

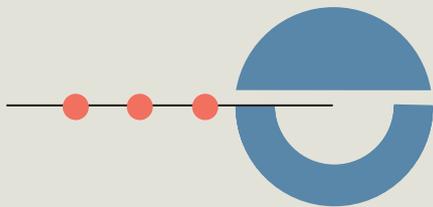
1

September 2008 _ 19. Jahrgang

NEUROTRANSMITTER

Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie aktuell

Sonderheft zum
81. Jahreskongress
der DGN 2008



Neurologische Versorgung Sprung in die Zukunft



Sprung in die Zukunft

In der Gesundheitspolitik bahnt sich seit einigen Jahren ein Systemwandel an. Die medizinische Versorgung von morgen wird sich grundlegend ändern, daher müssen wir mit dieser Entwicklung Schritt halten. Dies gelingt am besten, wenn wir Versorgungsmodelle entwickeln, die an Veränderungen im Gesundheitssystem adaptiert werden können. Mit anpassungsfähigen Netzwerken und Kooperationsstrukturen wird eine weichere Landung beim Sprung in eine noch ungewisse Zukunft möglich sein.

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: Mauritius

3 Vorwort von Prof. Dr. H.-C. Diener und Dr. U. Meier

5 Grußwort von Prof. Dr. G. Deuschl

10 Versorgungsperspektiven

11 Versorgungsbedarf und Versorgungsleistung

21 Kooperationen und Netzwerke

25 Vertragliche Grundlagen für den Praxisverbund

27 Neuordnung der Versorgungsebenen

32 Vergütungsstrukturen

33 Aktualisierung der GOÄ

35 EBM 2008

40 Nachwuchs in der Neurologie

41 Fachgebiet in Gefahr

43 Neurologennachwuchs im Fokus

46 Organisation und Strategie

47 Deutsches Institut für Qualität in der Neurologie

49 Athene Akademie

50 Brain-Konzept

51 Kooperation mit Einkaufsplattform

53 DGN-Kommissionen

54 CIRS medical.de

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, Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld,
Tel.: 02151 4546920, Fax: 02151 4546925, 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 100%ige Tochtergesellschaft der Springer Medizin-Verlag GmbH, Heidelberg. Die alleinige Gesellschafterin der Springer Medizin Verlag GmbH ist die Springer-Verlag GmbH mit einer Beteiligung von 100%. Die Springer-Verlag GmbH ist eine 100%ige Tochtergesellschaft der Springer Science + Business Media Deutschland GmbH. Die alleinige Gesellschafterin der Springer Science + Business Media Deutschland GmbH ist die Springer Science + Business Media Netherlands B.V., die 100% der Anteile hält. Die Springer Science + Business Media Netherlands B.V. ist eine 100%ige Tochtergesellschaft der Springer Science+Business Media Finance S. ä. R. L.

Geschäftsführer: Ulrich Huber, Dr. med. Dirk Einecke

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; 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. 12 vom 1.10.2007

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: 20,50 EUR. Jahresabonnement: 188,40 EUR. Für Studenten/AIP: 132 EUR. Versandkosten jeweils: Inland 23 EUR, Ausland 28 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

58 Information und Kommunikation

59 Relaunch von www.neuroscout.de

60 BDN-Forum 2008

61 Informationsmedium ZNS TV

63 NEUROTRANSMITTER im Überblick

64 Neurologen und Psychiater im Netz

66 Neue Geschäftsstellen

67 Gemeinsame Geschäftsstelle der Berufsverbände in Krefeld

9 Impressum

70 Pharmaforum

76 BVDN/BDN/BVDP

Struktur und Adressen

Wichtiger Hinweis!

Diese Ausgabe enthält den Therapie Report aktuell
„Schwindel braucht symptomatische Therapie, die sofort hilft:
Mit dualem Wirkmechanismus zum Erfolg“ (S. 68 f.).

Wir bitten um Beachtung!



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



Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich
Vorsitzender des BDN

Die neurologische Versorgung von morgen sichern

Der BDN sieht seinem zehnten Gründungsjahr entgegen. Viele Neurologen in Klinik und Praxis wollten damals einen eigenen Berufsverband zur Vertretung „ureigener“ Interessen. Um eine berufspolitische Zersplitterung zu vermeiden hatten sich Vertreter von DGN und BVDN nach langen Verhandlungen auf die Gründung eines neurologischen Berufsverbandes einig. In dem Kliniker und niedergelassene Neurologen paritätisch vertreten waren. Rückblickend betrachtet war die Entscheidung eines gemeinsamen Berufsverbandes mehrfach richtig. Mit verschiedenen Gesetzen sind die Weichen für grundlegende Strukturveränderungen gestellt worden (2004: GKV-Modernisierungsgesetz, 2007: GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz und Vertragsarztrechtsänderungsgesetz). Die Auswirkungen dieser Reformgesetze werden sich bei wachsendem Versorgungsbedarf und gleichzeitigem Nachwuchsmangel noch beschleunigen, sodass wir das Gesundheitssystem in absehbarer Zeit kaum wiedererkennen werden. Vor diesem Hintergrund haben sich die berufspolitischen Aufgaben deutlich geändert.

