für die Therapie des Status epilepticus. Pregabalin und Zonigran sind lediglich für die Zusatzbehandlung bei partiellen Anfällen mit und ohne sekundäre Generalisation bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 16 Jahren zugelassen.

Kopf- und Gesichtsschmerz, neuropathischer Schmerz: In Deutschland ist Valproinsäure zur Prophylaxe der Migräne nicht zugelassen, obwohl es mehrere randomisiert kontrollierte Studien gibt, die die Wirksamkeit dieser Substanz bei der Migräneprophylaxe belegen. Für die Therapie akuter Clusterkopfschmerzen hat Sumatriptan als 6-mg-Präparat eine Zulassung. Das ebenfalls gut wirksame Zolmitriptan als Nasenspray ist im Gegensatz dazu nicht zugelassen. Alle Maßnahmen zur Prophylaxe des Clusterkopfschmerzes sind Off-Label.

Für die Prophylaxe des chronischen Spannungskopfschmerzes hat von den Trizyklika nur Amitriptylin eine Zulassung. Auch Mirtazapin, Sulpirid, Tizanidin, Valproinsäure und Topiramid können nur per Off-Label verordnet werden. Eine Zulassung fehlt auch beim anhaltenden idiopathischen Gesichtsschmerz. Die in den Leitlinien empfohlenen Substanzen wie Carbamazepin, Oxcarbazepin, Gabapentin und Pregabalin haben keine Zulassung für diese Indikation. Auch die hier empfohlenen trizyklischen Antidepressiva sind nicht zugelassen.

Für den peripher neuropathischen Schmerz besitzt Carbamazepin die Zulassung. Oxcarbazepin ist für die Trigeminalneuralgie und die schmerzhafte diabetische Neuropathie, aber nicht für andere neuropathische Schmerzen zugelassen. Dies gilt auch für den selektiven Serotonin-/Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer Duloxetine. Venlafaxin ist – obwohl zwei unabhängig voneinander durchgeführte kontrollierte Studien mit Wirknachweis vorliegen – für neuropathische Schmerzen nicht zugelassen.

Spastik: Bei der Behandlung der Spastik entspricht die Zulassungssituation etwas besser der Studienlage und der Leitlinienempfehlung; Baclofen, Tizanidin, Diazepam, Tetrazepam haben in großen kli-

Wichtige Off-Label-Anwendungen		
Substanz	Markennamen	Off-Label-Anwendung
Levetiracetam	Keppra®	parenteral bei Status epilepticus
Pregabalin	Lyrica®	Monotherapie von Epilepsien
Zonisamid	Zonegran®	Monotherapie und Therapie generalisierter Epilepsien
Valproinsäure	z. B. Ergenyl®, Orfiril®, Generika	Migräneprophylaxe
Zolmitriptan nasal Sumatriptan nasal	AscoTop® nasal Imigran® nasal	Clusterkopfschmerz
Verapamil Lithium Topiramate	Generika Generika Topamax-Migräne®	Clusterkopfschmerz-Prophylaxe
Carbamazepin Oxcarbazepin Gabapentin Pregabalin Trizyklika	Generika Trileptal®, Timox® Generika Lyrica® z. B. Amitriptylin®	anhaltender idiopathischer Gesichtsschmerz
Oxcarbazepin	Trileptal®, Timox®	neuropathische Schmerzen
Duloxetin	Cymbalta®	neuropathische Schmerzen außer diabetischer Polyneuropathie
Lamotrigin	Generika	zentrale neuropathische Schmerzen
Venlafaxin Mirtazapin	Trevilor® Generika	neuropathische Schmerzen, chronischer Spannungskopfschmerz
Prednison, Prednisolon, Generika Methylprednisolon	Generika	IV-Pulstherapie (500/1.000/2.000 mg) zur MS-Schubbehandlung
IV Immunglobuline	Präparate	Patienten mit schubförmiger MS, die auf zugelassene immunmodulatorische Therapien nicht ansprechen bzw. diese nicht tolerieren; Schwangerschaft (postpartale Schubprophylaxe)
Cyclophosphamid Rituximab Mycophenolatmofetil	Endoxan® und Generika MabThera®	bei Kontraindikation für/nach Erreichen der Höchstdosis von Mitoxantron bei sek. progredienter MS
Modafenil Amantadin Memantin	Vigil® PK Merz® Axura®	Fatigue bei MS
Ciclosporin A Mycophenolatmofetil Rituximab Cyclophosphamid Tacrolimus	Sandimmun® CellCept® MabThera® Endoxan®, Generika ProGraf®	Unverträglichkeit/Ineffizienz von Azathioprin bei der Behandlung der Myasthenie
Betablocker	Generika	nur Propranolol zur Behandlung des essenziellen Tremors (ET) zugelassen
Primidon Topiramate Clonazepam Carbamazepin Acetazolamoid Botulinumtoxin	Liskantin®, Mylepsinum® Topamax® Rivotril® Generika Diamox® Botox®, Dysport®	Haltetremor und ET
Propranolol Clozapin	Generika	Parkinson-Haltetremor
Pergolid Cabergolin Bromocriptin	Generika Generika Pravidel®	Restless-Legs-Syndrom

nischen Studien eine spastikhemmende Wirkung gezeigt und sind in Deutschland zugelassen. Allerdings verursachen die meisten Antispastika Müdigkeit als Nebenwirkung und werden deswegen von vielen Patienten nicht immer toleriert.

Botulinumtoxin ist im Moment nur für die Behandlung der Spastik an den oberen Extremitäten nach Schlaganfall zugelassen. Patienten mit ausgeprägter Spastik an den Beinen und besonders Patienten mit bilateraler Adduktorenspastik im Rahmen einer Multiplen Sklerose können unter diesen Zulassungsbedingungen nicht behandelt werden.

Multiple Sklerose: Die Kortisonpulstherapie mit Methylprednisolon, Prednisolon beziehungsweise Prednison ist offiziell durch die Zulassung nicht gedeckt. Ebenfalls weiterhin nicht zugelassen sind intravenöse Immunglobuline zur Behandlung der schubförmigen MS.

Alternative Immunsuppressiva, die nach Erreichen der kumulativen Höchstdosis von Mitoxantron bei Patienten mit sekundär-progredienter MS infrage kommen, wie Cyclophosphamid oder Mycophenolatmofetil, besitzen hierfür keine Zulassung. Weiterhin nur als Off-Label möglich ist die Gabe von Modafenil, Memantine oder Amantadin bei MS-Fatigue. Diese ist bei MS sehr häufig, setzt früh im Verlauf ein und beeinträchtigt wesentlich die Arbeitsfähigkeit der betroffenen Patienten.

Myasthenie: In der Zwischenzeit sind erfreulicherweise Glukokortikoide für die Behandlung der Myasthenia gravis zugelassen. Azathioprin besitzt nach Indikationserweiterung mit BfArM-Bescheid vom 30. November 2004 offiziell die Zulassung zur Behandlung der Myasthenia gravis. Die Anwendung von Immunglobulinen bei der Myasthenia gravis und anderen neurologischen Erkrankungen wurde in einem Konsensuspapier bewertet und kann in begründeten Fällen im Off-Label verordnet werden. Nicht zugelassen bei Unverträglichkeit oder fehlender Wirksamkeit von Steroiden und Azathioprin sind: Ciclosporin A, Mycophenolatmofetil, Tacrolimus, Cyclophosphamid oder Rituximab.

Restless-Legs-Syndrom: L-Dopa ist nur in der Form von Restex® in dieser Indikation zugelassen. Das Medikament ist teurer als andere nicht offiziell zugelassene

L-Dopa-Präparate. Durch die Zulassung von Pramipexol und Ropinirol hat sich das therapeutische Spektrum der verordnungsfähigen Medikamente deutlich verbessert. Andere Dopaminagonisten sind nur im Off-Label-Use zu verwenden. Die anderen zur Therapie des Restless-Legs-Syndroms adjuvant verwendeten Substanzen wie Oxycodon, Morphinsulfat, Eisensulfat, Clonidin, Clonazepam und die Antiepileptika Valproinsäure, Gabapentin, Pregabalin und Carbamazepin können sämtlich nur per Off-Label-Use eingesetzt werden.

Nur seltene Ausnahmen gestattet

Bei vielen, auch häufig vorkommenden neurologischen Erkrankungen sind die Expertenempfehlungen der Leitlinien wegen der Rechtsprechung zum Off-Label-Use nicht anwendbar. Allerdings sieht das Urteil des Bundessozialgerichtes auch Ausnahmen vor, die eine Anwendung außerhalb des Indikationsgebietes ermöglicht. Danach kommt die Verordnung eines Medikaments in einem von der Zulassung nicht umfassten Anwendungsgebiet in Betracht, wenn

1. es um die Behandlung einer schwerwiegenden (lebensbedrohlichen oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigenden) Erkrankung geht,
2. keine andere Therapie verfügbar ist und
3. aufgrund der Datenlage die begründete Aussicht besteht, dass mit dem betreffenden Präparat ein Behandlungserfolg (kurativ oder palliativ) erzielt werden kann.

Die Leitlinienempfehlungen der DGN dienen bei der Beurteilung des letzten Kriteriums als gute Referenzquelle. Sie enthalten wichtige Informationen über die Evidenz von medikamentösen und nicht medikamentösen Behandlungen und über Ergebnisse, die außerhalb eines Zulassungsverfahrens gewonnen wurden. Die Leitlinien geben auch Auskunft darüber, ob Qualität und Wirksamkeit von Arzneimitteln in einem neuen Anwendungsgebiet zuverlässige, wissenschaftlich nachprüfbar Aussagen zulassen und ob in den einschlägigen Fachkreisen Konsens über einen voraussichtlichen Nutzen besteht.

Hilfe durch Expertengruppe

Für viele neurologische Erkrankungen ist die Off-Label-Verordnung wesentlicher Bestandteil der Therapie. Dies betrifft in erster Linie seltenere Erkrankungen, für die es wenig oder keine Daten aus randomisiert kontrollierten Studien gibt, weil die finanziellen Anreize für die Industrie begrenzt sind. Hinzu kommt, dass bei praktisch allen Substanzen der Patentschutz abgelaufen ist. Deswegen ist nicht mehr mit der Durchführung größerer, zulassungsrelevanter Studien mit Placebokontrolle oder im Vergleich zu anderen wirksamen Substanzen zu rechnen.

Um all diese Substanzen in entsprechenden Indikationen zu überprüfen, stehen auch keine finanziellen Mittel zur Verfügung. Eine Expertengruppe zum Off-Label im Fachbereich Neurologie/Psychiatrie erarbeitet derzeit im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses Bewertungen und Empfehlungen zur Anwendung von Arzneimitteln außerhalb des zugelassenen Indikationsbereichs. Bewertet werden sollen:

- Methylphenidat bei ADHS im Erwachsenenalter,
- Valproinsäure bei der Migräneprophylaxe im Erwachsenen- und Kindesalter,
- Amantadin bei der MS zur Behandlung der Fatigue,
- Gabapentin zur Behandlung der Spastik im Rahmen der MS und
- intravenöse Immunglobuline bei MS, chronischer Polyneuroradikulitis (CIDP), multifokal motorischer Neuropathie, Myasthenia gravis, Polymyositis, Dermatomyositis.

Problematische Me-too-Präparate

Die amerikanische Food and Drug Administration hat zwischen 1998 und 2003 insgesamt 487 Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen zugelassen, von denen 78 % ähnliche therapeutische Eigenschaften hatten wie bereits auf dem Markt existierende Substanzen. Auch in Europa entfiel nur ein kleiner Teil von 29 % der Neuzulassungen auf echte Innovationen. Aus Sicht der KVen haben Analogpräparate daher einen erheblichen Anteil an den steigenden Arzneimittelkosten. Krankenkassen und KVen legen Obergrenzen für Arznei- und

Heilmittelausgaben fest. Ein Mittel zur Begrenzung der Ausgaben sind eine Mindestgenerika- und eine maximale Me-too-Quote – jeweils in Prozent. Im Rahmen dieser Grenzen können Neurologen und Nervenärzte Me-too-Präparate verschreiben. Im Gebiet der KV Nordrhein beträgt die erlaubte Me-too-Quote für Nervenärzte im Jahr 2007 höchstens 13,8 % und die Generikaquote mindestens 73,1 %. Sobald das Richtgrößenvolumen einer Praxis überschritten ist, erfolgt ein Honorarabzug, wenn entweder zu viele Me-too-Präparate oder zu wenige Generika verordnet wurden.

Liste mit Widersprüchen

Als neurologische Me-too-Präparate gelistet sind vier Triptane (Frovatriptan, Almotriptan, Rizatriptan, Eletriptan), die Parkinsonmittel Rotigotin und Budipin sowie Pregabalin. Es gibt keine nachvollziehbaren Gründe, warum Sumatriptan, Zolmitriptan und Naratriptan von der Me-too-Regelung ausgenommen wurden und andere Triptane in der Liste erscheinen. Bei den Ausweichpräparaten wurde übersehen, dass die international anerkannte Referenzdosis von Sumatriptan nicht 50 mg, sondern 100 mg beträgt. Für Spezialprechstunden, die eine große Zahl von Migränepatienten betreuen, ist die Me-too-Liste eine schwerwiegende Einschränkung der Verordnungsfreiheit. Gleiches gilt für neurologisch-psychiatrische Praxen mit einem hohen Anteil an Verordnungen für atypische Neuroleptika. Mit Aripiprazol, Quetiapin und Olanzapin sind drei wichtige und häufig eingesetzte Präparate Me-too-gelistet. Hier ist die Grenze von 13,8 % ohne konsequente Umstellung vieler Patienten nicht einzuhalten. Eine Umstellung bedeutet aber für viele Patienten ein ganz erhebliches Risiko und sollte deswegen vermieden werden. Gegenwärtig führt der BDN intensive Verhandlungen mit den KVen, um vor allem die Atypika-Verschreibung durch eine Korrektur der Me-too-Liste zu erleichtern. □

AUTOREN

PD Dr. med. Gereon Nelles, Köln
 Dr. med. Curt Beil, Köln
 Prof. Dr. med. H.-Ch. Diener, Essen

ENTWICKLUNG DES EBM

Reform der Reform

Der EBM 2000 plus – seinerseits eine bedeutende Veränderung in der vertragsärztlichen Vergütung – soll nun reformiert und umgestaltet werden. Die Berufsverbände haben diesbezüglich erfolgreich Einfluss auf die Verantwortlichen ausgeübt und werden das auch weiterhin tun.

Die jetzt anstehende Reform des EBM 2000 plus geht auf das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) vom 14. November 2003 zurück. Mit dem EBM 2000 plus wurde damals die umfassendste Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems seit Bestehen des Kassensarztrechts durchgeführt. Sie betraf nicht nur den EBM als Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen, sondern auch den Honorarverteilungsmaßstab (HVM) sowie die Definition und Struktur der vertragsärztlichen Gesamtvergütung. Die Einführung des EBM 2000 plus stand dabei in einem unmittelbaren Zusammenhang mit der parallel erfolgenden Reform des Vergütungssystems im stationären Sektor. Hier wurden taggleiche Pflegesätze weitgehend durch diagnosebezogene Fallpauschalen (DRG) abgelöst. Im Hintergrund stand auch die

geplante Einführung eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches unter den Krankenkassen (RSA).

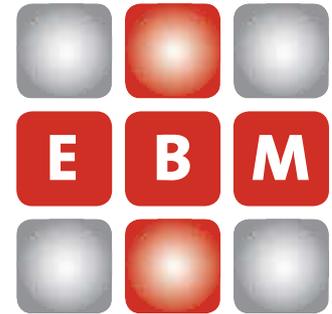
Flexiblere und morbiditätsorientierte Vergütungssysteme sollen die bisherigen, an die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen gebundenen und starren Vergütungsbudgets für Praxen sowie Kliniken ersetzen. Darüber hinaus ist es erklärtes politisches Ziel des Reformprozesses, sowohl RSA als auch Vergütungssysteme an einem intensivierte Vertragswettbewerb zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern auszurichten.

Die Versicherten konnten bereits ab 1. Januar 2004 zwischen hausarztzentrierter Versorgung, integrierter Versorgung und strukturierter Behandlung – etwa in einem DMP – oder aber dem Verbleib in der Regelversorgung mit frei-

er Vertragsarztwahl wählen. Seit Inkrafttreten des Wettbewerb-Stabilisierungsgesetzes (WSG) zum 1. April 2007 kann das System zusätzliche Wahltarife anbieten. Dies wird den Einzelvertragswettbewerb der Krankenkassen weiter fördern und zu einer erheblichen Diversifizierung von Wahlleistungsangeboten führen.

Paradigmenwechsel durch den EBM 2000 plus

Grundsätzliches: Der im Jahr 2005 eingeführte EBM ist als Bestandteil der Bundesmantelverträge eine abstrakte Rechtsnorm und keine Allgemeinverfügung. Aus diesem Grunde sind Klagen gegen den EBM prinzipiell unzulässig. An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und ärztlich geleitete Einrichtungen können ihre rechtlichen Einwände gegen den EBM im Wege der



Mitwirkung der Verbände

Der BVDN hat in Kooperation mit BDN und BVDP an der Entwicklung des EBM 2002 mitgewirkt. In den Jahren 2003 und 2004 wurden vor allem intensive Vorarbeiten im Hinblick auf die Legendierung der einzelnen Leistungsziffern geleistet, ferner unterbreiteten die Verbände der KBV und dem damaligen Honorardezernat zahlreiche Vorschläge für sinnvolle Komplexeleistungen, beispielsweise im Bereich der elektrophysiologischen Diagnostik. In der letztendlichen Fassung des EBM 2000 plus war davon allerdings nichts umgesetzt worden – weder die Vorschläge zur elektrophysiologischen Diagnostik (EMG, evozierte Potenziale, EEG), noch zur doppler-beziehungsweise duplexsonografischen Gefäßdiagnostik. Insbesondere kam es zu ärgerlichen und mit den Verbänden nicht abgesprochenen Absenkungen von Leistungsbewertungen. Darüber hinaus zeigten sich „Webfehler“: Es wurden Leistungspositionen vergessen, wie beispielsweise die Erhebung einer Fremdanamnese im neurologischen Kapitel.

Unsinnige Leistungslegendierungen, mehrfach von den Berufsverbänden bis zum heutigen Tage angemahnt, wie

beispielsweise die Forderung, elektromyografische beziehungsweise elektroneurographische Leistungen obligatorisch beidseitig erbringen zu müssen, hat die KBV nicht verändert.

Andere Vorschläge der Berufsverbände wurden von der KBV aufgegriffen und umgesetzt. Dazu gehört vor allem die Möglichkeit, Gesprächsleistungen nach Art eines Baukastensystems additiv erbringen zu können. Gespräche sind insofern sowohl im neurologischen wie im psychiatrischen Kapitel in der erforderlichen Länge in 10-Minuten-Abschnitten abrechenbar.

Auch die Möglichkeit, ausgiebigere oder mehrfache Gespräche mit Bezugspersonen oder Angehörigen zu führen, geht auf die Intervention des Berufsverbands zurück; dies gilt auch für die neue Gebührenordnungsnummer 21232 mit der Möglichkeit, die ärztliche Koordination in der psychiatrischen Betreuung, zum Beispiel mit multiprofessionellen komplexeren Versorgungsstrukturen, nach dieser Nummer abzurechnen.

Anfechtungsklage gegen Honorarscheide geltend machen. Inhaltlich war der EBM zunächst ein Leistungsverzeichnis und enthielt Punktzahlen zur Festlegung von Bewertungsrelationen. Im Rahmen seiner Weiterentwicklung wurde der Regelungsbereich immer weiter ausgeweitet, um Fehlentwicklungen einzudämmen und den Punktwert zu stabilisieren – vor dem Hintergrund der seit 1993 durch das GSG vorgegebenen Gesamtvergütungsbudgets.

Bewertung von Leistungen: Das Bundesgesundheitsministerium hatte damals den Bewertungsausschuss verpflichtet, die Leistungspositionen des EBM mit Angaben für den dazu erforderlichen Zeitaufwand zu versehen. Dadurch wurde die auf einer Kostenkalkulation basierende Bewertung des EBM um eine Zeitkomponente ergänzt. Bis dahin waren die aufgrund von Angaben der Berufsverbände und Fachgesellschaften erarbeiteten Zeitangaben (unsystematisiert) in die Bewertungsdiskussion eingeflossen. Der zum 1. April 2005 in Kraft getretene neue EBM enthält jetzt systematisch einheitlich entwickelte Kriterien für die Berücksichtigung der Zeitdauer bei der Leistungsbewertung. Diese kalkulatorischen Zwecken dienende Zeiterfassung wird aber nach § 106 a, Abs. 2 gleichzeitig zur verbindlichen Grundlage für die Abrechnungsprüfung anhand von

Zeitprofilen – entsprechende Vorgaben finden sich in der Anlage 3 zum EBM). **Neue Leistungen:** Einer völlig neuen Philosophie folgen die Betreuungsziffern, die die kontinuierliche Mitbetreuung eines Patienten mit einer psychiatrischen oder einer neurologischen Erkrankung in der häuslichen beziehungsweise familiären Umgebung (Ziffer 16230, 21230) oder aber im Heim (Ziffern 16231 und 21231) abbilden. Die Abrechnung dieser Betreuungsziffern ist an spezifische Erkrankungsbilder gekoppelt und durch die Angabe der entsprechenden ICD-10-Ziffern legitimiert. Die Liste dieser Ziffern war bei Einführung des EBM im April 2005 noch unvollständig und wenig plausibel. Nach mehrfacher erfolgreicher Intervention konnten die Berufsverbände zum 1. Oktober 2006 eine Erweiterung des abrechenbaren Indikationsspektrums für die Betreuungsziffern durchsetzen.