Wir taten gut daran, einen breiten Konsens bei der berufspolitischen Aufstellung herbeizuführen. Viele der damals noch gepflegten Ressentiments sind historisch, viele kritische – zuweilen lautstark geführte – Diskurse sind von den Entwicklungen überholt. In allen wichtigen versorgungs- und berufspolitischen Bereichen arbeiten Berufsverbände und Fachgesellschaften eng zusammen; dies drückt sich auch in gemeinsamer Kommissionarbeit und verschränkten Vorstandsbesetzungen aus. Es erfolgen bei allen wichtigen Entscheidungen Konsultationen und Abstimmungen im Vorfeld. Nur gemeinsam sind wir stark. Diesen Weg werden wir auch weiter beschreiten.

Wie in jedem Jahr berichten wir in einem NEUROTRANSMITTER-Sonderheft zur DGN-Tagung aktuell über berufspolitisch wichtige Themen und Aktivitäten des BDN. Die Sonderhefte haben damit über die Jahre immer ein wenig mehr den Charakter eines Qualitätsberichtes bekommen. Im ersten Teil dieser Ausgabe informieren wir Sie über die Versorgungsperspektiven in der Neurologie. Wie entwickelt sich in unserem Fachgebiet der Versorgungsbedarf? Wie verändern sich Versor-

gungs- und Vertragsstrukturen? In zweiten Teil erfahren Sie alles über die Weiterentwicklung der Vergütungsstrukturen. Teil drei ist dem dringend benötigten Nachwuchs in der Neurologie und unseren entsprechenden Aktivitäten gewidmet. In einem vierten und fünften Teil stellen wir unsere Stabsstellen sowie die Aktivitäten unserer Unterorganisationen und Kooperationspartner vor.

Gerne begrüßen wir und das Athene-Team Sie auch an unserem Stand in der Ausstellung, wo wir wie immer noch mehr Informationen für Sie bereithalten und Ihre Anregungen und Kritik gerne entgegennehmen. Auch würden wir uns freuen, Sie auf dem diesjährigen BDN-Forum begrüßen zu dürfen. Das Programm finden Sie in diesem Heft.

Wir möchten es an dieser Stelle nicht versäumen, uns wie in jedem Jahr bei dem Vorstand der DGN für die gute Zusammenarbeit zu bedanken und dafür, dass wir die DGN-Tagung wieder als Forum der Präsentation unserer Aktivitäten nutzen dürfen. Wir wünschen Ihnen einen angenehmen Tagungsverlauf!

Ihre



„Die Spannweite der Forschungsansätze mit dem Ziel der unmittelbaren Umsetzbarkeit reicht von molekularen bis zu systemorientierten Ansätzen.“

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

Forschung in die Praxis umsetzen

Zum 81. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie vom 10. bis zum 13. September 2008 darf ich Sie herzlich in Hamburg begrüßen. Auf dem Kongress wird der letzte Stand unserer Wissenschaft vorgestellt; dazu gehört auch die Diskussion dringender Fragen der aktuellen Forschung und der Versorgung unserer Patienten.

Im Eröffnungssymposium werden die politischen Fragen der Entwicklung unseres Faches in Deutschland und Europa sowie die neurologische Forschungspolitik thematisiert. Der Bereich der translationalen Forschung ist heute in aller Munde. Was damit gemeint ist, soll im Präsidentsymposium erläutert werden. Die Spannweite der Forschungsansätze mit dem Ziel der unmittelbaren Umsetzbarkeit ist weit und reicht von molekularen bis zu systemorientierten Untersuchungsansätzen beim Menschen. Die übrigen Symposien sind von der Programmkommission aus einer Vielzahl eingegangener Vorschläge ausgewählt worden und spiegeln die brennenden klinischen und wissenschaftlichen Fragen wider. Wie immer dokumentieren viele Poster und Kurzbeiträge die wissenschaftliche Exzellenz und das große Engagement der überwiegend jungen Wissenschaftler.

Die Fortbildungsakademie hat sich zu einem „Renner“ unserer Kongresse entwickelt und wir werden auch in Hamburg wieder Rekorde bei der Zahl und Qualität der angebotenen Fortbildungsveranstaltungen einstellen.