Honorarverteilung: Erfolgreich war die Arbeit der Berufsverbände auch in einem weiteren Punkt: Die Auswertung der ersten Quartale nach der Einführung des EBM 2000 plus hatte zu Honorarumverteilungen in den einzelnen KVen geführt; dabei waren die Fachgruppen der Nervenärzte, Neurologen und Psychiater benachteiligt. Zwar gab es in allen KV-Bereichen auch EBM-Gewinner – insgesamt wurden jedoch erhebliche Nachteile für diese Fachgruppen deutlich.

Intensive Lobbyarbeit beim Bundesgesundheitsministerium, den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der KBV führte zur Entscheidung, zunächst eine dritte Betreuungsziffer im psychiatrischen Kapitel einzuführen, die Ziffer 21233. Die Legendierung dieser vergleichsweise hoch bewerteten EBM-Leistungsposition unterscheidet sich von den anderen Betreuungsziffern durch die Tatsache, dass sie bereits im Zusammenhang mit einem einzigen Patientenkontakt abrechenbar ist. Mittlerweile existiert auch die Ziffer 16233 analog für das neurologische Kapitel. Diese Ziffern können neben den erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Gesprächsleistungen sowie den technischen Leistungen in Anspruch genommen werden. Die Vertreter von Krankenkassen und KBV im Gemeinsamen Bewertungsausschuss wollten damit den besonderen Aufwand bei chro-

nisch kranken Patienten in den nervenärztlichen, neurologischen und psychiatrischen Praxen besser abbilden – insbesondere in Abgrenzung zu etwa ausschließlich richtlinienpsychotherapeutisch arbeitenden ärztlichen und psychologischen Praxen.

Problematische Umsetzung: Umso ärgerlicher ist die Tatsache, dass die Umsetzung dieser EBM-Veränderungen in den einzelnen Länder-KVen höchst unterschiedlich und teilweise sehr zögerlich erfolgte. Vor allem die damit einhergehende Notwendigkeit, Fachgruppentöpfe der erhöhten Leistungsmenge anzupassen, wurde nicht bundesweit einheitlich und umfassend vollzogen.

Betriebskostenmodell: Bereits 2005 zeigte sich bei einer Auswertung von Rohdaten der „Carl-Studie“ (1996, im Auftrag der KBV), dass eine eklatante Unterbewertung der Betriebskosten im neurologischen Betriebskostenmodell des Kapitels 16 des EBM 2000 plus vorlag. Insbesondere die Kassen versuchten, eine notwendige Reevaluation und Höherbewertung des neurologischen Betriebskostenmodells zu verhindern. Erst im Mai 2007 im Zusammenhang mit der EBM-Reform erteilte die KBV den Auftrag für eine Neuberechnung der neurologischen Betriebskosten. Eine Überprüfung und gegebenenfalls Anpassung der Kalkulationsgrundlage wurde im Übrigen lediglich für Neurologen, Nervenärzte, Psychiater, Kinder- und Jugendpsychiater, Psychotherapeuten, Strahlentherapeuten, Radiologen und Laborärzte beschlossen und ab August dieses Jahres durchgeführt.

EBM 2008/2009 – der „Euro-EBM“

Zukünftige Vergütungselemente nach § 87, Abs. 2c SGB V für Fachärzte werden sein:

- Grundpauschalen,
 - Zusatzpauschalen (bei bestimmten Leistungsstrukturen und Qualitätsmerkmalen oder besonderen Behandlungsfällen) und
 - Einzelleistungen (soweit erforderlich).
- Ab 2011 strebt der Gesetzgeber diagnosebezogene Fallpauschalen an.

Der EBM 2008 verfolgt die Zusammenführung der im derzeit gültigen EBM abgebildeten Leistungen und kalkulatorisch dargestellten Teilleistungen

Zeitplan der EBM-Reform

30. April 2007: Aufbau eines Instituts des Bewertungsausschusses

1. Januar 2008: EBM-Neustrukturierung

1. Januar 2009: umfassende vertragsärztliche Vergütungsreform mit Vorgabe bundeseinheitlicher Orientierungspunktwerte

1. Januar 2010: Zu- und Abschläge für Unter- und Überversorgung

2009–2012: Vorgabe von Indikatoren zur Festlegung regionaler Punktwerte für eine regionale Euro-Gebührenordnung, regionale Festlegung morbiditätsbedingter Gesamtvergütungen, Mengenbegrenzung vor Ort durch arztbeziehungsweise praxisbezogene RLV

1. Januar 2011: fachärztliche diagnosebezogene Fallpauschalen

zu Grundpauschalen. Für Fachärzte für Neurologie, Nervenheilkunde sowie für Psychiater und Psychotherapeuten werden sich diese Grundpauschalen lediglich aus den bisherigen Ordinations- und Konsultationskomplexen zusammensetzen. Anders als in den anderen Kapiteln werden technische Leistungen und Gesprächsleistungen (!) nach dem aktuellen Entwurf der KBV als Einzelleistungen weiterhin vergütungsfähig sein. Dies kann als ein Erfolg der intensiven und kontinuierlichen berufspolitischen Lobbyarbeit angesehen werden. Wir haben wiederholt darauf hingewiesen, dass Gesprächsleistungen im neurologischen und psychiatrischen Kapitel sowohl in therapeutischer als auch in diagnostischer Hinsicht ein zentrales Leistungsmerkmal neurologischer beziehungsweise psychiatrischer vertragsärztlicher Arbeit ist. Die Krankenkassen werden darüber allerdings noch verhandeln müssen.

Darüber hinaus werden im EBM 2008 ab dem 1. Januar 2009 die Grundlagen für den Euro-EBM gebildet und auch die Betreuungsleistungen im neurologischen und psychiatrischen Kapitel gesondert ausgewiesen. Die Forderung der Berufsverbände diesbezüglich lautet, diese Betreuungsleistungen außerhalb der vorgesehenen Regelleistungsvolumina zu vergüten. □

AUTOR

Dr. med. Frank Bergmann, Aachen

ZUKUNFT DER GOÄ

Wann fallen die Würfel?

Am 23. Juni 2007 gab es eine letzte Kommunikation unseres Verbandes mit der Bundesärztekammer, bevor diese zunächst wohl mit den Privatkrankenversicherungen und danach mit der Bundesregierung weiter verhandelt. Die Neurologen haben klare Position bezogen.

Vor fast 20 Jahren wurde von der Bundesregierung eine umfassende (!) Novellierung der GOÄ beschlossen. Es ist bei einer ersten begrenzten Novellierung (Kapitel B, C, M und O) geblieben sowie bei kleinen Änderungsschritten und Punktwertanhebungen. Auch wurden wenige neue (nicht neurologische) Ziffern für neue Techniken hinzugefügt. Die Neurologen hatten ihren umfassenden und mit allen Verbänden abgestimmten Vorschlag scheinbar „umsonst“ mühsam erarbeitet. Im vorigen Jahr – gerade rechtzeitig zur Ferienzeit – kam dann die Aufforderung der Bundesärztekammer, für eine Aktualisierung der GOÄ Vorschläge zu erarbeiten. Diese mussten sich natürlich nach den Vorgaben der alten GOÄ richten und für alle Disziplinen vom Grundsatz her einheitlich konzipiert und für alle akzeptabel sein. Die Neurologen waren durch die intensive Vorarbeit zur ersten Novellierung gut vorbereitet. Der BDN und die DGN haben diesen alten Vorschlag überarbeitet und mit allen, die Neurologie betreffenden Verbänden, abgestimmt. Dieses betrifft natürlich nur die neurologischen Positionen des Kapitels G und den Teil der psychiatrisch/neurologischen Positionen, der kognitive Untersuchungen umfasst.

Wertvolle Unterstützung durch die Kollegen

Für die Mithilfe bei dieser insgesamt doch umfassenden Arbeit danke ich allen hilfreichen Kollegen. Es ist festzustellen, dass niemand mehr alles im Detail wissen kann. Gerade deshalb wurden viele Kollegen um Rat befragt. Oder wissen Sie, mit wie vielen Elektroden in der prächirurgischen Epilepsiediagnostik abgeleitet werden muss, um ein sicheres Ergebnis zu erhalten? Auch die Schlafmedizin mit Ziffern zu beschreiben, die alles berücksichtigen, erforderte Hilfe und Kommunikation mit anderen Disziplinen.

Unser neurologischer Vorschlag für das Kapitel G umfasst jetzt fast doppelt so viele Positionen wie das der alten GOÄ. Die Positionen sind auch besser definiert, um Streitereien mit Versicherungen und Patienten zu vermeiden. Es wurden alle derzeit in der Neurologie angewendeten Untersuchungen und Techniken berücksichtigt, soweit sie als „eingeführt“ gelten und nicht mehr im Erprobungsstadium sind. Die Bundesärztekammer hat so gut wie alle Vorschläge und kritischen Kommentare unsererseits berücksichtigt sowie konstruktiv mitgedacht und mitgearbeitet. Sie wurde offenbar neurologisch gut beraten.

Eine Angleichung der Ziffern an den EBM ist aufgrund des grundsätzlich unterschiedlichen Aufbaus dieses Gebührenwerkes nicht möglich und wohl auch nicht wünschenswert, außerdem beinhaltet die GOÄ nicht wenige Ziffern, die sich nur aus stationärer ärztlicher Tätigkeit ergeben.

Punktwerte, also die Gebühren für die jeweilige Ziffer, wurden bisher nicht

diskutiert oder gar festgelegt. Wir hoffen, dass die jeweiligen medizinischen Disziplinen in diese sicher schwierige Diskussion miteinbezogen werden und dass nicht nur die PKV und die Bundesregierung ihre Interessen zum Ausdruck bringen können. Wir hoffen auch, dass diejenigen, die die Arbeit erbringen, dazu gehört werden, und mitgestalten können.

Bis zur Fertigstellung der aktualisierten Version der GOÄ liegt eine schwierige Etappe vor uns. Dabei ist bis jetzt nicht sicher, ob die GOÄ überhaupt langfristig Bestand haben wird – oder ob nicht über Disease Related Groups (DRGs) auch im ambulanten Bereich abgerechnet werden wird und dann Privatpatienten mit einem Multiplikator der DRG-Kosten zu berechnen sind. Dieser Weg ist allerdings noch deutlich weiter, als die Aktualisierung der GOÄ umzusetzen. Ein Beschluss der Bundesregierung für die Anwendung der DRG ist dennoch kurzfristig möglich. Meine Hoffnung und Erwartung geht in Richtung Erhalt und Aktualisierung der GOÄ, wobei die Politik aller Voraussicht und bisherigen Vorzeichen nach versuchen wird, deutlich in das Einkommen der Ärzte einzugreifen. Dies wäre dann eine nicht objektive gesetzgebende Institution, sondern eine subjektive Partei, die die Beihilfekosten senken möchte. Das Kapitel GOÄ ist, wie deutlich zu erkennen ist, komplexer und schwieriger als je zuvor geworden.

Problem Basistarife

Ab 1. Januar 2009 muss die PKV Basistarife anbieten, und zwar mit Kontrahierungszwang und ohne Risikozuschläge. Die Höhe der Tarife soll der GKV entsprechen. Dabei darf die PKV nicht solche Leistungsminderungen vorsehen, die uns jetzt schon aus dem GKV-Katalog bekannt sind. Die privaten Krankenversicherer sehen dies als verfassungswidrig an und wollen dagegen klagen. Es droht eine Vergreisung, weil ein Wechsel von GKV zur PKV immer mehr erschwert wird. Damit drohen aber dem Privatversicherten auch immer höhere Versicherungskosten, der Wechsel in einen Basistarif wird dadurch interessanter. Die Honorareinbußen aufgrund des Basistarifs schätzt die Bundesärztekammer auf 22.600 EUR pro Pra-

xis im Jahr ein. Sie führt als Gründe für die jetzigen GOÄ-Aktivitäten an, dass die grundlegende Änderung der GOÄ eine langjährige Forderung der Ärzteschaft sei. Diese heute gültige GOÄ habe zu viele Defizite und führe zu Rechtsunsicherheit und zu vermehrtem Bürokratismus. Der Entwurf einer neuen GOÄ sei eine Antwort auf politische Pläne, die eine Vereinheitlichung der Gebührenordnungen und eine Absenkung der Gebühren wollten. Zugleich sei dieser GOÄ-Entwurf auch ein Beweis der Handlungsfähigkeit der Ärzteschaft, die dadurch zum Ausdruck bringt, dass sie eine neue Gebührenordnung zumindest mitgestalten möchte.

Neustrukturierung der GOÄ

Das neue Gebührenverzeichnis soll nicht nur aktualisiert, sondern auch neu strukturiert werden. In Zukunft gibt es OPS-basierte Gebührenpositionen; dadurch wird eine Bewertungsprüfung ermöglicht. Es leuchtet jedem ein, dass die Bewertung der GOÄ-Ziffern im Zusammenhang mit den DRG, dem EBM 2000 plus und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu sehen ist. Um akzeptiert zu werden, muss die neue GOÄ durch Daten gestützt sein. Solche Daten gibt es bereits: Es sei an die Krankenhaustestdaten erinnert, die die DRG-Research Group Münster ermittelt hat und weiterhin ermittelt. Was bis jetzt für die Bundesärztekammer und mit ihrer Hilfe geschaffen wurde, ist als das erste Teilprojekt von vier Arbeitsbereichen zu sehen, nämlich die Aktualisierung der GOÄ. Das zweite Teilprojekt wird die Neustrukturierung betreffen. Ein weiteres Teilprojekt betrifft die Bewertungsüberprüfung, das im Frühjahr 2008 starten wird. Als letztes Teilprojekt steht ein Harmonisierungskonzept zwischen DRG und GOÄ an.

Eine Reihe der hier aufgeführten Daten stammen aus einem Fachgespräch mit der Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände (GfB) am 14. März 2007 bei der Bundesärztekammer mit Renate Hess und Mitarbeitern. □

AUTOR

Prof. Dr. med. Rolf Hagenah, Rotenburg

3. Perspektiven kooperativer Versorgung

Der Anteil der Vergütung aus der Regelversorgung wird zugunsten neuer Versorgungs- und Vertragsstrukturen kontinuierlich abnehmen. Dieser Abschnitt des Sonderheftes beschäftigt sich mit Daten zu fachärztlichen Versorgungsstrukturen und mit den Aktivitäten der Verbände zur Förderung innovativer Vertragsgemeinschaften.



© xx

- 41 3.1 Mythen und Fakten
der fachärztlichen Versorgung
- 45 3.2 Update der integrierten
Versorgung
- 45 3.3 Netzwerke neurologischer
Versorgung

„DOPPELTE FACHARZTSCHIENE“

Mythen und Fakten um Kostentreiber

Vage Behauptungen gewinnen nicht dadurch an Wahrheit, indem man sie ständig wiederholt. Auf diese bekannte Tatsache nimmt die öffentliche Medienlandschaft leider nicht immer Rücksicht. Das beste Beispiel dafür ist die These der vermeintlichen doppelten Facharztschiene.

In der öffentlichen Diskussion um Qualität und Effizienz in der Medizin werden einige Thesen ostentativ wiederholt. Teilweise sind die Argumente augenscheinlich plausibel; gerne machen auch Journalisten, denen es auf ausreichende Recherche nicht ankommt, von ihnen reichlich Gebrauch. Die Wiederholung falscher Thesen erhält mit dem Grad medialer Repetition den Anschein, dass es sich dabei bereits um Fakten handelt. Einige der prominenten Behauptungen, soweit sie uns betreffen, beziehen sich auf die „doppelte Facharztschiene“ als Kostentreiber im Gesundheitssystem und auf die hohe Zahl an Doppeluntersuchungen als Ineffizienzquelle.

Jeder in Talkshows und Interviews argumentativ in die Enge getriebene Gesundheitspolitiker zieht in dieser Situation einen Joker in Form eines Killerargumentes aus der Tasche, das die Diskussion wieder in die gewünschte Richtung bringt: Ärzte sollen als Verschwen-

der oder Abzocker gelten – Doppel- und Mehrfachuntersuchungen von Patienten eignen sich dafür exzellent. Jedem Zuschauer oder Zuhörer, gerade dem kritischen, erscheint es plausibel, dass unnötige und vermeidbare Untersuchungen die Kosten nach oben treiben und zum anderen unnötige Belastungen von Patienten darstellen. In der Diskussion wird meist gleichzeitig unterstellt, dass dies ausschließlich der wirtschaftlichen Bereicherung der Ärzte dient und dass eine Doppeluntersuchung – a priori redundant! – nicht medizinisch indiziert sein könnte. Komplizierte Darstellungen der Vergütungslogik des Gesundheitssystems finden aufgrund der Komplexität des Themas nicht statt, ebenso keinerlei Erklärungen, dass diese Untersuchungen in Klinik und Praxis zunächst einen wirtschaftlichen Schaden darstellen. In der Klinik belasten diese Untersuchungen das Budget und führen nicht zur Erhöhung der Fallpauschalen und im vertragsärztlichen Bereich verfällt der Punktwert

zu Lasten aller Ärzte, ohne dass die Krankenkassen dadurch zusätzlich belastet würden.

Laut IGES nur Einzelfälle

Das Gutachten des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) vom April 2007 stellt zu den Aussagen zu überflüssigen Doppeluntersuchungen fest: „Sie sind durchweg qualitativer Natur und nicht wissenschaftlich anhand entsprechender Studien belegt.“ Das IGES hat nun Routineabrechnungsdaten von rund 1,2 Millionen Versicherten analysiert und festgestellt, dass „...Wiederholungsuntersuchungen ein seltenes bis sehr seltenes Ereignis darstellen“. Das ermittelte Einsparpotenzial bezogen auf die gesamten Leistungsausgaben der GKV kann mit 0,1–0,2% veranschlagt werden. Die Konsequenz dieser ersten „evidenzbasierten“ Aussage zu der Problematik von Doppeluntersuchungen ist eindeutig: Es handelt sich um ein Phantom, das sich vielleicht als gesundheitspolitisches Kampfangument eignet, aber einer empirischen Überprüfung in keiner Weise standhält! Natürlich sind wir in der Pflicht, unnötige Doppeluntersuchungen zu vermeiden – gerade auch bei invasiven Maßnahmen oder Röntgenuntersuchungen. Wenn wir es konsequenter als bisher täten, würden wir dem System 0,1% der Ausgaben ersparen, wobei eine Null-Fehler-Zielmarke allein aufgrund der medizinischen Notwendigkeit einiger Untersuchungen unrealistisch wäre. Das sind

vielleicht keine „peanuts“ – als ineffiziente Kostentreiber kann dieses Thema aber offensichtlich nicht mehr herhalten.

Doppelt = unnötig?

Ein weiterer Aspekt der doppelten Facharztschiene: „Doppelt“ suggeriert auch hier wieder überflüssig, redundant, nicht erforderlich. Diese semantische Verklärung soll darüber hinwegtäuschen, dass es medizinische Notwendigkeiten gibt, Patienten innerhalb der Stationen einer Versorgungskette über alle Sektoren hinweg zu behandeln. So braucht der Schlaganfallpatient eine Stroke-Unit und eine weitere stationäre Behandlung, eine Rehabilitation und eine ambulante Anlaufstelle für die Sekundärprävention und die Weiterbehandlung von Funktions- und Teilhabestörungen. Dies ist leitlinienbasiert, begründbar und medizinisch erforderlich. Der Schlaganfall wird natürlich nicht zweimal lysiert, einmal in der Klinik und dann in der Facharztpraxis, ebenso wenig wie der Patient einmal zur Behandlung der Spastik in die Klinik fährt und in derselben Woche zu seinem Facharzt. Es gibt eben nur „eine“ fachärztliche Versorgung – allerdings an mehreren Orten der Behandlungskette. Selbst wenn der Patient zur Kontrolle seiner Risikofaktoren und zur Verordnung von Baclofen und Physiotherapie wieder in die Klinik fahren würde, in der er primär versorgt wurde, müssten dort entsprechende fachärztliche Ressourcen bereit gestellt und finanziert werden. Allein diese Überlegung zeigt, dass es auch hier offensichtlich um ein ideologisches Argument zur Durchsetzung lobbyistischer Partialinteressen einzelner Politiker geht – die im Übrigen in Aufsichtsräten großer Klinikketten solide Nebeneinkünfte generieren. Gleiches gilt für Politiker, die dieses Argument gerne aufgreifen, um den Anschein zu wahren, als hätten sie tatsächlich tragfähige Konzepte für eine effiziente Umgestaltung des Gesundheitssystems.

Zu viele Fachärzte – ein Mythos

Wie sieht es aber mit validen Ergebnissen zur fachärztlichen Versorgung in Deutschland aus? Auch hierzu hat das IGES klare Daten vorgelegt. Zunächst

kann man tatsächlich feststellen, dass Deutschland nach den üblicherweise zitierten Statistiken über eine im internationalen Vergleich hohe Facharztdichte verfügt. Dies ist ja zunächst kein prinzipieller Makel, sondern kann möglicherweise auch Ausdruck einer hohen Versorgungsqualität sein. In diese Zahlen werden aber auch die Ärzte eingerechnet, die sich in der Weiterbildung befinden und keine abgeschlossene Facharztausbildung vorweisen können. Betrachtet man also die tatsächliche Anzahl an Fachärzten, kommt man auf 1,6 Fachärzte pro 1.000 Einwohner, womit sich Deutschland im internationalen Vergleich nur noch im Mittelfeld bewegt. Würde man dann alle ambulanten Fachärzte abschaffen (was man aus dem vermeintlichen Umstand einer „doppelten“ Versorgung fordern könnte), hätte Deutschland mit 0,9 Fachärzten pro 1.000 Einwohner eine weit unterdurchschnittliche Facharztdichte. Auch was die Kosten der ambulanten Versorgung anbetrifft, steht Deutschland keinesfalls an der Spitze. Mit 307 US-Dollar pro Einwohner gibt Deutschland für die ambulante Versorgung weit weniger aus als etwa die Schweiz (520 US-Dollar). Auch in der stationären Versorgung bewegt sich Deutschland nur im Mittelfeld mit 804 US-Dollar. Das IGES kommt daher zu dem Ergebnis: „Die von Kritikern der ‚doppelten Facharztschiene‘ häufig unterstellte Verteuerung der Versorgung lässt sich somit empirisch im internationalen Vergleich nicht nachweisen“.

Meinungsbildung nach Lauterbach

Betrachtet man die Daten, ist es erschreckend, wie wenig „evidenzbasiert“ Politik ist und wie stark im besten Fall ideologisch und im schlechtesten Fall ganz vordergründig Argumente lobbyistischen Interessen folgen. Ein prominenter Vertreter der hier präsentierten und nunmehr auch widerlegten Thesen ist Prof. Dr. Karl Lauterbach. Es ist nicht davon auszugehen, dass Prof. Lauterbach die Daten nicht kennt. Seine möglichen Interessenskonflikte, die zu einer Nichtwahrnehmung bestimmter Daten führen könnten, sind hinreichend bekannt. Wie er darüber hinaus seine Thesen durch eigenwillige – gelinde gesagt,

nicht an den üblichen wissenschaftlichen Standards orientierte – Zitatbearbeitungen untermauert, um durch den „Spiegel“ unterstützt Stimmungseffekte für sich zu nutzen, zeigt folgendes Beispiel. Als Beleg für die „Abgründe der Abneigung“ zitiert Lauterbach einen Vertragsarzt folgendermaßen: „Heute erfuhr ich vom Ableben eines langjährigen Patienten und ertappe mich dabei, wie ich mich freue, dass ich nun erheblich weniger Medikamente aufschreiben muss.“ Derartige Zitate haben selbstverständlich ihren Zweck erfüllt und zu einem völlig verständlichen Proteststurm geführt. Viele Medien haben die Zitate gerne aufgegriffen. Tatsächlich hat sich der verkürzt zitierte Kollege in seiner Verzweiflung und Verbitterung folgendermaßen geäußert: „Wo sind wir nur hingekommen?! Ich als Augenarzt lasse völlig inakzeptable Druckwerte durchgehen aus Angst, ein teures Medikament aufzuschreiben. Heute erfuhr ich vom Ableben eines langjährigen Patienten und ertappe mich dabei, wie ich mich freue, dass ich nun erheblich weniger Medikamente aufschreiben muss. Da sitze ich vor seiner weinenden Frau und denke an das Scheiß-Geld, das seine Tropfen gekostet haben, das ist doch krank!!! Was haben die nur aus mir gemacht?“.

Herr Lauterbach kannte natürlich die vollständige Aussage und hat sie durch die Verkürzung einfach in das semantische Gegenteil verkehrt. Was erwarten wir von einem Parlament oder einer Fraktion, das sich „wissenschaftliche“ Berater von diesem Format leistet? □

AUTOREN

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich
Dr. med. Frank Bergmann, Aachen

Kurzes Update der IV

Wir haben frühzeitig, schon vor Inkrafttreten des reformierten § 140 SGB V, Rahmenkonzepte zur integrierten Versorgung entwickelt und darüber auch kontinuierlich berichtet – im NEUROTRANSMITTER, in der „InFo Neurologie & Psychiatrie“, auf den BDN-Foren und im Internet. Nachfolgend eine kurze Übersicht über die aktuellen Aktivitäten ...

Die DGN hat zum Thema integrierte Versorgung (IV) eine Kommission gegründet, in der die Berufsverbände vertreten sind. Die Rahmenkonzepte und Hintergründe werden Thieme Verlag publiziert; der Erscheinungstermin fällt mit der DGN-Tagung zusammen, sodass die Ergebnisse der Kommission „Integrierte Versorgung“ ausführlich nachgelesen werden und als Anregung für regionale Projekte dienen können. Weiterhin haben wir im Februar eine Tagung zusammen mit Kostenträgern und Patientenvereinigungen durchgeführt, um den Erfahrungsaustausch zu fördern. Einige der Konzepte sind auf regionaler Ebene aufgegriffen worden und teilweise mit unmittelbarer Unterstützung in die Kalkulation und Verhandlungen der Berufsverbände umgesetzt worden.

Erfolgreiche Abschlüsse in Nordrhein

Sehr erfolgreich ist der MS-Vertrag in Nordrhein, der einen ausgesprochen hohen Integrationsgrad hat und unter Betei-

ligung von über 60 Neurologen, zwölf Kliniken und der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft eine hohe Akzeptanz erreicht hat. Noch vor Ende des ersten Vertragjahres ist die Schallmauer von 1.000 Patienteneinschreibungen durchbrochen. Dieser Erfolg hat dazu geführt, dass derzeit die Krankenkassen sogar über ein bundesweites „roll out“ nachdenken.

Ebenfalls sehr erfolgreich ist der Kopfschmerzvertrag mit dem Westdeutschen Kopfschmerzzentrum Essen und einer Vielzahl von Neurologen in ganz Nordrhein. Auch hier ist eine Ausweitung auf Norddeutschland, Bayern und Berlin aktuell vorgesehen.

Zahlreiche IV-Verträge zur Akutversorgung und Nachsorge von Schlaganfällen sind in vielen Städten etabliert. Der Vertrag zur „medizinischen Videobeobachtung Parkinson“ wird bundesweit umgesetzt. Darüber hinaus gibt es viele Verträge, die aus Eigeninitiativen entwickelt wurden und hier nicht alle aufgezählt werden können.

Qualität in der neurologischen Versorgung

Wir werden uns weiterhin dafür einsetzen, dass uns keine Gelder mehr aus der neurologischen Versorgung abgezogen werden und dass unsere Fachgruppe auch an der Umverteilung partizipiert. Hierzu ist es hilfreich, wenn wir im Austausch stehen. Eine große Gefahr geht von einer Zersplitterung der „Verhandlungseinheiten“ aus. Aus eigener Erfahrung kennen wir das Problem, dass hier die Gefahr einer nach unten gerichteten Verhandlungsspirale von Qualität und Preis besteht. Der niedrigste Standard droht dann zum Maßstab zu werden. Dem sollten wir mit unseren Mitteln entgegenwirken, damit die Vertragskonstruktionen wirtschaftlich und auch von den Qualitätszielen und Ergebnissen nachhaltig bestehen können.

Die nächsten Jahre werden wir weiter nutzen, um neue Verträge abzuschließen, aber auch die Versorgungsdaten und Ergebnisse der laufenden Verträge auszuwerten. Hierzu haben wir unser Deutsches Institut für Qualität in der Neurologie, DIQN, gegründet, das uns bei der Recherche, Datensammlung, Auswertung und Archivierung helfen wird. □

AUTOREN

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich

Prof. Dr. med. Hans-Christoph Diener, Essen

ZNS: ZENTREN FÜR NEUROLOGIE UND SEELISCHE GESUNDHEIT

Netzwerke für die Zukunft

Die Honorarsituation der Vertragsärzte ändert sich: Die Regelvergütung nimmt ab – das Einkommen aus neuen Versorgungsstrukturen steigt. Die Berufsverbände müssen sich vorausschauend positionieren und ihr Know-how zur Verfügung zu stellen.

Den Rahmen unseres ärztlichen Handelns bilden zunehmende Budgetierungszwänge, wachsende Bürokratisierung und sinkende Umsätze. Wie kann jeder einzelne Neurologe und

Psychiater in Anbetracht des deutschen Gesundheitssystems noch positive Visionen oder gar lohnende Strategien entwickeln? BVDN, BDN und BVDP haben immer auf eine doppelte Strategie

gesetzt. So gilt es zum einen, die Situation der Neurologen und Psychiater innerhalb der politischen Zwänge und Verteilungsmechanismen zu verbessern. Zum anderen müssen sie sich bei aktuellen gesundheitspolitischen Weichenstellungen mit „kurzer Halbwertszeit“ zukunftsgerichtet und langfristig positionieren. Dies ist keine Spielwiese, sondern eine Notwendigkeit, da der Vergütungsanteil aus der Regelversorgung zugunsten neuer Versorgungsstrukturen abnehmen wird. Dies beinhaltet für die Verbände, die konzeptionellen, organisatorischen und formaljuristischen Voraussetzungen für Direktverträge nach §§ 140 und 73 mit Krankenkassen zu schaf-

fen, Kontakte zu knüpfen und Vertragsverhandlungen zu führen.

Intelligente regionale Systeme

Mit Konzepten und Verträgen allein ist es jedoch nicht getan. Damit auch vor Ort die notwendigen Infrastrukturen vorhanden sind, haben die Vorstände der Berufsverbände beschlossen, Modelle für regionale Verbundsysteme zu entwickeln und die Gründung regional vernetzter Strukturen zu fördern. Eines der übergeordneten Ziele intelligenter Verbundsysteme ist neben der krankheitsbezogenen Vernetzung die sektorenübergreifende Kooperation, vor allem zwischen Netz und Krankenhaus. Hierzu haben die Berufsverbände Kontakte mit erfolgreichen Netzen gesucht, Erfahrungen ausgetauscht, Materialien zusammengestellt und Grundkonzepte entwickelt, die sie ihren Mitgliedern zu Verfügung stellen. Darüber hinaus werden wir die Publikationsorgane der Verbände nutzen und über bundesweite Vortragserien informieren, um den Aufbau von Netzen zu fördern.

Gesundheitssystem vor großen Problemen

Wir verzeichnen und prognostizieren einen wachsenden Bedarf an Gesundheitsleistungen durch medizinischen Fortschritt und durch eine demografisch bedingte, sich wandelnde Morbiditätsstruktur. Gleichzeitig existiert ein nachhaltiges und wachsendes Finanzierungsproblem des Gesundheitssystems in Deutschland. Zusätzlich unterliegt die deutsche Wirtschaft, trotz aktuellem Konjunkturaufschwung im Rahmen der Globalisierung, einem tiefgreifenden und irreversiblen Wandel. Produktionsstätten und Dienstleistungen werden kontinuierlich in Länder mit hohen Rohstoffreserven beziehungsweise gut ausgebildeten Fachkräften bei günstigeren Lohnnebenkosten verlagert (BRIC-Staaten: Brasilien, Russland, Indien, China). Gleichzeitig leistet sich Deutschland eines der besten und effektivsten, damit aber auch eines der teuersten Gesundheitssysteme der Welt, das aus der Wirtschaftskraft der arbeitenden Bevölkerung und über einen Generationenvertrag finanziert wird. Diese beiden Pfeiler werden die Last der Globalisie-

rungsfolgen und der demografischen Veränderungen nicht mehr tragen können. Es ist nicht realistisch anzunehmen, dass vor diesem Hintergrund zusätzliche Finanzmittel dem Gesundheitssystem zur Verfügung gestellt werden – Umverteilungen der Mittel erfolgen zu Lasten der Regelversorgung.

Finanzvolumen begrenzt

Die Politik hat die Dramatik und Nachhaltigkeit der Probleme längst erkannt. Durchdachter und fundierter als wir es der Politik zutrauen, sind die politischen Weichenstellungen der aktuellen Gesundheitsreformen ausgefallen. Die Gestalter der Reformen haben sehr genau die wirtschaftlichen Perspektiven im Blick gehabt. Spätestens der kommende Wegfall der Autonomie bei der Beitragsbemessung durch Krankenkassen macht deutlich, dass keine Regierung in größerem Umfang zusätzliches Geld ins System stellen kann.

Es wird zu einer Relativierung des zur Verfügung stehenden Finanzvolumens durch den Mehrbedarf kommen. Die durchschnittlichen Erlöse für Gesundheitsleistungen werden systematisch

nach unten korrigiert. Die Gesundheitsreformen haben das Ziel der Verdichtung von Strukturen: Zusammenschluss der Krankenkassen, Flexibilisierung der Versorgungsstrukturen mit Förderung von größeren Leistungserbringergemeinschaften. Dies ermöglicht zum einen günstigere Kostenstrukturen und zum anderen neue Kontrahierungsmöglichkeiten mit Verhandlung von Leistungen mit definierter Qualität und kalkulierten Preisen inklusive Rabattvereinbarungen.

Einkommen durch neue Strukturen

In Zukunft kann Gewinnmaximierung beziehungsweise Existenzsicherung für Leistungserbringer im Wesentlichen nur durch Kostensenkung und Partizipation an neuen Vertragsstrukturen erfolgen. Der innerärztliche Verteilungskampf lässt nur geringe Verschiebungen zugunsten einer Fachgruppe zu. Eine Umverteilung von Mitteln zur Finanzierung der Regelversorgung in neue Vertragsstrukturen ist politisch ebenso gewollt wie eine Erhöhung des intersektoralen Wettbewerbs: Für alle Leistungserbringer werden Verträge nach § 140, für den ambulanten Sektor § 73 und für den

Neuropsychiatrische Netzwerke im Überblick

Funktionen:

- Leistungsdifferenzierung und Spezialisierung
- gemeinsames Marketing und Öffentlichkeitsarbeit
- Bildung von Einkaufsgemeinschaften
- Information von Patienten
- gemeinsame Gerätenutzung
- Etablierung von Zweitmeinungssystemen

Partner:

- Vertragsärzte
- Kliniken
- Heilmittelerbringer
- Reha- und Pflegeeinrichtungen
- Apotheken

Spezialisierungen:

- apparative Leistungen (Ultraschall-diagnostik, Elektrophysiologie)
- neuropsychologische Diagnostik

- Infusionsambulanzen, Labor
- Heilmittelerbringung
- ambulante Rehabilitation
- teilhabeorientierte Pflege
- Soziotherapie und psychiatrische Pflege
- Edukation
- Gutachten
- palliative Versorgung
- multimodale Schmerztherapie
- Suchtambulanzen
- Heimversorgung

Gemeinsam genutzte Strukturen:

- Schulungszentren
- Callcenter
- Notfalldienste
- Hausbesuchsdienste
- Dokumentationstools
- Finanzierung und Fallmanagement

stationären Bereich § 116 an Bedeutung gewinnen.

Die Partizipation an neuen Vertragsbeziehungen stellt eine neue Einnahmequelle dar, die Einbußen in der Regelversorgung zumindest partiell kompensieren können. Die oft propagierte Erschließung weiterer Einnahmequellen über den „Selbstzahlermarkt“ ist im Einzelfall denkbar, aber für die meisten Einrichtungen und speziell in unserer Fachgruppe nur sehr begrenzt. Weitere Kompensationsmöglichkeiten liegen eher in der Spezialisierung, in der Optimierung von Abläufen und in eingeschränktem Umfang auch in der Bildung von Kooperationen im Rahmen des Vertragsarztänderungsgesetzes.

Kooperationen für die Zukunft

Auf diesem Hintergrund müssen wir uns, Niedergelassene wie Klinikärzte, mit intelligenten Versorgungsstrukturen positionieren. Kliniken und Praxen stehen zunächst wirtschaftlich unter vergleichbarem Druck. Unter Konkurrenzbedingungen innerhalb und zwischen den Sektoren sind die Verhandlungspositionen für alle potenziellen Vertragspartner ungünstig.

Leistungserbringer müssen nicht selten zur Sicherung von Marktpositionen ihre Leistungen unter Wert anbieten. Kostenträger stehen unter dem Druck, Verträge für Leistungen abzuschließen, die unter Wert kalkuliert sind. Eine Planungssicherheit ergibt sich für keine Partei. Die Möglichkeiten der Erschließung von zusätzlichen Einnahmequellen über ambulante Leistungserbringung für Kliniken sind sehr begrenzt, da die Erlöse an die Vergütungslogik des Vertragsarztsystems gebunden sind. Die Möglichkeiten der Kostenreduktion für niedergelassene Ärzte durch Bildung von Zweigpraxen oder Teilgemeinschaftspraxen sind ebenfalls begrenzt und dürften nur im Ausnahmefall wirtschaftlich sein, da diese Formen von Kooperationsgemeinschaften entweder sehr elaboriert sind oder zunächst mit einer Verdopplung von Kostenstrukturen einhergehen.

Die theoretische Möglichkeit von großen Leistungserbringergemeinschaften unter einem Dach, etwa in Form von Medizinischen Versorgungszentren, dürfte bei Praxiserschließungen

und Ankauf von Vertragsarztsitzen eine Option sein. Die MVZ-Gründung durch Praxisfusionen ist hingegen eine Ausnahme. Die praktikable Alternative stellt der Zusammenschluss von Praxen und beziehungsweise oder Kliniken dar. Ob es sich hierbei formaljuristisch um einen regionalen Praxisverbund, eine Genossenschaft, eine GmbH, eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts oder um einen Verein handelt, ist zunächst nachrangig, da die Inhalte der Kooperationsvereinbarung, die Kostenersparnis und die Vertragsfähigkeit entscheidend sind.

Voraussetzungen müssen stimmen

Der Zusammenschluss von Leistungserbringern zu effizienten Vertragsgemeinschaften erfordert exzellente formale Rahmenbedingungen. In dieser Kooperation gibt es viel zu berücksichtigen. Entscheidend sind Subspezialisierung und gegenseitige Zuweisung, Definition und Kalkulation von Leistungen, gemeinsamer Einkauf, gemeinsames Marketing sowie der Abschluss von Verträgen mit weiteren Kooperationspartnern und Kostenträgern.

Der Zusammenschluss konsens- und kooperationsfähiger Vertragspartner sowie die Einübung derartiger Kooperationen einschließlich der vertrauensbildenden Maßnahmen ist nicht „aus dem Stand heraus“ möglich. Die formaljuristischen, organisatorischen, betriebswirtschaftlichen, steuerrechtlichen und psychologischen Voraussetzungen erreichen einen Komplexitätsgrad, der einen Vorlauf und ein „Training“ der Beteiligten erfordert. Erst dann werden die Leistungsfähigkeit und die Vertragsfähigkeit der Gemeinschaft den Realitätsanforderungen gerecht. Verträge und die damit verbundenen Umsatzerlöse folgen den Leistungen, der umgekehrte Weg dürfte eine seltene Ausnahme darstellen. Auch wenn Praxisverbände in der Zeit vor dem ersten April 2007 bisher kaum ihre wirtschaftlichen Ziele erreicht haben dürften, stellt die Marktposition bereits etablierter Kooperationsgemeinschaften einen erheblichen Vorteil dar.

Damit Netze funktionsfähig sind, ist eine hohe individuelle Ausrichtung notwendig – je nach Spezialisierung und Neigung der Netzteilnehmer sowie der regionalen Besonderheiten. Eine eher

ländliche Kooperation wird sich anders aufstellen als ein Netz in einem Ballungsgebiet. Auch wird ein Ärztenetz nicht gleich das gesamte Potenzial nutzen können. Eine der Grunderfahrungen des Qualitätsmanagements gilt auch hier, nämlich mit kleinen, aber machbaren Projekten anzufangen und dann weitere Projekte „organisch“ wachsen zu lassen.

Aufgabe der Berufsverbände

Damit bei der Planung nicht zu viel Zeit mit Satzungsdiskussionen, Dokumentationsverfahren und Konzeptarbeit verloren geht, sehen die Berufsverbände ihre Aufgabe darin, ihre Erfahrung den Mitgliedern zur Verfügung zu stellen. Athene, unsere Qualitätsmanagement-Akademie, steht bei der Zusammenstellung der Materialien, dem Netzaufbau, der Vertragsverhandlung, der betriebswirtschaftlichen Beratung und beim Coaching vor Ort zur Verfügung. Bei den Netzwerken handelt es sich um regionale Interessengemeinschaften. Die Rechtsform ist in diesem Zusammenhang nachrangig. Am einfachsten zu handhaben und mit geringsten Risiken versehen ist sicherlich der eingetragene Verein. Wichtiger ist, dass eine gute Satzung vorliegt – mit verbindlichen Regeln der Zusammenarbeit und eindeutigen Zieldefinitionen.