Die Deutsche Gesellschaft für Neurologie konnte in den letzten Jahren zahlreiche Neuerungen umsetzen. Besondere Freude hat die Etablierung der „Jungen Neurologen“ gemacht. Diese Gruppierung ist eine Antwort auf unsere Nachwuchsprobleme, die wir mit vielen anderen medizinischen Disziplinen teilen. Die Initiative wird sich in Hamburg erstmals vorstellen.

Natürlich bietet der Jahreskongress unserer Fachgesellschaft auch immer die Gelegenheit, alte Freunde zu treffen und neue Kolleginnen und Kollegen kennenzulernen. Dazu wird am Rande des Kongresses reichlich Gelegenheit sein. Wir begrüßen Sie in einer der attraktivsten Städte Deutschlands und hoffen, dass Sie auch das kulturelle Angebot Hamburgs genießen werden.

Ihr

Versorgungsperspektiven

Der Motor des Systemwandels ist angeworfen und läuft langsam warm. Dieser Teil des NEUROTRANSMITTER-Sonderheftes beschäftigt sich mit der Entwicklung der Versorgungsstrukturen vor dem Hintergrund neuer Vertragsmöglichkeiten, in Hinblick auf Versorgungsbedarf und Arztzahlenentwicklung sowie unter dem Aspekt von Netzwerkbildungen und anderen Kooperationsgemeinschaften.



© Spectral-Design_fotolia.com

11 Versorgungsbedarf und Versorgungsleistung – Anspruch gegen Wirklichkeit

21 Kooperationen und Netzwerke – Neue Wege für die neurologische Versorgung

25 Vertragliche Grundlagen für den Praxisverbund – Direktverträge immer wichtiger

27 Neuordnung der Versorgungsebenen – Modell mit Tücken

VERSORGUNGSBEDARF UND VERSORGUNGSLEISTUNG

Anspruch gegen Wirklichkeit

Zwischen der medizinisch notwendigen neurologischen Versorgung und der Versorgungsrealität klafft eine Lücke, die derzeit nur durch die Mehrarbeit der Kollegen kompensiert werden kann – ohne zusätzliches Honorar. Für die Zukunft gibt vor allem die Entwicklung der Arztzahlen und der demografischen Daten Anlass zur Besorgnis.

Über die Versorgungsdichte und Arztlentwicklung wird derzeit eine kontroverse Diskussion geführt. Formal sind im vertragsärztlichen Versorgungsbereich die Planungsbezirke für die meisten Fachgruppen gesperrt oder es liegt offiziell eine Überversorgung vor. Auch die Krankenhäuser scheinen nicht reihenweise wegen Ärztemangel zu schließen. Hierauf verweisen Gesundheitspolitiker und Krankenkassen gern.

Die Innensicht in den Praxen und Krankenhäusern ergibt hingegen ein ganz anderes Bild. Auch die prognostizierten Daten zur künftigen Arztlentwicklung spricht eine andere Sprache: Die „Studie zur Altersstruktur und Arztlentwicklung“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Bundesärztekammer (BÄK) zeigt, dass über 41.000 Ärzte allein in den kommenden fünf Jahren in den Ruhestand gehen werden. Das Durchschnittsalter der Vertragsärzte nimmt kontinuierlich von 46 Jahren im Jahr 2003 auf inzwischen 51 Jahre im Jahr 2006 zu, eine Abflachung dieser Kurve ist bisher nicht erkennbar.

Der Anteil berufstätiger Ärzte, die über 60 Jahre alt sind hat sich in diesem Zeitraum nahezu verdoppelt, der Anteil an unter 35-Jährigen ist um 10% gesunken.

Immer weniger Studienabschlüsse

Diese Lücke kann durch den Nachwuchs nicht gedeckt werden. Die Zahl der Medizinstudenten ist von über 90.000 im Jahr 1993 bis 2000 kontinuierlich gesunken und hat sich seitdem auf eine Zahl von circa 78.000 eingependelt. Erschreckende Daten ergeben sich aus der Studie vor allem für den Verbleib dieser Studenten: Im Verlauf des Studiums bis zum Eintritt in die Patientenversorgung beträgt der Schwund an Medizinstudenten mittlerweile 41% (Erstsemester 1997), was durch einen Wechsel in andere Berufsfelder oder Abgang ins Ausland erklärt wird. Jährlich wandern derzeit um die 2.500 Ärzte ins Ausland ab. Umgekehrt nimmt der Anteil ausländischer Ärzte stetig zu. So kommen derzeit circa 1.500 ausländische Ärzte nach Deutschland, im Net-

toeffekt kann der Abgang deutscher Ärzte daher nicht ausgeglichen werden.