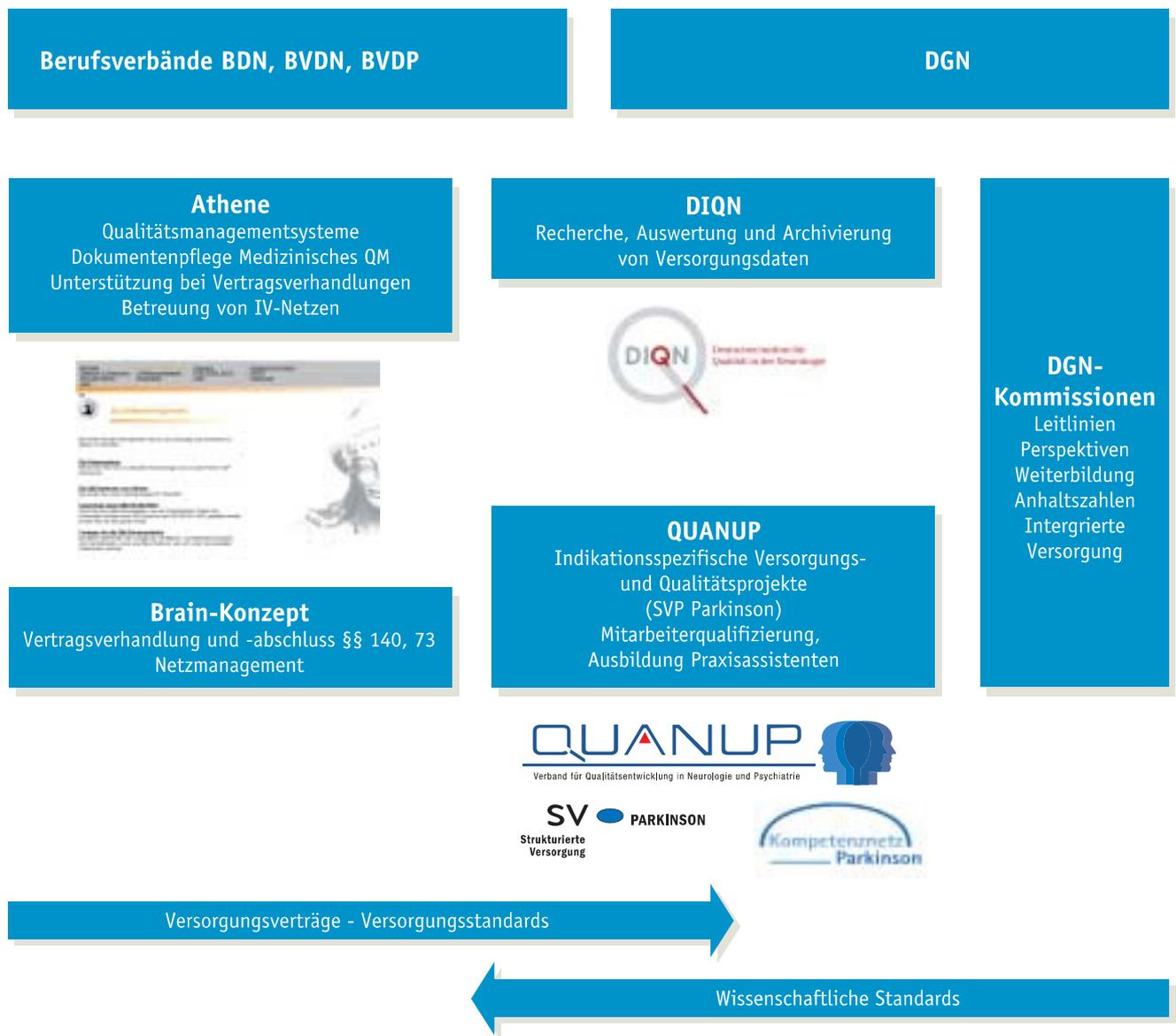
Die Bildung größerer Einheiten von Leistungserbringern ist politisch gewollt, dem Einzelkämpfer in der Einzelpraxis wird schleichend, aber systematisch die Existenzgrundlage erschwert. Die Handlungsoffensive liegt bei den Verbänden, aber auch bei jedem einzelnen, wenn wir unsere Freiberuflichkeit erhalten wollen und uns der Übernahme durch große Klinikketten entgegenstellen wollen. Es geht darum, ärztliche Rationalisierungspotenziale besser auszuschöpfen, zusätzliche Finanzquellen zu mobilisieren und damit die eigene Existenz zu sichern. Es geht aber auch darum, die ärztliche Lebensqualität und Arbeitszufriedenheit zu steigern. Intelligente Verbundsysteme wie die hier vorgeschlagene Netzwerkbildung ermöglicht in Zukunft die Vertragsfähigkeit über die Regelfersorgung hinaus. □

AUTOR

Dr. med. Uwe Meier, Grevembroich

4. Organisation und Strategie

Die wachsende Zahl der Aufgaben der Berufsverbände und der Fachgesellschaften macht eine Professionalisierung einzelner Geschäftsbereiche erforderlich. Eine Übersicht über die hiermit befassten Organisationen sollen die folgenden „Steckbriefe“ geben.



49	4.1 Übersicht
50	4.2 DIQN
52	4.3 Athene
56	4.4 QUANUP
58	4.5 Brain-Konzept

BERUFSVERBAND IM ÜBERBLICK

Professionelle Strukturen – klare Kompetenzen

Die berufspolitische Situation wird für Mediziner immer komplexer. Damit wachsen auch die Ansprüche an Berufsverbände. Diese müssen ihre Aufgaben intern aufteilen oder delegieren. Die folgende Übersicht beschreibt die Organisationen rund um den BDN.

Neue Vergütungs-, Vertrags- und Versorgungsstrukturen und eine politisch gewollte Umgestaltung der Versorgungslandschaft führen zu immer neuen berufspolitischen Herausforderungen. Aus den bisherigen Beiträgen dieser Sonderausgabe ist deutlich geworden, dass die Aufgaben und Einflussmöglichkeiten der Berufsverbände kontinuierlich wachsen. Dies führt auch zu steigenden organisatorischen Anforderungen, die nicht mehr vollständig durch Vorstand, Beirat und Arbeitsgruppen bewältigt werden können.

Für definierte Arbeitsbereiche sind eine Professionalisierung sowie eine klare Aufgabenteilung der Verbände, Fachgesellschaften und Partnerorganisationen erforderlich. Wir haben aus diesem Grund in den letzten Jahren Teile unserer Tätigkeiten operational ausgelagert und damit sehr gute Erfahrungen gemacht. Möglicherweise haben einige Kollegen bei den vielen beteiligten Strukturen etwas die Orientierung verloren. Wir möchten an dieser Stelle eine Übersicht über Sub-

und Partnerorganisationen geben. Den Mitgliedern werden wir jährliche Qualitäts- und Rechenschaftsberichte der Verbände zur Verfügung stellen, in denen Organigramme, Zuständigkeiten, Aufgabengebiete und jeweils aktuelle Tätigkeiten dargestellt sind und jederzeit nachgelesen werden können.

Vertragsfähigkeit

Berufsverbände sind keine gewinnorientierten Unternehmen und können nicht ohne weiteres Versorgungsverträge abschließen. Um die Vertragsfähigkeit der Verbände bei integrierten Versorgungsverträgen oder Strukturverträgen zu ermöglichen, haben wir eine Genossenschaft – „Brain-Konzept“ – gegründet. Bei den ersten Rahmenverträgen für die „Integrierte Versorgung Depression“ oder medizinische Videobeobachtung ist zunächst die Cortex-Management-Gesellschaft „eingesprungen“. Demnächst können Versorgungsverträge über Brain-Konzept abgewickelt werden (siehe S. 58).

IGES fordert betriebswirtschaftliches Management

„Langfristig erforderlich ist die schrittweise Übernahme von Budgetverantwortung und damit verbunden die Organisation und Entwicklung interner Vergütungssysteme. (...) Für die niedergelassenen Fachärzte wird eine solche Entwicklung mit einem zusätzlichen Bedarf an betriebswirtschaftlicher Professionalisierung einhergehen, die den Bedarf von Managementstrukturen für Vertrags- und Leistungsprofilgestaltung umfasst.“

IGES, Gutachten zur Entwicklung fachärztlicher Leistungen im deutschen Gesundheitssystem, April 2007

Netzbetreuung

Die Erfahrung in den Vertragsverhandlungen mit Krankenkassen und die Betreuung der laufenden Verträge hat gezeigt, dass die Netzbetreuung äußerst zeitaufwendig ist und zu entsprechenden Engpässen geführt hat. Aus den Reihen des Vorstands war das in der Vergangenheit kaum noch zu bewältigen und wird mit einer zunehmenden Zahl an Verträgen zukünftig kaum noch möglich sein. Wir schätzen uns daher glücklich, dass unsere Qualitätsmanagement-Akademie „Athene“ unter der Leitung von Gabriele Schuster Aufgaben der Netzbetreuung und des Netzmanagements mit übernommen hat. Hierdurch konnten in der IV Depression die Modellregionen aus-

geweitet werden; die Zahl der Einschreibungen hat sich rapide erhöht. Athene bleibt uns natürlich weiterhin bei der Schulung und dem Aufbau von Qualitätsmanagementsystemen sowie bei der Pflege und Verwaltung medizinischer QM-Tools erhalten (siehe S. 52).

Versorgungsdaten

Für die Entwicklung von IV-Konzepten und für erfolgreiche Vertragsverhandlungen sind vor allem Versorgungsdaten wichtig, die es zu recherchieren und zu archivieren gilt. Darüber hinaus fallen in laufenden Projekten Daten an, die in professionellen Datenbanken ausgewer-

tet und verwaltet werden müssen. Dies ist einer der Gründe, weshalb wir das Deutsche Institut für Qualität in der Neurologie gegründet haben. Das DIQN erarbeitet die Daten und hält sie für uns verfügbar (siehe S. 50).

Qualitätsprojekte

Für die Durchführung von indikations-spezifischen Qualitätsprojekten ist von den Verbänden der Verein zu Qualität in Neurologie und Psychiatrie – „QUANUP“ – gegründet worden. QUANUP hat sehr erfolgreich das Projekt „Strukturierte Versorgung Parkinson“ auf dem Weg gebracht, aus dem

nicht zuletzt ein erster Versorgungsvertrag hervorgegangen ist. Weitere Qualitätsprojekte sind die Ausbildung von Praxisassistenten zur Verbesserung der Versorgungsqualität inklusive der Möglichkeit zur Delegation von Leistungen an qualifizierte Mitarbeiter (siehe S. 56). □

AUTOR

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich

DIQN

Professionelle Recherche und Auswertung von Versorgungsdaten

Das „Deutsche Institut für Qualität in der Neurologie“ – DIQN – ist eine gemeinsame Einrichtung von DGN, BDN und BVDN. Grundgedanke des Instituts ist es, Versorgungsdaten und Qualitätsprojekte des Faches Neurologie zu erfassen, aufzuarbeiten, zu analysieren und regelmäßig nach außen zu kommunizieren.

Im Rahmen berufspolitischer Entscheidungen wird Versorgungsforschung immer wichtiger. Ein bedeutender Aspekt ist die Kommunikation der entsprechenden Daten nach „außen“. Damit sind einerseits Politik und Öffentlichkeit gemeint, die zu wenig über die Versorgungsleistungen des Faches wissen. Andererseits soll das DIQN auch Gesundheitswissenschaftlern und Epidemiologen Versorgungsdaten zur Verfügung stellen. Ein Beispiel dafür ist das Facharztgutachten des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung IGES, zu dem das DIQN beigetragen hat (veröffentlicht im April 2007).

Neue Versorgungsstrukturen wie etwa die integrierte Versorgung haben sich etabliert. Hier gilt es, eine große Menge an Daten aufzubereiten und als Grundlage weiterer Vertragsverhandlungen den Gremien und Vorständen

der Fachgesellschaft und der Berufsverbände zur Verfügung zu stellen. Dies erfordert eine professionelle Datenbankstruktur und die erforderliche „manpower“. Mit seiner Sammlung von Projekt- und Versorgungsinformationen unterstützt das DIQN außerdem lokale Projekte der Neurologen und Nervenärzte. So hilft zum Beispiel die Datensammlung zur integrierten Versorgung dabei, eigene IV-Projekte in den Regionen realistischer abzuschätzen und schneller umzusetzen. Verträge, Qualitätsdokumentationen, Erfahrungen: Die Datensammlung des DIQN lässt lokale Initiativen an den Erfahrungen anderer teilhaben.

Versorgungsforschung essenziell für Neurologen

Auf die besondere Bedeutung der Versorgungsforschung und der Dokumentation von Qualitätsprojekten hat Prof.



Dr. Bert Rürup auf dem 5. Neurologen- und Psychiatertag am 23. Juni in Köln hingewiesen: „Die Forderung der Ärzte nach einer besseren finanziellen Ausstattung wird in der Politik verhallen, wenn sie nicht zugleich belegen können, dass dieses Mehr-Geld in die richtigen Kanäle fließt.“ Entscheidend in der politischen Auseinandersetzung sei es, einerseits die Morbidität zu belegen, die umfangreichere Versorgungsstrukturen erfordert, und andererseits nachzuweisen, dass Neurologen und Nervenärzte ambitionierte und qualitätsvolle Initiativen entwickeln, um die Morbidität zu senken. „Die Verbände müssen den politischen Weg gehen, einen Wettbewerb um die beste Versorgungsstruktur anzustoßen“, so Rürup. DGN, BDN und BVDN setzen dabei nicht nur auf zentrale Projekte von Fachgesellschaft und Berufsverband, sondern wollen mit dem DIQN auch lokale Initiativen unterstützen, zum Beispiel beim Aufbau von Ärztenetzen und dem Abschluss von IV-Verträgen.

Wichtig dabei ist: Das Institut schafft keine neuen Verwaltungsebenen oder doppelte Strukturen, sondern sammelt die Aktivitäten der bestehenden Arbeitsgruppen aus Fachgesellschaften, Berufs-

verbänden und anderen Quellen. Es konkurriert nicht mit den bestehenden Aktivitäten dieser Organisationen, die sich um Qualität in der Neurologie bemühen.

Aufbau des DIQN

Das DIQN ist eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts, Gesellschafter sind derzeit die DGN, der BDN und der BVDN. Es ist möglich und wünschenswert, dass sich weitere Partner aus der Neurologie an dem Institut beteiligen. Die Außenvertretung des DIQN haben zunächst der Geschäftsführer der DGN, Prof. Dr. Otto Busse, und der Vorsitzende des BDN, Dr. Uwe Meier, übernommen. Ansprechpartner des DIQN und zuständig für die im Institut anfallenden operationalen Tätigkeiten ist Dr. Arne Hillienhof, Köln. Zu seinen Aufgaben gehört die Betreuung einer Datenbank, die die Qualitätsbemühungen des Faches möglichst umfassend abbildet. Außerdem etabliert er ein Kommunikationsnetzwerk zwischen den beteiligten Institutionen und Kooperationspartnern des Institutes. Ab 2008 wird er außerdem einmal jährlich einen Qualitätsbericht Neurologie erstellen.

Online auf Daten zugreifen

Eine wesentliche Aufgabe des DIQN ist es, Versorgungs- und Strukturdaten aus dem ambulanten, stationären und rehabilitativen Bereich zu erfassen und zu strukturieren. Dazu verwendet es das Datenbanksystem „DIQNArchiv“. Die Inhalte stehen allen Mitgliedern von DGN, BDN und BVDN online unter der Adresse www.diqn.de zur Verfügung. Bei der Internetseite handelt es sich aber nicht um eine Website zur Darstellung des Institutes, sondern um ein internetbasiertes Archivsystem, also um ein reines Arbeitsinstrument. Es soll Dokumente zur neurologischen Versorgung in Deutschland bereitstellen. Die Nutzer können diese über die hinterlegten Schlagwörter und bestimmte weitere Metainformationen suchen und darauf zugreifen.

Das DIQN sammelt im Augenblick Qualitätsprojekte aus neun Bereichen:

- Erkrankungen,
- Basisdaten zur Versorgung und Epidemiologie,

Aufgaben des DIQN

- Qualitätsprojekte in der Neurologie erfassen und strukturiert zur Verfügung stellen
- Betreuung einer Datenbank für Versorgungsdaten in der Neurologie
- Unterstützung der epidemiologischen Forschung in der Neurologie durch die Bereitstellung von Daten. Dazu gehört auch, im Auftrag der Verbände zu recherchieren und Auskünfte zur neurologischen Versorgungsqualität zu liefern.
- Vorstände, Arbeitsgruppen und Kommissionen von DGN, BDN und BVDN, bei strategischen Entscheidungen mit entsprechenden empirischen Daten versorgen
- Qualitätsprojekte koordinieren und Kooperationen mit anderen Stellen unterhalten

Publikationen

- Publikation eines Beitrages zur Situation neurologischer und nervenärztlicher Praxen und zur Abrechnung von Leistungen im Deutschen Ärzteblatt, Ausgabe 4/2007.
- Publikation eines Beitrages zu den Me-too-Listen der KVen im nervenärztlichen Bereich im Deutschen Ärzteblatt, Ausgabe 12/2007.
- Darstellung eines Symposiums zur integrierten Versorgung im Februar 2007 im NEUROTRANSMITTER und auf den Internetseiten der Verbände www.neuroscout.de und www.bvdn.de.
- Darstellung eines Symposiums DGN-Leitlinie Multiple Sklerose im April 2007 im NEUROTRANSMITTER und auf den Internetseiten der Verbände www.neuroscout.de und www.bvdn.de.

- wissenschaftliche Standards und Leitlinien,
- Forschung und klinische Studien,
- Qualitäts- und Risikomanagement,
- Patienteninformationssysteme,
- Versorgungsstrukturen (IV u. a.),
- neurologische Rehabilitation,
- Wirtschaftlichkeit und
- Kosten-Nutzen-Aspekte.

In allen neun Bereichen sind mittlerweile Versorgungsdaten verfügbar. Die Liste umfasst die IV-Aktivitäten in Neurologie und Nervenheilkunde im Bereich „Versorgungsstrukturen“, eine Zusammenstellung der Studien und Gutachten zur wirtschaftlichen Situation der neurologischen und nervenärztlichen Praxen sowie ein Glossar der relevanten Qualitätsorganisationen im Bereich „Qualitäts- und Risikomanagement“. Im Augenblick ergänzt das DIQN seine Zusammenstellung der laufenden klinischen

Studien zu den wichtigsten neurologischen Erkrankungen.

Projekt „Patientenleitlinien“

Das DIQN erstellt und aktualisiert die Patientenleitlinien von BDN und DGN und stimmt sie mit den Experten dieser Organisationen ab. Sie sind nach einem internationalen Kriterienkatalog für gute Patienteninformationen erstellt. Im Augenblick verfügen die Verbände über 14 Patientenleitlinien. Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) hat jetzt die erste von ihnen bewertet und mit der höchsten möglichen Punktzahl ausgezeichnet (Patientenleitlinie zur Migräne). Im Augenblick ist eine weitere Patientenleitlinie im ÄZQ-Bewertungsverfahren (Primär- und Sekundärprävention des Schlaganfalls). Die Patientenleitlinie Parkinson befindet sich in der internen Abstimmung.

mung. Das ÄZQ veröffentlicht die Patienteninformationen auf der Internetseite www.patienten-information.de.

Kooperation mit IMS Health

Das DIQN arbeitet im Bereich Arzneimittel mit der Firma IMS Health zusammen. Die Gesellschafter des DIQN konnten mit dem Unternehmen vereinbaren, dass sie regelmäßig Daten aus dem Bereich Neurologie/Psychiatrie/Nervenheilkunde erhalten. Außerdem stellt IMS Health das zur Auswertung notwendige Statistikprogramm zur Verfügung (Disease Analyzer).

Im Gegenzug haben sich die Verbände dazu bereit erklärt, Kolleginnen und Kollegen dazu aufzufordern, sich an dem Panel von IMS Health „Neurologie, Psychiatrie, Nervenheilkunde“ zu beteiligen und Datenlieferanten zu werden. Das ist im eigenen Interesse des Verbandes: Je mehr Praxen sich beteiligen, umso valider sind die Daten, die das DIQN von IMS Health bekommt und mit denen das Institut arbeitet. Das DIQN hat mit den IMS-Daten eine Auswertung zur Verordnung von MS-Präparaten, Präparaten zur Alzheimer-Therapie und zu weiteren Medikamenten vorgenommen, bei denen Neurologen und Nervenärzte Praxisbesonderheiten geltend machen. Diese zusammen mit Prüffärzten erstellte Auswertung hilft bei der Beratung von Praxen, denen ein Regress droht. Die Auswertung wird fortgesetzt. □



ATHENE

Organisation und Verträge

Die Qualitätsmanagement-Akademie Athene hat sich im neuropsychiatrischen Bereich etabliert. Mit großer Kompetenz vermittelt die Organisation wichtige Standards für den Bereich Qualitäts- und Risikomanagement sowie für Verträge der integrierten Versorgung.

Athene wurde auf Initiative des BDN im Jahr 2001 gegründet und hat sich auf die Einführung von Qualitätsmanagement-Systemen im Auftrag von Berufsverbänden spezialisiert. Der erste Kunde von Athene war der BDN, bald gefolgt vom BVDN und BVDP. Die Gründung erfolgte durch Dr. Horst Poimann und Diplompsychologin Gabriele Schuster, die beide im Bereich Qualitätsmanagement über umfassende Erfahrung verfügen. Beide sind Geschäftsführer von Athene und in Würzburg tätig.

Die Akademie hat den Status eines „Lieferanten“ für alle Verbände. Keiner der Berufsverbandsvorstände ist Gesellschafter oder assoziiertes Mitglied bei Athene. Athene setzt ihre Aktivitäten zum Thema „Qualitätsmanagement“ direkt im Sinne der Verbände um. Im Gegenzug sichern die Berufsverbände Athene ihre Exklusivität zu. Unabhängig von dieser Vereinbarung ist die Akademie wirtschaftlich unabhängig und eigenständig. Ihren Status als Partner der Berufsverbände kann Athene auch verlieren, falls die Qualitätsansprüche der Verbände einmal nicht mehr bedient werden sollten.

Inzwischen vertritt Athene neben den neuropsychiatrischen Berufsverbän-

den den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), den Berufsverband der Kinder- und Jugendpsychiater (BKJPP) sowie die niedergelassenen Neurochirurgen (BDNC) in allen Angelegenheiten rund um das Thema Qualitätsmanagement.

Seit einer Umstrukturierung im Jahr 2006 hat die Akademie auch eigenständige Filialen in Dresden und Köln. Die Filiale in Dresden wird geleitet von Sigmar Fest, die Kölner Filiale von Kerstin Berninger.

QM-Systeme und Risikomanagement

Mit den Qualitätshandbüchern nach DIN EN ISO 9001 für die neurologische, nervenärztliche und psychiatrische Praxis sowie mit den bundesweit durchgeführten Seminaren und Coachings nach ISO und QEP® hat Athene die Qualitätsmanagement-Landschaft bundesweit geprägt. Sie ist bei QEP®-Schulungen auch offizieller Vertreter der Verbände bei der KBV. Die QM-Handbücher, Seminare und Coachings können Sie über die Athene-Zentrale erwerben beziehungsweise buchen. Aktuelle Seminarangebote finden Sie auf der Homepage der Akademie unter

AUTOR

Dr. med. Arne Hillienhof, Köln

Qualitätsmanagement-Akademie Athene

Huttenstr. 10, 97072 Würzburg
Tel.: 0931 88029396

Im Internet finden Sie weitere
Angaben unter:

www.athene-qm.de

E-Mail: g.schuster@athene-qm.de

www.athene-qm.de. Mit dem Standardwerk „Risikomanagement in der Neurologie“ ist es dem Autorenteam gelungen, den aktuellen Stand zum Umgang mit beziehungsweise zur Vermeidung von Risiken in der Neurologie zusammenzufassen.