KBV und BÄK sehen im vertragsärztlichen Bereich insbesondere für Augenärzte, Gynäkologen, Hautärzte und Nervenärzte einen Versorgungsempass, da beispielsweise die Anzahl der Nervenärzte kontinuierlich abnimmt. In den Krankenhäusern sieht die Situation nicht besser aus: 28% der Krankenhäuser geben derzeit an, offene Stellen im ärztlichen Dienst nicht besetzen zu können.

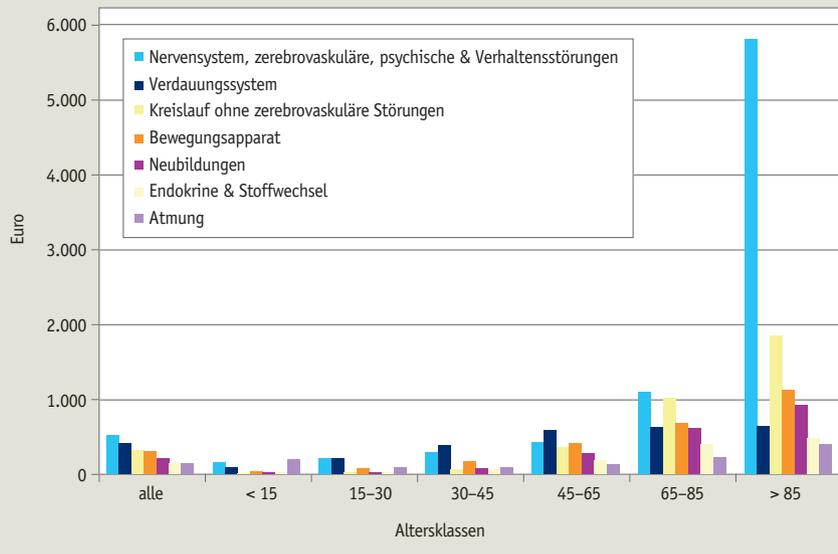
Studie zu Versorgungsleistungen

Um die Versorgungsleistung unserer Fachgruppe besser darstellen und künftige Entwicklungen besser erfassen zu können, haben die neuropsychiatrischen Berufsverbände beim Berliner IGES-Institut eine Studie in Auftrag gegeben (der NEUROTRANSMITTER hat darüber wiederholt berichtet). Die in diesem Gutachten zusammengetragenen Daten zeigen, dass die Erkrankungen des Nervensystems im Vergleich mit anderen Krankheitsgruppen mit Abstand die größten Kosten verursachen und dass

© nach IGES-Gutachten, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berechnung: IGES

Krankheitskosten in Abhängigkeit vom Alter

Abbildung 1



sektor aufgezeigt werden. Hier hat nach Angaben des Statistischen Bundesamtes die Zahl der stationär behandelten neurologischen Fälle innerhalb von zehn Jahren um 103% zugenommen. Die Neurologie nimmt damit eine einsame Spitzenstellung ein (die nächst größeren Fallzahlsteigerungen zeigen die Infektionskrankheiten mit einem Zuwachs von 42%).

Mehrbedarf nur durch Mehrarbeit kompensiert

Betrachtet man im ambulanten Versorgungssektor die Fallzahlentwicklung je Arzt, wird deutlich, dass wir von einer rational begründeten Bedarfsplanung weit entfernt sind. Es wird gerne noch in gesperrten Gebieten von Überversorgung gesprochen, weil formal alle Kassensitze besetzt oder überbesetzt sind. Mit den IGES-Daten konnten wir zeigen, dass der gesamte zusätzliche Bedarf an Versorgung in unserem Fachbereich durch die Mehrarbeit jedes einzelnen Arztes gedeckt wurde. Dies bedeutet nicht nur mehr Arbeit und höhere Kosten, sondern auch weniger Zeit für den einzelnen Patienten, höhere Medikamentenausgaben und steigende Regressgefahr.

Dieser deutlich erhöhten Versorgungsleistung mit den damit verbundenen wirtschaftlichen (und gesundheitlichen) Risiken folgte nicht etwa eine Anpassung der Vergütung. Das Gegenteil war der Fall: Das IGES-Gutachten konnte belegen, dass nicht nur der Honoraranteil unserer Fachgruppe kontinuierlich gesunken ist, sondern auch die Honorare pro Arzt und pro Fall (Abb. 4).

Zusammengefasst stiegen demnach im neurologisch-psychiatrischen Versorgungsbereich die Fallzahlen überproportional an, ebenso die Fallzahl je Arzt, während das Honorar pro Fall kontinuierlich überproportional gesunken ist. Das Honorarvolumen für die rein neurologisch-psychiatrische Versorgung nahm relativ zum GKV-Honorarvolumen ab.