Vertrag mit der Techniker Krankenkasse

Zum 1. April 2007 übernahm Athene den IV-Vertrag „Depression“ der Techniker Krankenkasse. Aus den anfänglich 190 Patienten, die bei der Übernahme durch Athene in den Vertrag eingeschrieben waren, sind bis Ende Juni mittlerweile 450 Teilnehmer geworden. Die Dokumentation erfolgte elektronisch, die entsprechenden pdf-Dokumente wurden zur Verfügung gestellt und ferner ein transparentes Controlling eingeführt, das den Praxen jederzeit einen guten Überblick über die eingeschriebenen Patienten ermöglicht. Monatliche Erinnerungs-Faxe sorgen dafür, dass keine Quartalsuntersuchung vergessen wird; Abrechnungstipps helfen, den Vertrag optimal auszunutzen.

Seit 1. April 2007 wurden verschiedene Regionen (Dresden, Würzburg-Schweinfurt-Aschaffenburg-Bad Kissingen, Ludwigshafen-Pfalz) in den Vertrag aufgenommen.

Zurzeit wird die Wirksamkeit des Vertrages durch die Techniker Krankenkasse geprüft. Wir rechnen mit Rückmeldungen aus dieser Prüfung bis Ende September. Wir begrüßen die Vertragsprüfung durch die Krankenkasse zum jetzigen Zeitpunkt, da wir dann gute Chancen haben, unsere Abläufe – falls überhaupt notwendig – soweit zu korrigieren, dass eine Fortsetzung des Vertrages im Jahr 2009 sicher ist. Sobald das

Prüfverfahren durch die TK beendet ist können weitere Regionen durch Informationsveranstaltungen in das „Versorgungsnetz Depression“ eingebunden werden. Bitte wenden Sie sich bei Interesse an einer Ausweitung des Vertrages auch in Ihrer Region an Athene.

Nähere Informationen zum Vertrag sowie ein aktuelles „Vertragstagebuch“, in dem die Aktivitäten rund um den Vertrag nahezu tagesgenau dargestellt werden, finden Sie auf unserer Internet-Seite.

Integrierte Versorgung und regionale Netze

Überblick über die „IV-Landschaft“: In Zusammenarbeit mit Athene hat Dr. Hillienhof vom DIQN im neurologischen, nervenärztlichen und psychiatrischen Bereich Informationen rund um die IV-Verträge gesammelt. Die ersten Informationen zu den Verträgen können unter www.diqn.de eingesehen werden.

Starthilfen für regionale Netze: Um den IV-Vertrag „Depression“ der Techniker Krankenkasse künftig in die Hand der Leistungserbringer zu überführen, wurde in Zusammenarbeit mit Herrn Wöhr von der Athene-Akademie die Genossenschaft „Brain-Konzept“ gegründet. Diese soll in Zukunft IV-Verträge abschließen und führen. Wer sich für die Gründung solcher Genossenschaften interessiert findet bei Athene ein praktisches Know-How für die Umsetzung

Für angehende regionale Netze, die sich über die Form der Gründung noch nicht im Klaren sind, hält Athene Musterverträge für Vereine und andere Organisationsformen vor.

Service-Plattform: Das Ziel der Plattform „Integrierte Versorgung und Regionale Netze“ bei Athene ist es, den regionalen Netzen die vielfältigen Möglichkeiten aufzuzeigen. Gleichzeitig möchte die Akademie bei allen Fragen zu Themen wie zum Beispiel Verhandlungen mit den Krankenkassen, Gestalten von IV-Verträgen, Bildung von Einkaufsgenossenschaften, Zentrierung und Vertrieb von Leistungen im Netz, Erstellen und Umsetzen eines Marketingkonzeptes sowie Berücksichtigung versicherungsrelevanter Aspekte Hilfestellungen geben. Hierzu gehört auf Wunsch auch die Analyse und Optimierung von Angeboten und Ab-

läufen im Netz sowie in einzelnen Praxen unter finanziellen Gesichtspunkten – die „finanzielle Prozessanalyse“. Hier ist Athene ein Instrument für die Berufsverbände, um die regionalen Netze als örtliche, starke Strukturen auf- und auszubauen.

Management von weiteren IV-Verträgen: Die „Feuerprobe“ als Management-Gesellschaft für IV-Verträge hat Athene bestanden. Ein transparentes Controlling ermöglicht den Teilnehmern am Vertrag zu jedem Zeitpunkt einen Einblick in den Stand der Dinge, sodass Qualitätsproblematiken in der Umsetzung schnell transparent gemacht und abgestellt werden können. Die enge Zusammenarbeit und somit die engmaschigen Kontrollen durch die Berufsverbände machen Athene zu einer guten Management-Firma für IV-Verträge. Im Augenblick besteht noch die Möglichkeit, weitere Verträge aufzunehmen.

Nachfolger von Klaus-H. Heinsen

Am 21. April 2007 wurde das jährliche Treffen des BVDN-Landesverbandes Bayern das erste Mal von Athene organisiert. Athene hat hier die Organisation von Klaus-H. Heinsen übernommen, der diese Tagung seit vielen Jahren erfolgreich und bewährt durchgeführt hat. Die Folien zu den Vorträgen dieser Tagung können unter www.bvbn.de heruntergeladen werden.

Ab Mitte 2007 wird Heinsen, der die Neuro-Akademie über viele Jahre hinweg mit großem Erfolg organisierte, sich leider in den verdienten Ruhestand zurückziehen. Die Organisation der Akademie wird dann an Athene übergehen. Ein Garant für Beständigkeit in der Akademie ist selbstverständlich auch weiterhin Dr. Albert Zacher, der die Leitung der Akademie für neurologische und psychiatrische Fortbildung der Berufsverbände BDN, BVDN und BVDP auch mit dem Athene-Team mit dem bekannten Sinn für Zuverlässigkeit und die Auswahl der richtigen Themen und Partner in gewohnter Weise fortführen wird. □

AUTOR

Dipl.-Psych. Gabriele Schuster, Würzburg

QUANUP

Qualitätsprojekte zur Versorgungsrealität

Im Dezember 2000 wurde der Verband für Qualitätsentwicklung in Neurologie und Psychiatrie – QUANUP – als Initiative von BVDN und BDN gegründet. QUANUP führt Qualitätsprojekte durch und ermittelt Versorgungsdaten. Speziell im Bereich Parkinson gibt es eine effiziente Kooperation mit anderen Organisationen.

Versorgungsdaten werden immer wichtiger – gerade vor dem aktuellen Hintergrund der zunehmenden „Ökonomisierung der Versorgung“. Diese betrachtet primär jede ärztliche Tätigkeit unter dem Aspekt der evidenzbasierten Medizin – bei gleichzeitig weitestgehendem Fehlen konkreter Versorgungsforschung. Der allgemein lange anerkannte „Wert der guten Versorgung“ im deutschen Gesundheitssystem gerät durch den Ökonomisierungszwang zunehmend in Gefahr. Hier versucht QUANUP in Kooperation mit dem Kompetenznetz Parkinson (KNP), dem Vorwurf an Fachärzte entgegenzutreten, die eigentliche Qualität ihrer Arbeit nicht ausreichend belegen zu können. Dies ist nur durch eine intensive und zeitaufwendige Dokumentation der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen möglich.

Strukturierte Versorgung – Parkinson

QUANUP hat zunächst bei der Indikation Parkinson eine Gruppe von Fachärzten aus dem niedergelassenen und stationären Bereich zusammengeführt und dabei das am weitesten fortgeschrittene Modul zur ambulanten „Strukturierten Versorgung – Parkinson“ (SV-P) entwickelt. Im Zentrum steht eine in Kooperation mit dem Kompetenznetz Parkinson entwickelte SV-P-Datenbank. In diesem Datensystem, QUANUP dB (dataBase), werden alle für Parkinson relevanten Parameter einschließlich der direkten und indirekten Krankheitskosten vollständig erfasst. Es enthält sämtliche soziale Daten (Berufsfähigkeit, Berentung, GdB, Versorgung, Pflegestatus), alle krankheitsbezogenen Daten (Diagnosestellung, -sicherung, Symptombeschreibung in international



etablierten Skalen einschließlich „Diagnose-Check“ der Krankheitskomplikationen), alle Therapiemaßnahmen mit Leitlinien-überprüfung, alle Therapiekosten (medikamentös, nicht medikamentös) sowie Outcome-Parameter inklusive Patientenlebensqualität.

Nachdem die Software entwickelt, angepasst und erprobt ist, werden derzeit randomisiert „typische Parkinsonpatienten“ untersucht. Die Auswertung wird die seit langem geforderten objektiven Daten zur Krankheitsbelastung der Patienten und alle erbrachten beziehungsweise veranlassten ärztlichen wie nicht ärztlichen Leistungen einschließlich realer Therapiekosten generieren. Zusätzlich sind damit objektivierbare Aussagen über Leistungsprofil und die Behandlungsqualität der teilnehmenden Praxen und Ambulanzen möglich. Hieraus können Benchmark-Parameter entwickelt werden – für die Behandlungsqualität ebenso wie bereits vorliegende konkrete Module zur Qualitätsverbesserung und deren Kostenrahmen.

Wichtige Vorarbeit für andere Bereiche

Das Kernstück der QUANUP-dB-Software ist bewusst indikationsunabhängig entwickelt worden. Die Bedürfnisse der teilnehmenden Praxen haben bei Softwareentwicklung und -anpassung im Rahmen wiederholter Updates und Upgrades höchste Priorität. QUANUP hat hierbei gute Erfahrungen mit den beteiligten Softwareentwicklern sammeln

können und stellt die geleistete Vorarbeit gerne für weitere Indikationen chronischer Erkrankungen in Neurologie und Psychiatrie zur Verfügung.

Diese Vorgehensweise entspricht aus Sicht von QUANUP dem Gedanken einer „sinnvollen integrierten Versorgung“, in der eine Erkrankung vollständig in ihren unterschiedlichsten Facetten und ihrer Komplexität betrachtet und evaluiert wird. Es geht hier gerade nicht um kurzfristige Kostenreduktionen und -verschiebungen ohne nachhaltige Konzepte. Deshalb ist es für uns wichtig, dass die Dokumentation und Evaluation von IV-Projekten zu Parkinson zusammen mit den Kollegen von SVP durchgeführt wird. Dies konnte bereits im mittelhessischen IV-Parkinson Vertrag mit der Barmer EK, mit elf niedergelassenen Neurologen/Nervenärzten sowie der Neurologischen Klinik in Marburg und der Parkinsonklinik Bad Nauheim realisiert werden.

Versorgungsstudie zu Parkinson

Ein weiteres wichtiges Projekt ist die bereits abgeschlossene, sich derzeit in der Auswertungsphase befindende „Versorgungsstudie Parkinson in Berlin“. Im IV. Quartal 2006 erfassten zwölf Berliner Praxen alle Parkinsonpatienten mit einer an QUANUP dB angelehnten Maske. Die Datenauswertung erfolgt durch das Kompetenznetz Parkinson. Vom IGES werden die Daten weiter bearbeitet und für ein von den Berufsverbänden in Auftrag gegebenes, umfassendes Gutachten über die Versorgung von Parkinsonpatienten in Deutschland bereit gestellt.

Darin soll nicht nur die Höhe der Verordnungskosten sämtlicher ärztlicher und nichtärztlicher Leistungserbringer veröffentlicht werden, sondern auch die außerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenkassen von Patienten selbst zusätzlich getragenen Kosten. Nicht zuletzt stehen Angaben über die geleistete ärztliche Tätigkeit und das hierfür vom System gezahlte ärztliche Honorar im Zentrum des Interesses.

QUANUP

Informationen unter www.quanup.de
Kontakt: Geschäftsstelle Quanup c/o
 Alexander Simonow
 Hauptstr. 106, 35745 Herborn
 Tel.: 02772 9896-0
 Fax: 02772 9896-14

PASS – Parkinsonassistentin

Ein aus unserer Sicht immens wichtiges Modul für eine bessere Versorgung der Patienten in deutschen Facharztpraxen ist die von Industrie und Krankenkassen unabhängige Weiterbildung der Fach- arztshelferinnen. Zunächst entwickelte QUANUP für den Bereich Parkinson einen Ausbildungsgang zur „Parkinson- assistentin“ (PASS). Mittlerweile gibt es in Deutschland über 100 Parkinsonas- sistentinnen. Der Ausbildungsgang wird vom KNP, der Deutschen Parkinson Vereinigung (dPV), dem Arbeitskreis

Parkinson-Syndrome Berlin und QUANUP zertifiziert. Die zusätzliche Zertifizierung durch die Deutsche Par- kinson Gesellschaft (DPG) ist angefragt. Kliniker haben den Gedanken inzwi- schen für die Weiterbildung ihres stati- onären Personals aufgegriffen. Darüber hinaus konnten aus den Vorerfahrungen zur PASS-Fortbildung 2007 erste Kurse für ein Kolloquium zur psychiatrischen Assistentin von den Kollegen Dr. R. Wietfeld, Dr. S. Schreckling und Dr. F. Bergmann durchgeführt werden. Ein komplett industrieunabhängiges MS- Modul steht ab 2008 zur Verfügung.

Umfassendes Therapiemanagement notwendig

Selbstverständlich gibt es im Bereich Parkinson auch für Kollegen regelmä- ßige Weiterbildungsveranstaltungen. Diese konzentrieren sich auf sektoren- übergreifende komplexe Fragestellungen und innovative Therapiemethoden ab-

seits von Kongressvorträgen. Ziel ist ein konkretes und umfassendes Therapie- management für Parkinsonpatienten. Zusätzlich widmet sich QUANUP der unbedingt erforderlichen Strukturierung der komplementär-therapeutischen Maß- nahmen, wie Physio-, Ergo-, Sprech- und Schlucktherapie.

Derzeit sind in QUANUP 35 Mit- glieder, 33 neurologische Praxen mit einem Schwerpunkt in der Behandlung Parkinsonkranker und zwei universitäre Institutsambulanzen für Bewegungsstö- rungen aktiv. Wir danken für deren en- gagierte Mitarbeit, ebenso den Unterstüt- zern von Seiten der Pharmaindustrie, die unsere Arbeit ohne jegliche Einflussnah- me auf Inhalte ermöglicht haben. □

AUTOREN

Dr. med. Reinhard Ehret, Berlin
Alexander Simonow, Herborn

BRAIN-KONZEPT

Vertragsabschlüsse für die Kollegen

Eine berufsverbandseigene Genossenschaft schließt in Zukunft Kollektivverträge ab. Sie vertritt die Interessen von Neurologen, Nervenärzten und Psychiatern; die ersten Projekte der Genossenschaft sind Vertragsabschlüsse für die integrierte Versorgung.

Am 21. Juni 2007 wurde anlässlich des 5. Neurologen- und Psychiatertages in Köln nach langwierigen Vorarbeiten die Genossenschaft der Nervenärzte, Neurologen und Psychiater – „Brain-Konzept“ – gegründet. Nun fehlt nur noch die Anmeldung beim Registergericht und wir sind arbeitsfähig.

Wozu brauchen Neurologen, Nervenärzte und Psychiater eigentlich eine Genossenschaft? Wer unsere Publikationen im NEUROTRANSMITTER und im Neurotransmitter-Telegramm der letzten Jahre aufmerksam verfolgt hat, wird sich daran erinnern, dass wir bereits 2003 angesichts des Entwurfes zum Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetzes (GMG) die Gründung einer vertragsfähigen Genossenschaft für unsere Fachgruppen beschlossen. Damals drohte der gesetzliche Zwang zu Einzelvertragsabschlüssen für alle Fachärzte – nur Hausärzte sollten noch im Kollektivvertragssystem der KVen verbleiben. Dazu kam es glücklicherweise nicht. Dennoch haben wir alle Vorarbeiten geleistet, um im Ernstfall eine vertragsfähige Genossenschaft für Nervenärzte, Neurologen und Psychiater „aus der Schublade“ ziehen zu können.

KVen verlieren an Bedeutung

Derzeit droht zwar kein plötzlicher Ernstfall mit schlagartigem Wegbrechen der KVen. Dennoch wird in der Beziehung zwischen niedergelassenen Ärzten, KVen, Krankenkassen und Patienten ein vermutlich nicht mehr aufzuhaltender Wandel stattfinden. In Bayern erleben wir gerade den massivsten Punktwertabsturz seit vielen Jahren. Diese Entwicklung haben nördliche und östliche KVen bereits als „Kellertreppeneffekt“ in vielen kleinen Schritten hinter sich gebracht.

Seriöse Gesundheitsökonomien gehen davon aus, dass in etlichen Jahren nur noch 60% des Honorarvolumens von niedergelassenen Kassenärzten über die KV abgewickelt werden. Das verbleibende Versorgungsvolumen wird per Direktvertrag vor allem mit Krankenkassen, möglicherweise aber auch mit Krankenhäusern oder anderen Gesundheitsversorgungsorganisationen vertraglich vereinbart werden. Wir stehen in absehbarer Zeit vermutlich einer Vielfalt von Vertragspartnern und Vertragskonstellationen gegenüber. Einzelpraxen sind aber logistisch mit dem Abschluss von Einzelverträgen überfordert; ganz abgesehen davon, dass sie im Wettbewerb sicherlich kaum wirtschaftlich tragfähige Verträge abschließen können.

Vertragsabschluss per Genossenschaft

Nichts liegt daher näher, als eine berufsverbandseigene „Genossenschafts-KV“ zu gründen, die für unsere Fachgruppe Kollektivverträge abschließt. Wenn unsere Genossenschaft alle erforderlichen Fähigkeiten vom Vertragsabschluss bis hin zur Rechnungsstellung und Honorarverteilung beziehungsweise Abrechnungsprüfung verfügt, kann sie tatsächlich für uns die Funktion einer KV erfüllen. Zunächst wird dies so bei unserem IV-Vertrag Depression mit der Techniker Krankenkasse gehandhabt. Nach der Anlaufphase können aber auch regionale IV-Projekte über die Genossenschaft verwaltet werden, sodass grundsätzlich für solche Projekte keine regionalen „Verwaltungsvereine“ mehr gegründet werden müssen.

In die Genossenschaft Brain-Konzept können nur Mitglieder der neurologischen und psychiatrischen Berufsverbände BDN, BVND und BVDP eintre-

ten. Die Aufnahmegebühr in die Genossenschaft beträgt 200 EUR; sie ist ermäßigt auf 100 EUR innerhalb von 24 Monaten ab Gründung. Ein Genossenschaftsanteil kostet einmalig 200 EUR. An möglichen Gewinnausschüttungen von Brain-Konzept können natürlich nur Mitglieder teilnehmen – abgesehen von den in Euro und Cent fest vereinbarten Behandlungshonoraren.

Ärztliche Teilnehmer an IV-Programmen der Berufsverbände müssen nicht verpflichtend Genossenschaftsmitglieder sein, wohl aber Berufsverbandsmitglieder. Ein weiteres wirtschaftliches Tätigkeitsfeld von Brain-Konzept wird die Bildung von Einkaufsgemeinschaften sein, beispielsweise für Ultraschall- oder Elektrophysiologiegeräte. Auch derartige Vorteile kann unsere Genossenschaft natürlich nur Mitgliedern zur Verfügung stellen.

Sobald alle bürokratischen Weichen gestellt sind und sich der Beitritt in unsere Genossenschaft Brain-Konzept lohnt, werden wir Sie wieder informieren, damit Sie Ihre Beitrittsentscheidung treffen können. □

AUTOR

Dr. med. Gunther Carl, Kitzingen
2. Vorsitzender des BVND

5. Information und Kommunikation

Berufspolitik heißt analysieren, intervenieren, zuweilen protestieren, zunehmend gestalten, vor allem aber auch informieren. Eine Übersicht über die Systematik und die Möglichkeiten der verschiedenen Informationskanäle sollen die folgenden Artikel vermitteln.



© Mauritius, Mittenwald

61	5.1	www.neuroscout.de
62	5.2	BDN-Foren
65	5.3	BDN-Fortbildung
65	5.4	Neurologen- und Psychiatertag

66	5.5	NEUROTRANSMITTER
67	5.6	www.neurologen-und psychiater-im-netz.de
68	5.7	Buchrezension: „Teilhaben!“
69	5.8	Qualitätsberichte

WWW.NEUROSCOUT.DE

Plattform und Archiv für die Berufspolitik

Neben dem Informationsnetzwerk für Patienten „Neurologen und Psychiater im Netz“ hat sich für Ärzte „Neuroscout“ als Informationsmedium im Internet etabliert. Hier können Mitglieder der Berufsverbände auf ein großes Archiv für alle berufspolitisch relevanten Themen zurückgreifen. Neu sind Mitgliederforen und geschlossene Foren als Kommunikationsplattform für Ärztenetze und Arbeitsgruppen.

Aktuelle Informationen aus dem Berufsverband und der Gesundheitspolitik, Downloads und Mitglieder-Service: Das ist die Aufgabe der Homepage des BDN www.neuroscout.de. Zentrale Inhalte sind über ein Passwort geschützt und damit nur für Mitglieder zugänglich.

Die Berufsverbandsmitglieder haben die Seite gut angenommen. Das Portal verzeichnet rund 4.500 Zugriffe pro Monat auf den internen Bereich. Dies sind rund sieben Mal so viel wie vor dem Neustart Ende 2004.

Immer aktuell

Die Inhalte werden jede Woche aktualisiert: Berufspolitische Aktivitäten des BDN, Vertragsverhandlungen, Qualitätsmanagement-Konzepte und weitere Projekte. Die Mitglieder des Berufsverbands sind damit stets auf dem neuesten Stand.

Kernpunkte der Homepage sind neben der Eigendarstellung des Berufsverbandes und seiner Strukturen selbstverständlich die verschiedenen Projekte des BDN. Zum Beispiel finden die Mitglieder unter der Rubrik „Integrierte Versorgung“ die Konzepte der Berufsverbände für diese Versorgungsform. Außerdem sind Fortbildungen, Symposien und politische Veranstaltungen des Verbandes abrufbar, nach Möglichkeit mit den Vorträgen der Referenten.

Offene und geschlossen Foren

Neu im System sind Online-Foren, in denen Mitglieder aktuelle Themen diskutieren und Informationen austauschen können. Die Foren werden redaktionell betreut.

Ein besonderer Service sind die geschlossenen Foren für Ärztenetze und andere Zusammenschlüsse von BDN-Mitgliedern: Mit einem Extra-Passwort

Das finden Sie auf der Homepage der Berufsverbände:

- Artikel früherer NEUROTRANSMITTER-Ausgaben
- NEUROTRANSMITTER-Telegramme zum Nachlesen
- Übersichten zu Vergütungsfragen (EBM, GOÄ, JVEG)
- Rahmenkonzepte zur integrierten Versorgung
- Patientenleitlinien und Hintergrundinformationen zu Leitlinien
- Materialien und Arbeiten zum Qualitäts- und Risikomanagement
- aktuelle politische Informationen, Adressen, Links
- ... und vieles mehr

versehen, sind sie nur für bestimmte Mitglieder zugänglich. Auf diese Weise erhalten Netzwerke oder Arbeitsgruppen kostenfrei eine Kommunikationsplattform im Rahmen von www.neuroscout.de.

Wer seine Büros nicht mit Bergen von Papier belasten möchte, der kann im Mitgliederbereich der Homepage auch den NEUROTRANSMITTER lesen. Dazu wird die aktuelle Version zeitnah eingestellt. Sie bleibt im Archiv verfügbar, sodass Mitglieder jederzeit auch auf vergangene Ausgaben zurückgreifen können. 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

Berufsverbandes, über Neuerungen und Termine.

Transparente Finanzierung

Die neue Verbands-Homepage wird über Sponsorengelder finanziert. Dabei müssen strenge und transparente Regeln eingehalten werden. Die Sponsoren üben keinen Einfluss auf die redaktionellen Inhalte der Seiten 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 sein 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 können. Alle Firmen, die sich finanziell am Aufbau und Erhalt der Seiten beteiligen, sind für Interessierte im Bereich Sponsoren kurz dargestellt. □

AUTOR

Dr. med. Arne Hillienhof, Köln

BDN-Foren

Seit der Gründung unseres Berufsverbands dürfen wir die DGN-Tagungen dazu nutzen, unsere Mitgliederversammlungen abzuhalten und unsere Aktivitäten darzustellen. Für die Diskussion und den Austausch in versorgungsrelevanten Fragen halten wir auf den Kongressen die BDN-Foren ab, die aufgrund der hohen Nachfrage von Jahr zu Jahr größere Räume beanspruchen.

Die Themen sind zum Leidwesen der Kongressorganisation möglichst tagesaktuell, sodass das genaue Programm meist kurz vor (oder sogar erst nach) Drucklegung der Programmhefte feststeht. Inhalte betreffen im Gegensatz oder in Ergänzung zu den wissenschaft-

lichen Programmteilen der DGN hauptsächlich Fragen der Sozialgesetze und der Entwicklung von Vergütungs- und Versorgungsstrukturen wie beispielsweise die integrierte Versorgung.

Auch in diesem Jahr bieten wir wieder zwei Foren an. Das erste Forum beschäftigt sich wegen der regelmäßigen Nachfrage wieder mit den Auswirkungen der Gesundheitsreformen und dem Stand der Gestaltung der integrierten Versorgung. Das zweite Forum hat die ökonomischen Zwänge und die Entwicklungen der vertragsärztlichen Vergütungsstrukturen zum Inhalt. □

BDN-Forum 1 – Aspekte der Gesundheitsreform

Mittwoch, 12. September 2007, 11.00–14.00 Uhr, Salon 17/18

Vorsitz: H.-C. Diener (Essen), U. Meier (Grevenbroich)

- Auswirkungen der Gesundheitsreform und kooperative Versorgungsstrukturen
- Juristische Aspekte. I. Pflugmacher (Bonn)
- Stationäre Versorgung. H.-C. Diener (Essen)
- Ambulante Versorgung. U. Meier (Grevenbroich)
- Rehabilitation, Nachsorge und Heilmittel. H. Masur, P. Reuther (Bad Bergzabern, Bad Neuenahr-Ahrweiler)
- Roundtable: Diskussion mit Referenten und Teilnehmern

BDN-Forum 2 – Neurologie und Ökonomie

Donnerstag, 13. September 2007, 14:30–16:30, Raum 56

Vorsitz: U. Meier (Grevenbroich), F. Bergmann (Aachen)

Teil 1: Versorgung zwischen Standard und Wirtschaftlichkeit – Wann endet wirtschaftliche Verantwortung, wann beginnt Rationierung?

- Wie werden Kosten-Nutzen-Analysen medizinisches Handeln in der Zukunft prägen? J. Kugler (Dresden)
- Me-too-Listen, Generika-Quoten und Off-Label-Regresse – Sinnvolle Maßnahmen zur Begrenzung der Arzneimittelausgaben oder Rationierung? G. Nelles (Köln)

Teil 2: Die Zukunft der vertragsärztlichen Versorgung

- Entwicklung der vertragsärztlichen Vergütungsstrukturen. F. Bergmann (Aachen)
- Ist die neurologische Praxis zukünftig überlebensfähig? Analysen, Maßnahmen und Strategien der Berufsverbände. U. Meier (Grevenbroich)
- Roundtable: Diskussion mit Referenten und Teilnehmern

BDN-Fortbildung

Der BDN hat außerhalb der Fortbildungsakademie der Berufsverbände oder der Fachgesellschaften normalerweise keine eigenen Fortbildungsinitiativen. Eine Ausnahme stellen jedoch die Workshops zur Evaluation der wissenschaftlichen Leitlinien dar. Der Berufsverband hat die Entwicklung der wissenschaftlichen Leitlinien von Beginn an mitprägen dürfen und auch einen Vertreter in der Leitlinienkommission gestellt.

Die Aufgabe des BDN besteht selbstverständlich nicht in wissenschaftlichen Eingaben, sondern der BDN beschäftigt sich mit Fragen der Anwendbarkeit und den möglichen Umsetzungsbarrieren. Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, hat unser Verband seit nunmehr drei Jahren Veranstaltungen zur Evaluation ausgewählter Leitlinien durchgeführt.

Das Prinzip der Veranstaltungen ist jeweils gleich, das Vorgehen standardisiert: Teilnehmern der Workshops aus Klinik und Praxis werden ausgewählte Leitlinien und Leitlinienempfehlungen anhand von Fallbeispielen präsentiert. Mittels eines TED-Verfahrens wird anschließend anhand von Zustimmungsklassen die Akzeptanz der Leitlinienempfehlung ermittelt und diskutiert. Diese Auswertungen werden den Leitlinienautoren zugestellt und können auch im Internet nachgelesen werden. Die Praxisnähe, die hohe Informationsdichte und Systematik des Fortbildungskonzeptes sowie die Möglichkeit der intensiven Diskussion hat bisher regelmäßig zu sehr positiven Evaluationswerten der Veranstaltungen selbst geführt, sodass wir die Serie auch im kommenden Jahr fortsetzen werden.

Nota bene: Um die Leitlinien noch besser als Instrument zur Verbesserung der Versorgungsqualität einsetzen zu können und die Entwicklungen wissenschaftlicher Standards mit den Versorgungsrealitäten abgleichen zu können, ist bei der Entwicklung der neuen Auflage ab diesem Jahr ein BDN-Vertreter den großen Leitlinien zugeordnet. □

AUTOR

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich

Erfolgreicher V. Deutscher Neurologen- und Psychiatertag in Köln

Der fünfte Neurologen- und Psychiatertag des BVDN am 23. Juni dieses Jahres in Köln fand großen Zuspruch. Mehr als 250 Mitglieder der Berufsverbände waren der Einladung gefolgt. Sie konnten sich eingehend über die aktuellen berufspolitischen Entwicklungen informieren.

Der Leiter des Honorardezernates der KBV, Dr. Bernhard Rochell, stellte die aktuellen Veränderungen des EBM für 2008 vor. Er erklärte, dass die KBV wesentliche Forderungen der neurologisch-psychiatrischen Berufsverbände in ihrer Konzeption aufgegriffen hat. Neben der lange eingeforderten Neuberechnung des neurologischen Betriebskostenmodells sind die Betreuungsziffern in den Kapiteln 16 und 21 ebenso wie die Abrechnungsmöglichkeiten von Gesprächen als Einzelleistung von großer Bedeutung – zumal in den anderen fachärztlichen Kapiteln die Gesprächsleistungen in der Grundpauschale enthalten sind.

IGES-Gutachten: unterdurchschnittliche Honorierung

Erste Daten des IGES-Gutachtens zur neurologischen und psychiatrischen Versorgung wurden von Dr. Martin Albrecht und Prof. Dr. Bert Rürup präsentiert. Die im Verhältnis zu anderen Fachgruppen unterdurchschnittliche Entwicklung des Honorars wurde dabei ebenso deutlich wie die Probleme, die sich aus der sektoralen Aufteilung und Fragmentierung in der Versorgung ergeben. Die Redner gingen auch auf die damit einhergehenden Wettbewerbsnachteile für die Vertragsärzte im System ein.

Das endgültige Gutachten wird im Herbst vorliegen und die berufspolitische Arbeit des BVDN, BDN und BVDP maßgeblich unterstützen. Alle drei Verbände tragen und finanzieren das Gutachten.

Neben den Darlegungen von Dr. Ulrich Orłowski vom Bundesgesundheitsministerium zur Weiterentwicklung der Versorgung in selektiven Verträgen, waren weitere zentrale Themen die Dar-



© pixello.de

stellung des Regionalisierungskonzeptes der Verbände sowie die Me-too-Problematik und Off-Label-Verordnungen.

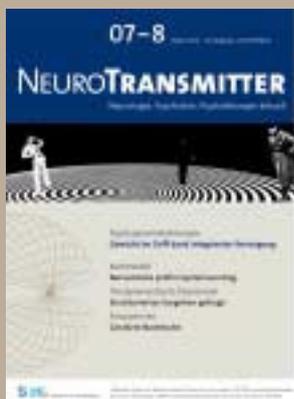
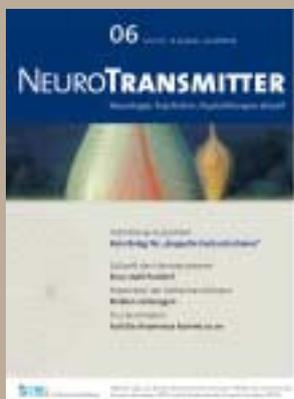
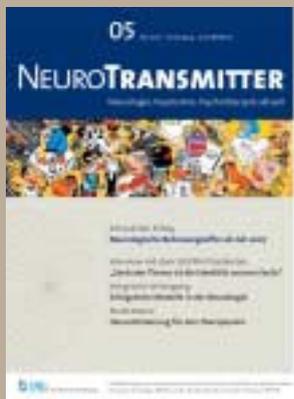
Kooperation mit Verbänden und Fachgesellschaften

Das Konzept hat sich bewährt, aus der Hauptversammlung des BVDN einen Neurologen- und Psychiatertag zu machen, der kooperativ mit BDN und BVDP veranstaltet wird. Die intensive Vernetzung mit den wissenschaftlichen Gesellschaften wurde nicht zuletzt durch die Präsenz und Grußworte der amtierenden Präsidenten Prof. Dr. Wolfgang Gaebel (DGPPN) und Prof. Dr. Günther Deuschl (DGN) deutlich gemacht; ferner war als Vertreterin der Angehörigen Gudrun Schliebener, auch Mitglied des BVDN-Beirates, vor Ort.

Der VI. Deutsche Neurologen- und Psychiatertag im Mai 2008 wird voraussichtlich wieder in Köln stattfinden und den Gedanken der Vernetzung der Versorgungssektoren weiterentwickeln! □

AUTOR

Dr. med. Frank Bergmann, Aachen



STECKBRIEF NEUROTRANSMITTER

Pflichtlektüre für neuropsychiatrische Berufe

Auch wenn für die meisten diese Facharztzeitschrift längst zur Standardlektüre geworden ist: Wir möchten an dieser Stelle die Gelegenheit nutzen, Ihnen den NEUROTRANSMITTER einmal genauer vorzustellen.

Die Fachzeitschrift NEUROTRANSMITTER richtet sich an Neurologen, Nervenärzte und Psychiater; zur Zielgruppe gehören weiterhin Kinder- und Jugendpsychiater, Neurochirurgen und im neuropsychiatrischen Bereich tätige Kollegen anderer Fachgruppen. Sie hat eine Druckauflage von derzeit 9.700 Exemplaren pro Ausgabe und erscheint elfmal jährlich. Zusätzlich gibt es Sonderausgaben anlässlich der Kongresse der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN).

Berufspolitik und Fortbildung

Die Zeitschrift ist das offizielle Organ von drei politisch aktiven Verbänden: Berufsverband Deutscher Neurologen (BDN), Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN) und Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP). Der NEUROTRANSMITTER versteht sich daher als führendes berufspolitisches Diskussionsforum. Die gesundheitspolitischen Entwicklungen verlangen nicht nur aktuelle und konkrete Informationen, sondern auch die Darstellung von berufspolitischen Strategien durch die Verbände. Im Service-Teil der Zeitschrift finden sich auch die Kontaktdaten von Berufsverbands-Mitgliedern, die in Kassenärztlichen Vereinigungen oder Ärztekammern tätig sind.

Der NEUROTRANSMITTER bietet hoch qualifizierte wissenschaftlich-medizinische Fortbildung. Neben Fachbeiträgen von führenden Autoren sind auch ein CME-Modul sowie interessante Kasuistiken und Kurzreferate von Publikationen aus der internationalen Fachliteratur Bestandteil des Fortbildungsprogramms. Buchrezensionen, Pressebe-

richte über pharmakologische Entwicklungen und ein Journal-Teil mit Artikeln über Kunst und Reisen runden das inhaltliche Spektrum ab.

Erfolgreich und etabliert

In regelmäßigen Abständen werden in der unabhängigen Leseranalyse für medizinische Fachzeitschriften (LA-MED) die Reichweiten der Zeitschriften ermittelt. Der NEUROTRANSMITTER erzielte 2006 bei niedergelassenen Neurologen, Nervenärzten und Psychiatern eine Reichweite von 64,6% (Leser pro Ausgabe bezogen auf allen Niedergelassenen). Damit liegt die Zeitschrift in der Spitzengruppe der drei am häufigsten gelesenen Titel in diesem Fachbereich.

Auch im Internet ist die Zeitschrift auf den Homepages der drei Berufsverbände präsent. Für wichtige tagespolitische Meldungen werden ferner die Neurotransmitter-Telegramme versendet.

Geschichte einer Zeitschrift

Die erste Ausgabe des NEUROTRANSMITTER erschien im Mai 1990 in Wiesbaden; schon damals war diese Facharztzeitschrift das Organ des BVDN. Später wurde der Titel unter der Leitung von Dr. Adelheid Barth-Stopik in Berlin herausgegeben.

Die erste Ausgabe als Zeitschrift des damaligen Medien & Medizin Verlags (MMV) in München erschien 1998. Seit diesem Jahr ist PD Dr. Albert Zacher Schriftleiter. 1999 erfolgte die Fusion des MMV-Verlags mit dem Verlag Urban & Vogel. Mit Gründung des BDN im Jahr 1999 war der NEUROTRANSMITTER auch Organ dieses Verbands. Seit dem Jahr 2000 wurde die Fachzeitschrift zum offiziellen Medium des dritten Berufsverbands, des BVDP. **af**

WWW.NEUROLOGEN-UND-PSYCHIATER-IM-NETZ.DE

Rekordbesucherzahlen im Patientenportal

Das Internet-Netzwerk für Patienten www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de ist der offizielle Patienteninformationsdienst der neuropsychiatrischen Berufsverbände und Fachgesellschaften. Die Aufgaben des Netzwerkes umfassen neben der Patienteninformation auch Servicefunktionen für Praxen und Kliniken. Nicht zuletzt ist der Internetauftritt auch Grundlage für eine professionelle Zusammenarbeit mit der Presse.

U nser Internet-Netzwerk für Patienten „Neurologen und Psychiater im Netz“ (NPiN) entwickelt sich weiterhin äußerst erfolgreich. Im Juni 2007 verzeichnete dieser Informationsdienst einen neuen Besucherrekord: Rund 90.000 Internetbenutzer haben in diesem Monat auf dem Informationsportal aktuelle Meldungen aus der Neurologie und Psychiatrie verfolgt, Hintergründe

über Erkrankungen gelesen oder einen Neurologen beziehungsweise Psychiater im Ärzteverzeichnis nachgeschlagen. Bis zum Ende des Jahres erwarten wir 100.000 Besucher pro Monat, für das gesamte Jahr werden es voraussichtlich eine Million Zugriffe sein. Aktuelles Highlight ist eine interaktive Deutschlandkarte mit den Anschriften aller Stroke Units.

Praxishomepage für bessere Patienten-Compliance

Für die Praxishomepage bei NPiN gibt es neue Angebote, um Ihre Praxis attraktiver zu machen und Sie bei der Betreuung Ihrer Patienten zu unterstützen. Mit dem automatischen Erinnerungssystem bekommen Ihre Patienten regelmäßig Benachrichtigungen für Kontrolluntersuchungen per E-Mail zugesandt. Für diejenigen, die bisher keine Praxishomepage bei NPiN haben, lohnt es sich deshalb, sich jetzt anzumelden. Nachfolgend steht Ihnen ein vorge-druckter Anmeldungsbogen zur Verfügung. Daneben besteht natürlich auch die Möglichkeit, sich online anzumelden.

Pressearbeit wird großgeschrieben

Durch die enge Zusammenarbeit mit den großen deutschen Nachrichten-Agenturen sowie Print- und TV-Medien gelingt es, das Thema psychische und neurologische Erkrankungen einer breiten Öffentlichkeit zugänglich zu

Anmeldecoupon

herausgegeben von den Berufsverbänden und Fachgesellschaften für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie:
BDN, BKJP, BVDN, BVDP, DGGPP, DGKJP, DGN, DGPPN

Ich bestätige, Mitglied in einer der erwähnten Fachorganisationen zu sein.

Name, Vorname _____

Fachgebiet _____

Straße, Haus-Nr. _____

PLZ, Stadt _____

Telefon _____ Fax _____

E-Mail _____

Internetadresse (falls vorhanden) _____

Sprechzeiten _____

Kosten pro Monat: (bitte ankreuzen)

Einzelpraxis - ohne bestehende Homepage
 7,50 Euro

Einzelpraxis - mit bestehender Homepage
 3,75 Euro

Gemeinschaftspraxen / andere Organisationsformen - ohne bestehende Homepage
 10,00 Euro

Gemeinschaftspraxen / andere Organisationsformen - mit bestehender Homepage
 5,00 Euro

Klinik - mit bestehender Homepage
 15,00 Euro

Hinzu kommt eine einmalige Bearbeitungsgebühr von 15,00 Euro. Alle Kosten verstehen sich zzgl. gesetzl. MwSt.

Bitte senden an:
Monks - Ärzte im Netz GmbH • "Neurologen und Psychiater im Netz" • Steven Monks • Tegernseer Landstraße 138
81539 München • Tel.: 089 / 64 24 82 12 • E-Mail: st.monks@monks.de • Fax: 089 / 64 20 95 29

Ermächtigung zum Bankeinzugsverfahren
Bei Nichtteilnahme am Bankeinzugsverfahren werden Bearbeitungsgebühren von 10,00 Euro berechnet.

Ich ermächtige die Monks - Ärzte im Netz GmbH, die von mir zu entrichtenden Beitragszahlungen bis auf Widerruf bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen.

Bank _____

BLZ _____

Konto-Nr. _____

Datum _____

Unterschrift _____

Sie möchten sich dem Internet-Netzwerk anschließen? Unter www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de/online können Sie sich auch über Internet anmelden.



Das Informationsportal „Neurologen und Psychiater im Netz“ verzeichnet erfreuliche Zugriffszahlen.

machen. Allein in diesem Jahr wurden bereits knapp 50 Pressemeldungen der NPiN-Redaktion von verschiedenen Nachrichtenagenturen aufgegriffen. Mit mehr als 200 Artikeln in Zeitungen und Zeitschriften haben wir seit Jahresbeginn 54 Millionen Leser erreicht.

Hinzu kommen zahlreiche Online-Veröffentlichungen auf Nachrichtensportalen von Tageszeitungen und Fernsehsendern. Mittlerweile ist die Internetseite die Basis für unsere Presse- und Öffentlichkeitsarbeit. □

AUTOR

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich

NEUROLOGISCHE REHABILITATION – TEILHABEN! Plädoyer für ein neues Konzept

„Teilhaben!“ beschreibt das ganzheitliche und interdisziplinäre Behandlungskonzept für die wohnortnahe Rehabilitation von hirnverletzten Patienten. Das nachfolgend rezensierte Fachbuch eines erfahrenen und engagierten Rehabilitations-Teams überzeugt durch klare Übersicht, gute didaktische und grafische Gestaltung und aktuelle Fallbeschreibungen.

Trotz mehrerer Herausgeber und vieler Autoren ist das Buch „Teilhaben! Neue Konzepte der NeuroRehabilitation – für eine erfolgreiche Rückkehr in Alltag und Beruf“ aus einem Guss geschrieben. Es liest sich durchwegs kurzweilig. Bei nun schon wiederholter Lektüre dieses Buches faszinieren mich aufs Neue die breite und fantasievolle Beschreibung vieler teilhaberelevanter Ideen und Interventionen. Es ist erstaunlich, wie viel Wissen und Erfahrung die Autoren in 165 Seiten gesteckt haben.