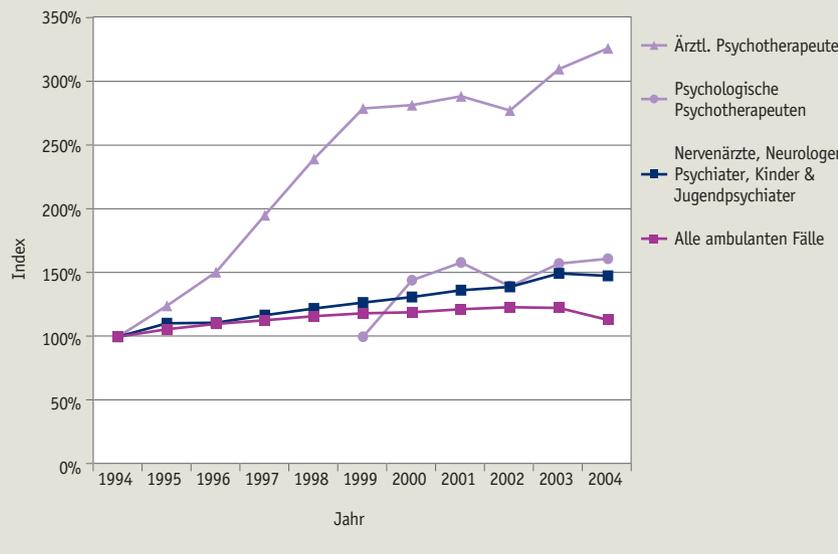
Versorgungsbedarf in der Zukunft

In den verschiedenen Fachbereichen entwickelt sich der Versorgungsbedarf unterschiedlich und wird maßgeblich durch die demografischen Entwick-

© nach IGES-Gutachten, Daten: KBV, Berechnung: IGES

Fallzahlentwicklung nach Arztgruppen

Abbildung 2



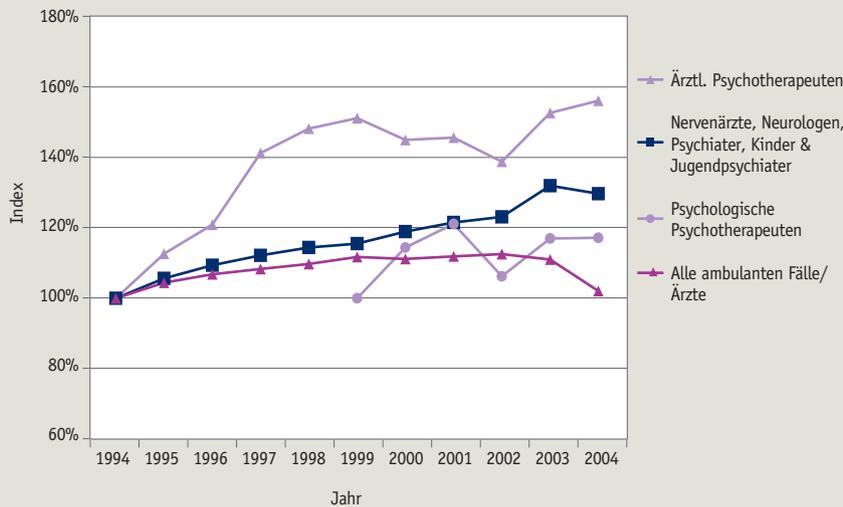
diese Kosten noch einmal unverhältnismäßig im Alter ansteigen (Abb. 1).

Aufgrund der Zunahme neuro-psychiatrischer Krankheiten und möglicherweise auch durch Verschiebeeffekte sind die Fallzahlen im ambulanten Bereich unserer Fachgruppe in den Jahren 1994 bis 2004 stetig gestiegen (Abb. 2), während sie in anderen Fachgruppen nach Einführung der Praxisgebühr wieder gesunken sind. Da die Anzahl der

zugelassenen Vertragsärzte sich dieser Entwicklung nicht angepasst hat, ist folgerichtig die Anzahl an Patienten, die ein Arzt unserer Fachgruppe versorgt, um über 30% gestiegen, während die Fallzahlen aller ambulant tätigen Ärzte sich über den beobachteten Zeitraum nach einer Phase des Anstiegs im Jahre 2004 wieder auf das Niveau von 1994 gesenkt hat (Abb. 3). Ähnliche Leistungszuwächse können auch im Krankenhaus-