Es geht nicht nur um die halbseitige Lähmung oder um die Aphasie, sondern hier wird der neurologische Patient in seinem wirklichen Leben auch mit seinen subtilen und individuellen Behinderungen erfasst und „bio-psycho-sozial“ rehabilitiert. Das Buch lädt den Leser ein, anhand der Kasuistiken Patientenschicksale auch aus der eigenen Arbeit neu zu reflektieren und Problemstellungen zu erkennen, die man in der eigenen Praxis bislang nicht bedacht hatte.

Das Buch kommt in einer Zeit auf den Markt, in der sich die medizinische Versorgung dramatisch verändert. Die Forderungen nach hoher Qualität in der Medizin und die sozialrechtliche Stärkung sowie Neudefinition der Rehabilitation stehen in Konflikt mit zunehmender Ökonomisierung und Ressourcenknappheit: ganzheitliche Ergebnisqualität gegen Light-Konzepte?

Teilhaben! Kein leerer Imperativ

Die Autoren haben das Ausrufezeichen im Titel wohl bewusst und appellativ gesetzt: Mit dem Sozialgesetzbuch IX ist zwar seit 2004 ein Paradigmenwechsel in der Rehabilitation eingeleitet worden,

er ist aber vielfach noch nicht umgesetzt. Neben der alleinigen Funktions- und Fähigkeitsorientierung sind die Ziele der Rehabilitation für den Betroffenen mit der Förderung von Selbstbestimmtheit (Autonomie) und Teilhaben (Partizipation) am Leben in der Gesellschaft definiert.

Das SGB IX schreibt dabei dezidiert vor – und dies wurde durch die aktuelle Gesundheitsreform (GKV-WSG) noch einmal intensiv bestärkt – dass der Behinderte und von Behinderung Bedrohte unter medizinischen, psychischen und sozialen Aspekten geheilt und rehabilitiert werden soll. Er hat einen Rechtsanspruch auf entsprechende Maßnahmen und Leistungen zur Teilhabe. Der Gesetzgeber hat dabei sehr pointiert festgelegt, dass es zentral um die Selbstbestimmtheit des Patienten in Bezug auf seine individuelle Lebensrealität geht, also durchaus um ein soziales Recht mit subjektivem Patientenbezug.

Effizientes und valides Konzept

In den angloamerikanischen und skandinavischen Ländern ist die ganzheit-



Fries W, Lössl H, Wagenhäuser S (Hrsg.): **Teilhaben! Neue Konzepte der NeuroRehabilitation – für eine erfolgreiche Rückkehr in Alltag und Beruf.** Thieme 2007, ISBN 978-3-13-142621-5, 49,95 EUR

© Archiv

liche, „community-based“ also wohnortnahe rehabilitative Komplexbehandlung von neurologisch Kranken und Hirnverletzten bereits lange etabliert. Die Ergebnisse und Erfolge dieser Therapie sind publiziert.

Als seit über 20 Jahren in der ambulanten Facharztpraxis und in Heimen tätiger Neurologe bin ich mit der Realität von Budgets, Richtgrößen sowie der derzeitigen Heilmittelversorgung und Defiziten an Kompetenz vertraut. Die postakute und chronische Lebens- und Versorgungssituation von Menschen mit Schlaganfall und Schädelhirntrauma inklusive der Situation in den Familien ist nicht selten miserabel – gelegentlich bedauerlich und unwürdig.

Die Patientenselbsthilfe- und die Angehörigenverbände der Hirnverletzten und Schlaganfallpatienten wie beispielsweise „Kuratorium ZNS“, „Forum Gehirn“, „Bund Deutscher Hirnverletzter“ und andere beklagen mit Recht, dass es hier erhebliche Defizite gibt, von flächendeckender Versorgung einmal ganz abgesehen. Umso erfreulicher ist es, dass sich ein erfahrenes, neurologisch-neuropsychologisches Reha-Team zusammengesetzt und sein Wissen um die ganzheitliche und multidisziplinäre Neuro-Rehabilitation unter dem Titel „Teilhaben!“ zu Papier gebracht hat.

Wolfgang Fries aus München und sein Team beschreiben Erfahrungen, Arbeitsweisen und Handlungsstrategien aus 15-jähriger Arbeit in der wohnortnahen neurologischen Rehabilitation.

- Das Buch zeigt, wie man
 - die qualifizierten evidenzbasierten Funktionstherapien,
 - die Krankheitsbewältigung und Behinderungsakzeptanz,
 - die sozialen und persönlichen Rahmenbedingungen und
 - die realen Ziele der Teilhabe am sozialen Leben in einem durchgängigen Rehabilitationsprozess berücksichtigen und nachhaltig gestalten kann.
- Die Teilhabe-Ergebnisse der Münchner sind in den letzten Jahren in Fachzeitschriften und Büchern publiziert und auf Tagungen vorgestellt worden. Allein die Vorlage dieses kompakten Praxisbuches mit der Darstellung der Denkweise und der „Handwerkszeuge“ ist ein großer Gewinn.

Probleme formulieren – Entscheidungen suchen

Nach einer einleitenden medizinischen (neurobiologischen) und sozialmedizinischen Standortbestimmung wird die Umsetzung des Teilhabe-Gedankens in den Konzepten, Prozessen und Strukturen des Rehabilitationsteams beschrieben. Der praktische therapeutische Prozess beginnt mit der gemeinsamen Problemanalyse und der Zielfestsetzung zusammen mit dem Patienten (und Angehörigen). Danach geht es um die richtigen therapeutischen Entscheidungen, die Anwendung von neurobiologischem Wissen, die besonderen Probleme des Wahrnehmens, das Üben und Anpassen, das Akzeptieren und Bewältigen.

Der (begeisterte) Rezensent kann es sich einfach machen: Die Kapitelüberschriften der Autoren geben plastisch wieder, was Teilhaben bedeutet:

- Mobil im Alltag: Stolpersteine überwinden;
- Häusliche Lebensführung – weit mehr als Kochen und Putzen;
- „Jeder ist ein Künstler“ – Kreativität als Ressource;
- Wege aus der Sprachlosigkeit: Kommunikation mit Hindernissen;
- Bank, Post, Metzgerei: Erinnern, Planen, Organisieren im Alltag;
- Zurück ins Erwerbsleben: Strategien für die berufliche Wiedereingliederung.

Wohnortnah und problemorientiert

Die besonderen Chancen der wohnortnahen Rehabilitation werden in den alltagsorientierten Strategien und der Behandlung im sozialen Umfeld beschrieben (z. B. Hausbesuche, Angehörige informieren und unterstützen). Besonders originell ist die neue rehabilitative Projektarbeit: Mit dem Ansatz „Können durch Tun“ soll der Patient – ähnlich wie in der modernen Schulpädagogik – selbstgestellte Probleme seines realen Alltags umfassend und selbstständig lösen. Die therapeutische Intervention reduziert sich dabei auf Beobachten und allenfalls Coachen.

Da auch die Teilhabe-Rehabilitation auf ein Ende („Finalisierung“) ausgerichtet ist, muss sie sich um die Verstetigung ihrer Ergebnisse kümmern. Sofern die Rückkehr in das vorherige soziale Leben

Qualitätsberichte für die bessere Übersicht

➔ Die Komplexität der Versorgungsprobleme und der berufspolitischen Aufgaben wächst. Diese Sonderausgabe sollte Ihnen einen Überblick über Hintergründe, Daten und Fakten sowie über die Aktivitäten der Verbände und unsere Partnerorganisationen geben. Bei den vielen beteiligten Organisationen und Aufgaben



kann man jedoch schnell die Übersicht verlieren. Wir haben daher von Seiten der Berufsverbände geplant, Ihnen jährlich einen Qualitätsbericht der Verbandsarbeit zur Verfügung zu stellen. In diesem Bericht werden wir die wichtigsten Fakten zusammentragen, Aktualität sicherstellen und unsere Aktivitäten darlegen. Der Bericht dient Ihnen als Informationsmedium und Rechenschaftsbericht unserer Arbeit – und den Vorständen der Verbände als Checkliste und Aufgabenheft. Aus Kostengründen werden Ihnen die Qualitätsberichte im Internet als pdf-Datei zugänglich gemacht und nur einige wenige Berichte zu repräsentativen Zwecken ausgedruckt werden. Wir hoffen, dass Ihnen diese Form der Präsentation gefällt und Ihnen nützt. Wir nehmen Ihre Verbesserungsvorschläge selbstverständlich gerne entgegen.

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich

nur unvollständig möglich wird, müssen Freizeit, Ehrenamt und Selbsthilfe vorbereitet worden sein und umgesetzt werden – auch das ist Rehabilitation.

Highlights des Buches

Gemeinsame Problemanalyse mit dem Patienten: Die Klärung der zentralen Frage „Wo liegt die Behinderung?“ und die sich daraus ableitende Definition der Rehabilitationsziele sind eine anspruchsvolle, oft auch schmerzliche Herausforderung für das Team und den Betroffenen. Dieser Prozess ist nicht nur medizinisch, sondern auch psychotherapeutisch und sozialmedizinisch spannend. Wenn sich aus dem Erkennen auch nachhaltiges Handeln und eigenständiges Umsetzen im Alltag entwickeln soll, erfordert dies Zeit und Empowerment – „Fördern und Fordern!“

Clinical Reasoning: Darunter versteht man die ständige Auseinandersetzung und Entscheidungen über die individuelle Zielsetzung, über hemmende und fördernde Rahmenbedingungen in der Umwelt und in der Persönlichkeit des Patienten. Dieser dramatische inter- und intradisziplinäre Prozess unter Experten aus verschiedenen Berufsgruppen mit ihrem Patienten geht auch über die Grenzen des Rehabilitierens hinaus.

Arbeit am Akzeptieren und Bewältigen: Die Behandlung dieser für den Betroffenen und seine Umwelt wichtigen Entwicklung zieht sich wie ein roter Faden durch das Buch. Gelingt es dem Patienten, den Antrieb und die Motivation zu finden, um (frei nach Günther Wallraff) „... die neu gesteckten Grenzen auszuloten, sich zu spüren und wieder zu sehen, was er noch drauf hat?“ Re-Integrieren und Wieder-Teilhaben kann ein hirnschädigter Mensch erst dann wollen und wagen, wenn er seine Behinderung wahrnimmt und diese akzeptiert. Dieser Bewältigungs- und Anpassungsprozess setzt meist erst nach dem Verlassen des Krankenhauses und der Reha-Klinik im ungeschützten Leben ein – und da fehlen bisher die rehabilitative Begleitung und die Kompetenz! (Es sei denn, man findet Reha-Spezialisten, wie die Autoren des Fachbuches.)

Entscheidungs- und Handlungsautonomie: Den Prozess des sozialen Teilhabens wird der Patient erst dann wieder begin-

nen können, wenn er seine Autonomie in der Lebensführung und Organisation des Alltags wiedererlangt. Dabei müssen auch die erlernte und vordergründig sogar bequeme Fehl- und Überversorgung durch die Umwelt aber auch die materiellen Fehlanreize durch Pflegegeld und frühe Berentung überwunden werden. Ist die EU-Rente für einen 48-Jährigen nach 25 Arbeitsjahren wirklich eine soziale Wohltat?

Teilhabe am Arbeitsleben: In diesem umfangreichen Kapitel betonen die Autoren die Notwendigkeit eines durchgängigen Prozesses – von der neurologischen und neuropsychologischen Rehabilitation über die Arbeitstherapie und Belastungserprobung im konkreten Arbeitsumfeld bis hin zur therapeutischen Begleitung bei der stufenweisen Wiedereingliederung des Hirnverletzten. Eigentlich ist dies eine Selbstverständlichkeit, wenn man die Komplexität des „Rehabilitationsorgans Gehirn“ berücksichtigt. Aber wie weit ist die Realität im gegliederten Versorgungssystem von der Durchgängigkeit entfernt?

Konkret und lebensnah

Die praxisorientierte Beschreibung evidenzbasierter und leitliniengestützter Behandlungsverfahren und eine umfangreiche und aktuelle Literatursammlung in jedem Kapitel sind besondere Merkmale des Buches. Im Zentrum steht die angewandte Neurowissenschaft, die Funktionserholung und Reorganisation des Gehirns, die psychotherapeutische Rehabilitation und die konsequente Anwendung des Sozialrechts für eine große und wachsende Zahl von Menschen mit neurologischer Behinderung.

Nach der Lektüre dieses modernen Buches kann eigentlich niemand behaupten, dass er nicht wisse, was mit Rehabilitation zur Teilhabe und Selbstbestimmtheit in der Neuro-Rehabilitation gemeint sei: Es geht nicht nur um stationäre oder ambulante Rehabilitation, nicht nur um die Erholung von Funktionen, nicht nur um die basalen Aktivitäten des täglichen Lebens oder um die Organisation von kompensatorischen Hilfsmitteln oder fremder Hilfestellung (Pflege). Es geht um die Autonomie des Betroffenen, damit er trotz

neurologischer Krankheit und Behinderung eine ihm angemessene Teilhabe am sozialen Leben in der Gesellschaft wieder erreicht.

Kostenträger und deren Sozialmediziner müssten nach der Lektüre des Buches, die auch den medizinischen Laien in den Sozialverwaltungen empfohlen wird, wissen, dass die Rehabilitation von Hirnerkrankungen und neurologischen Krankheiten mit dem Ziel der Selbstbestimmtheit und Teilhabe in der Regel nicht mit FIM- oder Barthel-gesteuerten 15 bis 20 Therapietagen und in einer vierwöchigen Maßnahme mit Komplexpauschalen erreicht werden kann.

Mehr als nur ein Buch

Das Buch „Teilhaben!“ ist für weniger als den Preis eines Abendessens erschwinglich. Ich wünsche ihm eine große Verbreitung. Dabei wäre es für den einzelnen Patienten (und unsere Gesellschaft mit ihren demografischen Problemen) wünschenswert, wenn die skizzierten Teilhabe- und Autonomie-Gedanken Beachtung finden und handlungsführend werden – in den neurologischen Akutkliniken, den neurologischen und geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen, den Haus- und Facharztpraxen und in den Praxen der übrigen medizinischen Fachberufe. □

AUTOR

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

Zonisamid auch in der frühen Kombinationstherapie

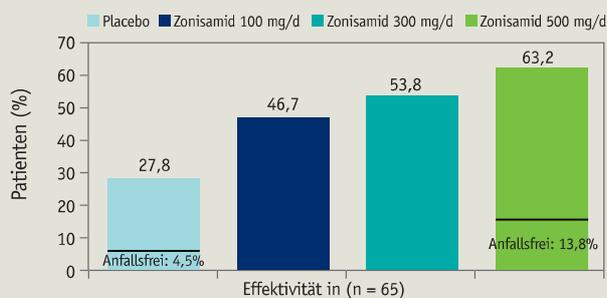
➔ Zonisamid (Zonegran®), das seit 2005 zur Zusatztherapie erwachsener Patienten mit fokalen Anfällen zur Verfügung steht, hat sich in der Kombinationstherapie als sehr wirksam erwiesen. Nach Worten von Dr. Thomas Mayer vom Epilepsie-Zentrum Kleinwachau in Radeberg sollte das Antiepileptikum in der Add-on-Therapie nicht nur bei therapierefraktären Patienten, sondern bereits in der frühen Kombinationstherapie in Betracht gezogen werden. Die zusätzliche Gabe von Zonisamid bewirkte

bei Patienten mit fokalen Anfällen eine starke Reduktion der Anfallshäufigkeit. Unter einer Dosierung von 500 mg Zonisamid pro Tag zählten nahezu zwei Drittel aller Patienten (63,2%) zu den Respondern, das heißt ihre Anfallshäufigkeit reduzierte sich um mindestens 50% (s. Abb.). Die Anfallsfreiheit, ein sehr „hartes“, doch laut Mayer für das Leben von Menschen mit Epilepsie entscheidendes Kriterium, erreichten unter der Zusatztherapie mit Zonisamid 13,8%. Das Antiepileptikum mit dosisabhängiger

Wirkung war in der Studie vergleichsweise gut verträglich. Nebenwirkungen waren bei langsamer Titration in der Regel leicht bis mäßig ausgeprägt und traten meist nur vorübergehend auf.

Ein weiteres Argument für einen Einsatz von Zonisamid in der frühen Kombinationstherapie ist für Mayer neben der Wirksamkeit und Verträglichkeit auch die günstige Pharmakokinetik, vor allem das geringe Interaktionsprofil. Da das Antiepileptikum in Japan bereits seit 1989 zur Behandlung von Patienten mit Epilepsie eingesetzt wird, gibt es darüber hinaus umfangreiche Erfahrungen zur Verträglichkeit und Sicherheit. Zusätzlich hat Zonisamid seine Wirksamkeit und Sicherheit in insgesamt vier doppelblinden, placebokontrollierten Studien unter Beweis gestellt. Mittlerweile wurden mehr als 1.000.000 Patienten mit Zonisamid behandelt. **USH**

Responderrate unter Zonisamid als Add-On in der frühen Kombinationstherapie



Responder = Reduktion der Anfallshäufigkeit um 50%; T. Mayer et al. ENS Wien 2005

Satellitensymposium „Innovative Behandlungsstrategien bei fokalen Epilepsien“ im Rahmen des ILAE-Kongresses Basel, 18. Mai 2007
Veranstalter: Eisai Pharma, Frankfurt

BENEFIT-Folgestudie zur Frühtherapie bei Multipler Sklerose

➔ In der Frühphase der Multiplen Sklerose (MS) lässt sich mit Interferon beta-1b Einfluss auf die Progression der Erkrankung nehmen. Das hat der erste Teil der BENEFIT (Betaferon®/Betaseron® in Newly Emerging Multiple Sclerosis For Initial Treatment)-Studie gezeigt. „Da bekannt ist, dass die Krankheitsaktivität in den ersten drei Jahren nach dem Auftreten von Symptomen am höchsten ist, lag es nahe, von Vorteilen einer Frühtherapie auszugehen“, betonte PD Dr. Karl Baum aus Hennigsdorf.

Die BENEFIT-Studie wurde in zwei Teile gegliedert. In der ersten, bereits abgeschlossenen Studienphase erhielten 468 Patienten für zwei Jahre oder bis zu einer klinisch gesicherten MS-Diagnose Placebo (n = 176) oder Interferon beta-1b (n = 292). Zielparameter der Studie war zum einen die Zeit bis zur Diagnose einer klinisch gesicherten MS, zum anderen die Zeit bis zur

Diagnose einer MS nach den neueren McDonald-Kriterien. In dieser Studienphase konnte, laut Baum, eine mit 50% sehr deutliche, signifikante Risikoreduktion durch Betaferon gezeigt werden.

Am BENEFIT-Projekt nehmen seit über vier Jahren immer noch mehr als 80% der Patienten, die ursprünglich in die Studie eingeschlossen wurden, teil. Über weitere Ergebnisse der Drei-Jahres-Auswertung berichtete Professor Bernhard Hemmer von der TU München. Hierbei wurden Patientengruppen verglichen, die entweder sofort nach dem ersten Schub mit Betaferon behandelt wurden oder erst später (nach dem zweiten Schub oder nach zwei Jahren). Der Vergleich zeigte, dass die Behinderungszunahme, gemessen anhand der EDSS (expanded disability status scale), in der Gruppe der Patienten mit sofortiger Betaferon-Gabe um 40% reduziert werden konnte

verglichen mit der Gruppe von Patienten, die erst später Betaferon erhielt. „Die Daten der integrierten Analyse nach drei Jahren belegen wie bereits die Zwei-Jahres-Daten, dass eine Behandlung mit Interferon das Fortschreiten der Erkrankung verzögert“, erklärte Hemmer. „Insbesondere zeigen sie, dass eine Frühtherapie mit Betaferon auch das Auftreten bleibender neurologischer Schäden hinauszögert.“ **ch**

Pressekonferenz: „Frühtherapie der Multiplen Sklerose – neueste Ergebnisse der Klinischen Forschung“
Leverkusen, 4. Juni.2007
Veranstalter: Bayer Vital GmbH, Leverkusen

Erweitertes Angebot im Epilepsie-Portal

__ Ab sofort können sich Ärzte und interessierte Fachkreise auf der aktualisierten Homepage www.topamax.de weiterbilden und ausführlich über den Einsatz von Topamax® (Topiramate) in der Epilepsie-Therapie informieren. Dort sind praktische Therapiehinweise, Produktinformationen und die wichtigsten Studien zu Topamax® genauso zu finden, wie Informationsbroschüren für Patienten. Neben einigen weiteren Neuerungen wird das Angebot durch ein interaktives Fortbildungsportal abgerundet.

Nach Informationen von Janssen-Cilag, Neuss

1 A Pharma mit weiteren Rabattpartnern

__ Die 1 A Pharma hat die Zahl ihrer Rabattpartner erhöht. Mit folgenden Krankenkassen wurden Verträge geschlossen: BKK MOBIL OIL, Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), Hamburg Münchener Krankenkasse (HMK), Hanseatische Ersatzkasse (HEK), Kaufmännische Krankenkasse (KKH) und Knappschaft. Außerdem gehören zu den Partnern des Pharmaunternehmens ab sofort auch viele Betriebskrankenkassen sowie der IKK Bundesverband und der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen jeweils mit den derzeit beigetretenen Kassen.

Nach Information der 1 A Pharma, Oberhaching

Neue Kooperationsverträge der STADA

__ Die STADA Arzneimittel AG hat weitere Verträge mit Betriebskrankenkassen abgeschlossen. Jetzt zählen neben der Barmer-Ersatzkasse seit dem 1. Juli 2007 nun auch die NOVITAS Vereinigte BKK, die BKK VOR ORT, die ktpBKK, die BKK VBU sowie die KAISER'S BKK zu den Vertragspartnern. Die Kooperationsvereinbarungen umfassen das gesamte Sortiment des Unternehmens.

Nach Informationen von STADA, Bad Vilbel

Multiple Sklerose: Wie viel Zeit vergeht bis zum Therapiebeginn?