Fallzahlentwicklung je Arzt

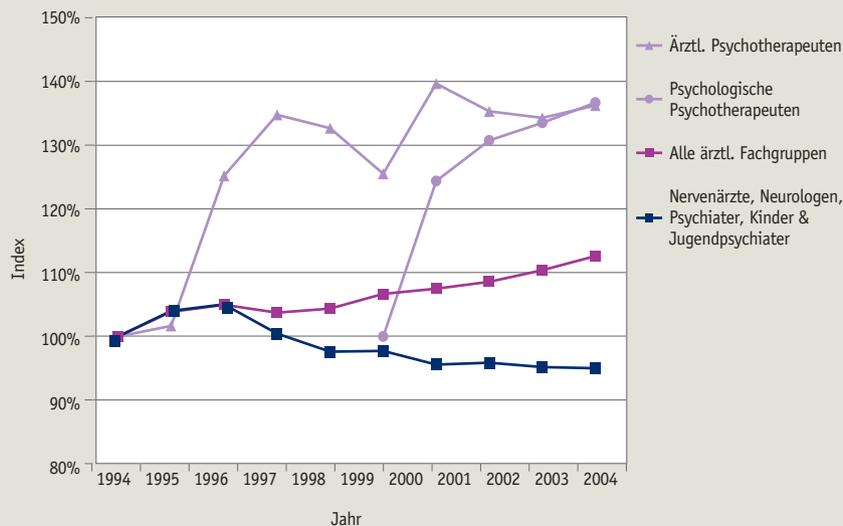
Abbildung 3



© nach IGES-Gutachten, Daten: KBV, Berechnung: IGES

Honorarentwicklung je Arzt nach Fachgruppe

Abbildung 4



© nach IGES-Gutachten, Daten: KBV, Berechnung: IGES

lungen, aber auch durch wachsende Behandlungsmöglichkeiten beeinflusst. Besonders Krankheiten des höheren Alters und chronische Krankheiten werden zunehmen und damit gerade auch in unserem Fachgebiet einen steigenden Versorgungsbedarf generieren.

Nach Daten des Statistischen Bundesamtes nimmt die Zahl der über 65-Jährigen bis 2050 um 67% auf 23 Millionen zu, die Zahl der über 80-Jährigen

steigt von jetzt drei auf zehn Millionen an. Gleichzeitig sinkt die Bevölkerung in Deutschland von 82 auf 69 Millionen Menschen. Aufgrund dieser Zunahme altersbedingter Krankheiten geht Prof. Dr. Fritz Beske in seiner Zukunftsstudie „Gesundheitsversorgung 2050“ davon aus, dass bis zum Jahr 2050 mit einer Verdoppelung der Krankheitskosten zu rechnen ist, die dann von immer weniger erwerbsfähigen Personen (20 – 64 Jahre)

aufgebracht werden müssten. Bei der Pflege wird sogar von einer Verdreifachung der Kosten ausgegangen. Das Fritz-Beske-Institut für Gesundheits-System-Forschung nimmt für den Zeitraum von 2000 bis 2050 allein bei den Schlaganfällen eine 85%ige Zunahme bei den absoluten Erkrankungszahlen an, was einem Anstieg der jährlichen Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner um 121% entspricht.

Finanzierung unmöglich

Die Trends der vergangenen Jahre werden sich auf diesem Hintergrund nicht nur nicht abschwächen, sondern erheblich an Fahrt gewinnen. Beske geht davon aus, dass kein soziales Sicherungssystem in der Lage sein wird, diesen zukünftigen Versorgungsbedarf zu finanzieren. Er plädiert daher für eine Reduktion des Leistungsumfanges der gesetzlichen Krankenversicherung und hat in seiner Studie bereits Kürzungsvorschläge für den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung unterbreitet. Weiterhin geht Beske von Engpässen in der ärztlichen Versorgung in Deutschland aus.

Rationierungseffekte werden vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen unvermeidbar sein. Ein politisch korrekteres Konstrukt hierfür lautet: „Priorisierung von Gesundheitsleistungen“, wie sie in nordeuropäischen Ländern bereits seit vielen Jahren gesetzlich verankert sind. Mit diesem Instrument lässt sich der Zugang zu den Versorgungssystemen nach rationalen Kriterien steuern.

Modell Schweden

Die schwedische Regierung hat zum Beispiel hierfür eine Priorisierungsordnung verabschiedet, wonach Versorgungsleistungen in vier Priorisierungsgruppen eingeteilt werden. Die Versorgung sowohl akuter lebensbedrohlicher Krankheiten als auch von Erkrankungen, die ohne Behandlung zu dauerhafter Invalidisierung oder vorzeitigem Tod führen, haben demnach die höchste Priorität. Auch die Versorgung schwerer chronischer Krankheiten, Palliativversorgung und die Versorgung von Menschen mit herabgesetzter Autonomie sind in der ersten Priorisierungsgruppe zu finden.