➔ In einer aktuellen Onlineumfrage wurden 432 MS-Patienten (309 Frauen, 123 Männer) nach Diagnosezeiten und Behandlungsbeginn befragt. Nur bei 14% wurde die Diagnose „Multiple Sklerose“ beim ersten Arztbesuch gestellt. 67% der anderen mussten dazu drei und mehr Ärzte konsultieren. Die unspezifischen Frühsymptome Gefühls- (37%), Sehstörungen (35%), Lähmungen (12%) und Schwindel (6%) führen die Betroffenen laut PD Sigbert Jahn, München, anfangs oft zum Allgemein- oder Augenarzt oder zum Orthopäden. Doch meist sind es erst Neurologen, die die Diagnose (85%) stellen und dann auch die Therapie beginnen (86%). Bei 52% der Patienten vergingen mehr als ein Jahr zwischen Erstsymptom und Therapiebeginn. „Mit jedem verlorenen Jahr tritt eine Verschlechterung der Prognose ein“, mahnte Professor Patrick Oschmann, Bayreuth. Er wies darauf hin, dass schon zum Zeitpunkt der ersten Symptome axonale Verluste vorliegen. Klinische Studien legen zudem nahe, dass es durch einen verzögerten Behandlungsbeginn zu einer erhöhten Schubfolge

und zu einer schnelleren Krankheits- sowie Behinderungsprogression kommen kann. Auch die PRISMS (Prevention of Relapses and Disability by Interferon beta-1a Subcutaneously in MS)-Studie mit 560 RRMS (rezidivierend-remittierender MS)-Patienten hat gezeigt, dass die frühe Therapie mit Interferon beta-1a s.c. (Rebif®) Vorteile bringt. In den ersten beiden Studienjahren bekamen die Patienten entweder Placebo oder Rebif 22 µg beziehungsweise 44 µg dreimal wöchentlich. In den zwei folgenden Jahren erhielt dann auch die Placebogruppe die oben genannte Medikation. Nach vier Jahren war die Schubrate in der 22 µg-Gruppe um 19,2% und in der 44 µg-Gruppe um 32% niedriger als in der anfangs mit Placebo behandelten Gruppe. Die Studie zeigte darüber hinaus, dass Interferon beta-1a s.c. die Progredienz der Behinderung verzögern kann. **Ke**

Fachpressekonferenz „Der verlorene Zeit auf der Spur: Aktuelle Versorgungsdefizite bei Multipler Sklerose“

Frankfurt am Main., 28. Juni 2007
Veranstalter: Merck Serono, München

Symptomatische Besserung mit Rasagilin

➔ Eine deutliche Verbesserung motorischer und nicht-motorischer Symptome mit ausgeprägter Reduktion des Tremors sowie mit spürbar reduzierten Off-Phasen vermittelt der Wirkstoff Rasagilin bei Patienten mit Morbus Parkinson. Diese positiven Wirkungen treten sowohl bei Patienten unter einer Monotherapie als auch bei Patienten unter einer Kombinationsbehandlung auf, wie eine aktuelle Anwendungsbeobachtung bei 754 Patienten in 256 neurologischen Praxen zeigt. Die Daten stellte Professor Wolfgang Jost, Wiesbaden, bei der 123. Wanderversammlung vor. Die Therapieeffekte von Rasagilin (Azilect®) wurden anhand der CURS (Columbia University Rating Scale) und der UPDRS (Unified Parkinson Disease Rating Scale) bewertet, ferner wurden die Off-Perioden erfasst und ein krankheitsspezifischer Score zur Erfassung der Lebensqualität (PDQ39) herangezogen. „Es zeigte sich in allen Scoresystemen eine deutliche Besserung“, so Jost. Nach

seinen Worten verbesserten sich in der CURS alle Items um mehr als 30%, zum Teil sogar um 60%. Unter Monotherapie mit Rasagilin stieg der Anteil der Patienten ohne Tremor (selten oder nie) von 46% auf 76%, unter der Kombinationstherapie erhöhte sich dieser Anteil von 39% auf 61%. Zu Beginn der AWB hatten 161 von 488 Patienten (33%) zeitlich vorhersagbare Off-Perioden. Dieser Anteil verminderte sich um 52 Patienten und damit um circa ein Drittel zum Ende der AWB nach etwa vier Monaten. Die Wirksamkeit von Rasagilin wurde von 66,8% der Patienten unter der Mono- und von 54% unter der Kombinationstherapie als gut bis sehr gut bewertet. **cv**

Satellitensymposium „Moderne Parkinsontherapie“ im Rahmen der 123. Wanderversammlung, Baden-Baden, 1. Juni 2007
Veranstalter: Lundbeck, Hamburg, und Teva Pharma, Mörfelden-Walldorf

Fixkombination macht Schlaganfallschutz effektiver

➔ Die Fixkombination aus ASS und retardiertem Dipyridamol hat sich in der Sekundärprävention ischämischer Insulte als wirksamer erwiesen als ASS in Monotherapie und sich damit als Goldstandard etabliert. Dem trägt auch die aktuelle Leitlinie der DGN und der Schlaganfallgesellschaft Rechnung, in der ASS/Dipyridamol als Mittel der ersten Wahl empfohlen werden. Bei der diesjährigen European Stroke Conference (ESC, Glasgow) wurde eine Meta-

analyse aller sieben direkten Vergleichsstudien zwischen ASS/Dipyridamol retard (Aggrenox®) und ASS allein vorgestellt, berichtete Professor Hans-Christoph Diener, Universität Essen-Duisburg. Darin bestätigte sich, was die beiden großen Studien ESPS-2 und ESPRIT bereits gezeigt hatten: Die Kombination verdoppelt den protektiven Effekt.

Nach einem Schlaganfall oder einer TIA beträgt das Risiko, eine schwere vaskuläre

Komplikation zu erleiden, etwa 9% pro Jahr. ASS allein vermag dieses Risiko um etwa 1% (relativ: rund 20%) zu senken, die Fixkombi brachte im Vergleich zu ASS in Monotherapie eine weitere 20%ige Risikominderung (absolut: 1%), ohne das Blutungsrisiko zu erhöhen.

In einer Megastudie mit über 20.000 Patienten wird derzeit untersucht, wie die Kombination im Vergleich zu Clopidogrel abschneidet. Zusätzlich gibt es einen placebokontrollierten Vergleich mit Telmisartan. Primärer Endpunkt ist die Re-Insultinzidenz – man erhofft sich damit eine Reduzierung um mindestens 15%; hinzu kommt eine lange Reihe sekundärer und tertiärer Endpunkte. Das Ergebnis soll bei der Schlaganfall-Konferenz im nächsten Jahr vorgelegt werden.

ARA



© flashlight, Scheessel

Pressekonferenz „Schlaganfalltherapie 2007 – Neue Daten und Fakten“

Darmstadt, 22. Juni 2006

Veranstalter: Boehringer Ingelheim

MS-Patienten mit aggressivem Krankheitsverlauf profitieren von Kombinationstherapie

➔ Bei der schubförmigen Multiple Sklerose (MS) zeigt die Basistherapie mit den immunmodulierenden Substanzen Glatirameracetat (Copaxone®) und Interferon nicht immer ausreichende Wirkung. Möglichkeiten, die Behandlungserfolge zu verbessern, sieht Professor Ralf Gold, Göttingen, in einem frühen Behandlungsbeginn sowie zielgerichteten Kombinationen. Inzwischen stehen zwar auch neuere Substanzen zur Verfügung, diese gehen jedoch auch mit neuen Risiken einher, erklärte Gold. Durch die Kombination etablierter Medikamente, die unterschiedliche Krankheitsprozesse beeinflussen können, lasse sich die klinische Wirksamkeit hingegen verbessern, ohne die Nebenwirkungsrate zu erhöhen. Überzeugende Daten gebe es vor allem zu Glatirameracetat in Kombination mit Mitoxantron sowie mit Statinen.

Erste Untersuchungen liegen unter anderem für die Kombination von Glatirameracetat mit dem Lipidsenker Atorvastatin

vor. Das Statin hemmt nicht nur die Vermehrung der zerstörerischen T-Zellen, sondern programmiert diese auch um, sodass sie statt entzündungsfördernde entzündungshemmende Botenstoffe freisetzen. Glatirameracetat scheint an mehrere Stellen in das Krankheitsgeschehen einzugreifen und neben einer immunmodulierenden auch eine neuroprotektive Wirkung zu haben.

In tierexperimentellen Studien mit EAE-Mäusen (experimentelle autoimmune Encephalomyelitis) konnten synergistische Effekte von Glatirameracetat mit niedrig dosiertem Atorvastatin gezeigt werden. Vielversprechende Ergebnisse präsentierte Gold auch für Glatirameracetat direkt im Anschluss an eine kurzzeitige Immunsuppression mit niedrig dosiertem Mitoxantron bei hochaktiver MS. Untersucht wurde diese Strategie an 40 MS-Patienten, die entweder drei Injektionen Mitoxantron erhielten und anschließend 12,5 Monate lang mit Glatirameracetat weiterbehandelt

wurden oder die 15 Monate lang nur Glatirameracetat erhielten. Bereits nach sechs Monaten konnte eine Abnahme aktiver Entzündungsherde im MRT beobachtet werden, die nach 15 Monaten um 89% höher lag als unter Glatirameracetat allein. Dieser Vorteil blieb auch während der Studienverlängerung auf 24 Monate erhalten. Gleichzeitig ließen sich positive Effekte auf die Krankheitslast und die dauerhafte Schädigung des Gehirngewebes feststellen. Durch dieses Vorgehen lasse sich die Mitoxantron-Exposition, die mit gewissen Risiken verbunden sei, minimieren und der Behandlungseffekt dennoch aufrechterhalten.

bm

The 6th Teva and sanofi-aventis International Symposium on MS: „Translating new insights on disease progression into treatment optimization in MS“, Stockholm, 18./19. September 2006

Veranstalter: sanofi-aventis, Berlin, und Teva, Mörfelden-Walldorf

**Sifrol®-Homepage:
zwei Indikationen auf
einen „Klick“**

Die Internetseite www.sifrol.de der Firma Boehringer Ingelheim wurde überarbeitet und komplett neu gestaltet. In einem Fachkreisbereich können sich Ärzte über die beiden Indikationen von Sifrol® (Pramipexol), Morbus Parkinson und Restless-Legs-Syndrom (RLS), informieren. Das Angebot umfasst neue Studiendaten (z. B. zur Depression bei Parkinson), Tipps zur Diagnostik des RLS oder kostenlose Downloads beispielsweise von Patientenbroschüren. In einem offenen Bereich können sich auch Patienten über die Erkrankungen informieren.

**Nach Informationen von Boehringer
Ingelheim, Ingelheim**

**Alzheimer-Demenz: Pflaster
erhält Zulassungsempfehlung**

In den USA wurde kürzlich das weltweit erste Pflaster (Exelon® Pflaster, Wirkstoff Rivastigmin) gegen Alzheimer-Demenz zugelassen. Die FDA hat nun auch die Zulassung in der EU für Patienten mit leichter bis mittelschwerer Alzheimer-Demenz empfohlen. Placebokontrollierte klinische Studien zeigten, dass Patienten unter dieser Therapie hinsichtlich verbesserter Gedächtnisleistungen sowie der Bewältigung von Alltagsaktivitäten deutlich profitierten.

Durch die besondere Galenik bleibt der Wirkstoffspiegel im Blut konstant. Gastrointestinale Nebenwirkungen wie Erbrechen und Übelkeit, die bei der Therapie mit Cholinesterasehemmern nicht selten sind, blieben bei der transdermalen Applikationsform auf Placeboniveau.

**Nach Informationen von Novartis
Pharma, Nürnberg**

Teufelskreis neuropathischer Schmerz

Bei chronischen Schmerzpatienten sind die mitteltiefen und tiefen Schlafphasen häufig kaum mehr vorhanden, berichtet Professor Göran Hajak, Regensburg. Oft haben die Patienten Einschlafschwierigkeiten oder wachen wegen Schmerzen nachts auf. In einer Befragung von 127 Patienten mit peripheren neuropathischen Schmerzen gaben mehr als 60% Schlafstörungen an. Ein Drittel hatten außerdem Depressionen, circa 30% Angstzustände. Ausgelöst werden diese Beschwerden zumindest zum Teil durch die gleichen Neurotransmitter: Serotonin und Noradrenalin spielen nicht nur bei Depressionen und Ängsten eine zentrale Rolle, sondern auch bei der Regulation des Schlafes, erklärte Hajak.

Ideal sind bei Patienten mit neuropathischen Schmerzen Medikamente, die auch gegen die typischen Begleitsymptome wirksam sind. Hajak nannte diesbezüglich dual wirkende Antidepressiva wie Duloxetin und Venlafaxin sowie moderne Antiepileptika wie Pregabalin.

Eine Besonderheit von Pregabalin (Lyrica®) sei, dass sich unter der Therapie der Tiefschlaf deutlich verbessert. Bereits bei niedrigen Dosen von 2 x 75 mg täglich wurden schlafverbessernde Wirkungen festgestellt. Klassische Schlafmittel hingegen verringern laut Hajak den Tiefschlaf, Opioide stören den Traumschlaf.

Pregabalin ist bei neuropathischen Schmerzen gut wirksam. Dies wurde unter anderem in einer zwölfwöchigen Untersuchung bei 137 Patienten mit zentralen neuropathischen Schmerzen aufgrund von Rückenmarksverletzungen dokumentiert. Wie Professor Ralf Baron, Kiel, berichtete, verminderte sich bis zum Studienende bei mehr als 40% der Patienten der Schmerz um mehr als 30%. In der Placebogruppe betrug der Anteil nur 16%. **rf**

**Plenum „Neue Aspekte zum Therapiefeld
neuropathischer Schmerz“ im Rahmen des
Deutschen Schmerztages 2007
Frankfurt am Main, 17. März 2007
Veranstalter: Pfizer, Karlsruhe**

**Möglichkeiten der modernen
Epilepsie-Therapie ausschöpfen**

Bei den generalisierten idiopathischen Epilepsien sind klinisch sehr unterschiedliche Syndrome möglich. Professor Dr. Hermann Stefan, Erlangen, nannte als Beispiele die Absence-Epilepsie im Schulkindalter, die juvenile Absence-Epilepsie, die juvenile myoklonische Epilepsie und die idiopathische Epilepsie mit klonisch-tonischen Anfällen. Jedoch können nicht nur bei der zuletzt genannten, sondern bei allen Formen auch primär generalisierte tonisch-klonische Anfälle auftreten.

Stefan präsentierte Daten einer bislang noch unveröffentlichten Studie [Rosenfeld WE et. al.], an der Erwachsene, Jugendliche und eine begrenzte Anzahl von Kindern – jeweils Patienten mit idiopathischer generalisierter Epilepsie und tonisch-klonischen Anfällen – teilgenommen hatten. Die Patienten litten trotz Medikation mit einem oder zwei Antikonvulsiva weiter an den Anfällen. 164 Patienten erhielten randomisiert entweder Levetiracetam (Keppra®) oder Placebo als Add-on-Therapie.

In der Verumgruppe konnten pro Woche die tonisch-klonischen Anfälle um 77,8% reduziert werden; der Unterschied gegenüber Placebo mit einer Reduktion um 47,7% war hochsignifikant. 34,2% der Patienten waren frei von tonisch-klonischen Anfällen und 24,1% frei von allen Anfallsformen (unter Placebo: 10,7% beziehungsweise 8,3%). Die Wirkung von Levetiracetam war bereits nach zwei Wochen feststellbar.

Levetiracetam ist mittlerweile auch für die Therapie primärer generalisierter tonisch-klonischer Anfälle bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab 12 Jahren mit idiopathischer generalisierter Epilepsie zugelassen. **af**

**Satellitensymposium: „Neues zu Levetiracetam“ im Rahmen der 5. Gemeinsamen Jahrestagung der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Sektionen der Internationalen Liga gegen Epilepsie Basel, 18. Mai 2007
Veranstalter: UCB, Kerpen**

Therapie-Adhärenz bei MS als Basis für eine gute Langzeitwirkung

Ein erheblicher Teil der Patienten mit Multipler Sklerose (MS) zeigt nur eine unzureichende Therapietreue, beklagte Professor Bernd Kieseier, Düsseldorf bei einem Pressegespräch in Köln: „Rund 30 % der MS-Patienten brechen die Langzeittherapie vorzeitig ab“. Die Therapie-Adhärenz von MS-Patienten ist nach seinen Worten damit ähnlich schlecht wie diejenige von HIV-Patienten und von Hypertonikern. Da eine gute Compliance andererseits ein determinierender Faktor für die Effektivität der Langzeittherapie ist, wird das Phänomen der Non-Adhärenz bei der MS über das „Global Adherence Project“ (GAP), eine groß angelegte retrospektive Multicenterstudie, näher untersucht. Laut Kieseier zeigten sich dabei merkliche Unterschiede zwischen den verfügbaren Präparaten: Besonders Interferon beta-1a i. m. (Avonex®) schnitt gut ab. „Der Anteil adhärenter Patienten war bei diesem Präparat mit 85 % am höchsten“, betonte Kieseier. Auch bei längerfristiger Beobachtung über ein Jahr

zeigte sich bei Interferon beta-1a die höchste Adhärenzrate. „Damit sind günstige Voraussetzungen für eine konstant wirksame Langzeittherapie mit dem Ziel der Reduktion der Behinderungsprogression gegeben“, so Kieseier.

Weitere positive Effekte erwartet er sich von den inzwischen verfügbaren neuartigen Fertigspritzen mit Sicherheitsverschluss, die die Injektion von Avonex® einfacher und sicherer machen. Das neue Präparat ist außerdem leichter für die Patienten zu handhaben, da es einmalig bis zu sieben Tage lang bei Raumtemperatur (bis zu 30 °C) gelagert werden kann. Auch hinsichtlich der Bildung neutralisierender Antikörper sind die vorliegenden Daten für Interferon beta-1a laut Professor Hans-Peter Hartung, Düsseldorf, günstig. Neutralisierende Antikörper können nach seiner Darstellung zum Wirkverlust des Interferons führen und eine Verkürzung des schubfreien Intervalls sowie eine erhöhte Schubrate und eine Beschleunigung bei der

Progression von Behinderungen nach sich ziehen. Vor diesem Hintergrund seien Befunde bemerkenswert, wonach die Rate persistierender neutralisierender Antikörper unter Avonex® mit nur 2 % nach 18 Monaten am geringsten ist.

Ob ein Patient neutralisierende Antikörper gegen Interferon beta gebildet hat, kann in einem unabhängiges Referenzlabor in Düsseldorf geprüft werden. Die Untersuchung ist kostenlos, Testkits können unter der Fax-Nummer 0211-30203927 angefordert werden. **CV**

**Pressekonferenz „Avonex®: Konstanz in der MS-Therapie“
Köln, 18. April 2007
Veranstalter: Biogen Idec, Ismaning**

Mit Dreifach-Therapie bleiben Parkinson-Patienten länger arbeitsfähig

Erhalten Parkinson-Patienten gleich nach der Diagnose eine Triple-Therapie mit einem Dopamin-Agonisten, einem MAO-B-Hemmer und Amantadin oder Budipin, dann kommen drei Viertel von ihnen auch zehn Jahre nach Behandlungsbeginn noch ohne L-Dopa aus. Ein Großteil der Patienten kann zudem weiterhin seiner Arbeit nachgehen. Zu diesem Ergebnis kam eine Untersuchung von Dr. Christian Oehlwein aus Gera, deren bislang noch unveröffentlichte Daten, im Rahmen des diesjährigen Parkinson-Kongresses vorgestellt wurden. Besonders jüngere Patienten, von denen viele unter einer L-Dopa-Therapie innerhalb weniger Jahre schwere Dyskinesien entwickeln, könnten von einer solchen Strategie profitieren. Denn selbst, wenn man die Therapie mit Dopamin-Agonisten beginne, seien die Symptome nach drei Jahren so stark, dass die Hälfte der Patienten zusätzlich L-Dopa benötige, betonte Oehlwein. Anhand der Daten von 141 Patienten be-

legte der Experte, dass sich dieser Zeitpunkt durch eine Triple-Therapie weiter hinauszögern lässt. Diese, zu Beginn der Therapie unter 60-jährigen Patienten, erhielten sofort nach der Diagnose Selegilin in einer täglichen Dosis von 7,5 mg, vier Wochen später zusätzlich 200 mg Amantadin, bei ausgeprägtem Tremor alternativ 30 mg Budipin und innerhalb von drei Monaten einen Dopamin-Agonisten, der abhängig von Wirkung und Verträglichkeit individuell titriert wurde. Von den 141 Patienten benötigten während der zehnjährigen Behandlungszeit 120 kein L-Dopa. Die übrigen 21 kamen mit einer Dosis von weniger als 250 mg pro Tag aus, was sich auf die Arbeitsfähigkeit der Studienteilnehmer positiv auswirkte. So konnten 62 % der Patienten noch mindestens bis zu ihrem 60. Lebensjahr einem Beruf nachgehen. Der zum Zeitpunkt der Diagnose ermittelte Wert von im Schnitt 28 Punkten auf der Parkinson-Skala UPDRS, halbierte sich zu-

dem nach der ersten Behandlung und stieg innerhalb von fünf bis zehn Jahren nur langsam an. Von der Diagnosestellung an, sollten nach Empfehlung Oehlweins, ohne Zeitverzögerung jene Medikamente kombiniert werden, für die ein neuroprotektives Potenzial nachgewiesen ist. Mit einer Dreifachkombination lasse sich im Vergleich mit der üblichen Therapie die Zahl verlornener Produktivitätstage erheblich verringern, was auch finanzielle Vorteile habe, unterstrich er. **bm**

Freie Vorträge 2, Diagnostik und Therapie, im Rahmen des 5. Deutschen Parkinsonkongresses, Ulm, 8. März 2007.