Krankheiten, die im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich Berücksichtigung finden

1. HIV/AIDS
2. Sepsis/Schock
3. nicht virale Meningitis/Enzephalitis
4. Infektionen durch opportunistische Erreger
5. bösartige Neubildungen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx
6. bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane
7. bösartige Neubildungen der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe
8. bösartige Neubildungen der Knochen, des Stütz- und Weichteilgewebes
9. bösartige Neubildungen der Brustdrüse
10. bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane
11. bösartige Neubildungen der männlichen Genitalorgane
12. bösartige Neubildungen der Niere, der Harnwege und der Nebenniere
13. bösartige Neubildungen des Auges, Gehirns und sonstiger Teile des Zentralnervensystems
14. bösartige Neubildungen sekundärer, nicht näher bezeichneter oder multipler Lokalisation
15. Lymphome und Leukämien
16. Neubildungen unsicheren oder unbekanntes Verhaltens
17. Diabetes mellitus
18. schwerwiegende metabolische oder endokrine Störungen
19. Leberzirrhose (inkl. Komplikationen)
20. chronische Hepatitis
21. akute schwere Lebererkrankung
22. Ileus
23. chronisch entzündliche Darmerkrankung (Morbus Crohn/Colitis ulcerosa)
24. Erkrankungen des Ösophagus (exkl. Ulkus und Blutung)
25. Entzündung/Nekrose von Knochen/Gelenken/Muskeln
26. Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebskrankheiten
27. Spinalkanalstenose
28. Osteoarthrose der großen Gelenke
29. Osteoporose und Folgeerkrankungen
30. Schwerwiegende Erkrankungen der Blutbildung und Blutgerinnung
31. Agranulozytose, septische Granulomatose
32. Disseminierte intravasale Gerinnung und sonstige Koagulopathien
33. Purpura / Thrombozytenfunktionsstörungen / Blutungsneigung
34. Delir und Enzephalopathie
35. Demenz
36. schwerwiegender Alkohol- und Drogen-Missbrauch
37. psychotische Störungen und Persönlichkeitsstörungen
38. Depression
39. bipolare affektive Störungen
40. Anorexia nervosa und Bulimia nervosa
41. Aufmerksamkeitsstörung/attention deficit disorder/ andere hyperkinetische Störungen
42. ausgeprägte schwere Lähmungen
43. Erkrankungen/Verletzungen des Rückenmarks
44. Muskeldystrophie
45. periphere Neuropathie / Myopathie
46. Entzündlich / toxische Neuropathie
47. Multiple Sklerose
48. Morbus Parkinson und andere Basalganglienerkrankungen
49. Epilepsie
50. Koma, Hirnödem, hypoxischer Hirnschaden
51. sekundärer Parkinsonismus und andere extrapyramidale Bewegungsstörungen
52. Herzinsuffizienz
53. akutes Lungenödem und respiratorische Insuffizienz
54. hypertensive Herz-/Nierenerkrankung/Enzephalopathie
55. ischämische Herzkrankheit
56. Erkrankungen der Herzklappen
57. angeborene schwere Herzfehler
58. Hypertonie
59. Vorhoffarrhythmie
60. ventrikuläre Tachykardie
61. Schlaganfall und Komplikationen
62. Atherosklerose, periphere Gefäßerkrankung
63. arterielles Aneurysma (exkl. der Aorta)
64. Mukoviszidose
65. Emphysem / chronische obstruktive Bronchitis
66. Asthma bronchiale
67. postinflammatorische und interstitielle Lungenfibrose
68. Pneumonie
69. Niereninsuffizienz
70. Nephritis
71. neurogene Blase
72. bestehende Schwangerschaft (einschl. Komplikationen)
73. Hautulkus, exkl. Dekubitalulzera
74. schwerwiegende bakterielle Hautinfektionen
75. Wirbelkörperfraktur (ohne Schädigung des Rückenmarks)
76. Luxation des Hüftgelenks
77. traumatische Amputation einer Extremität
78. schwerwiegende Komplikationen bei Patienten während chirurgischer oder medizinischer Behandlung
79. Blutung/Hämatom/Serom als Komplikation nach einem Eingriff
80. Status nach Organtransplantation (inkl. Komplikationen)

In der zweiten Gruppe werden bemerkenswerterweise Präventionsleistungen und Rehabilitationen aufgeführt, denen offensichtlich ein hoher Rang eingeräumt wird. Erst in der dritten Priorisierungsgruppe findet sich die Versorgung weniger schwerer akuter und chronischer Erkrankungen. Die zweite und dritte Priorisierungsgruppe erhält in abnehmender Reihenfolge öffentlich finanzierte Ressourcen, während für die vierte Priorisierungsgruppe in der Regel keine öffentlichen Gelder zur Verfügung gestellt werden. In sogenannten Stopp-Listen finden sich beispielsweise neben Krampfadern als kosmetisches Problem und Sterilisationen auch chronische Rückenschmerzen, Operationen gutartiger Tumoren, leichte Prostatabeschwerden, Kopfläuse, Kniebeschwerden bei älteren Patienten, Arthroskopien und anale Erkrankungen. Hier sind bis zu 100% Selbstbeteiligung vorgesehen.

In Deutschland indiskutabel

In Deutschland wird diese Rationierungs- oder besser Priorisierungsdiskussion noch nicht öffentlich geführt. Die Politik meidet aus naheliegenden Gründen diese Diskussion nach dem Motto: „Der erste, der diese Diskussion beginnt, ist nicht mehr wählbar!“ Stattdessen gewinnt man den Eindruck, dass bestehende Verhältnisse und schlechte Prognosen schön geredet werden.

Diese Daten und Entwicklungen sollte jeder klinisch oder ambulant tätige Neurologe kennen, der an der strategischen Ausrichtung seiner Einrichtung beteiligt ist. Damit dürfte deutlich werden, dass es sinnlos ist, sich konkurrierend in einer Region aufzustellen. Vielmehr ist das Gebot der Stunde, intelligente Netzwerke und Kooperationsstrategien zu gründen, die einerseits dem wachsenden Versorgungsbedarf gerecht werden, zum anderen neue Vertragsformen ermöglichen.

Massive Belastung der Krankenhäuser

Neurologische Abteilungen, Kliniken und Universitätskliniken spielen nicht nur eine wichtige Rolle in der Krankenversorgung, sondern auch für die Weiterbildung zum Facharzt. Die Universitätskliniken haben darüber hinaus er-

hebliche Verpflichtungen in der studentischen Lehre. Krankenhäuser werden durch folgende Faktoren immer mehr belastet: Deckelung der Budgets, Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG), erhebliche Kostensteigerungen in den Bereichen Energie und Arzneimittel, tariflich gebundene Lohnerhöhungen der im Krankenhaus Beschäftigten sowie fehlende Investitionsmittel. Finanzielle Engpässe werden durch Sperren und Streichen von Stellen oder Erbringen von unbezahlten Überstunden kompensiert. Viele Ärzte haben in der Zwischenzeit im Krankenhaus kumulative Stundenzahlen für Freizeitausgleich angehäuft, die sie realistisch gar nicht nehmen können, ohne ernsthaft den Betrieb der Abteilung zu gefährden.

Im Gegensatz zur Situation vor einigen Jahren ist es für fast alle neurologischen Abteilungen problematisch, Arztstellen zu besetzen. Viele Abteilungen klagen mittlerweile über offene Stellen. Dies ist vor allem für kleinere Einheiten eine dramatische Entwicklung, da im Fall von Krankheit oder Schwangerschaft das gesamte System der ärztlichen Versorgung dekomponiert und kollabiert.

Problematischer Strukturwandel

Die neurologischen Abteilungen – insbesondere in Krankenhäusern der Maximalversorgung – haben in den letzten Jahren auch einen Strukturwandel erlebt, der sich im Moment rasch fortsetzt: Sie werden zunehmend zu Versorgungsstrukturen für akute Notfälle und Schwerstkranke, die auf Schlaganfallstationen, Intermediate-Care-Stationen oder Intensivstationen behandelt werden. Politisch gewollt gehören sie immer weniger zu Strukturen der normalen Krankenversorgung. Dies hat erhebliche Auswirkungen für die Facharztausbildung, da Assistenten in der Weiterbildung „normale“ neurologische Krankheiten fast nicht mehr zu Gesicht bekommen. Diese Strukturveränderungen führen auch zu erheblichen Schwierigkeiten, Rotationsassistenten aus der Psychiatrie auszubilden, da diese naturgemäß von einer Tätigkeit auf einer Intensivstation oder Stroke Unit für ihre weitere psychiatrische Tätigkeit nicht

profitieren. Unter dem Kostendruck gehen auch viele Krankenhäuser dazu über, die Weiterbildung einzustellen und alle wesentlichen Positionen mit Fachärzten zu besetzen, da dies sehr viel ökonomischer möglich ist, als junge Ärzte auszubilden.

Auch wenn die Politik gebetsmühlenartig wiederholt, dass es in Deutschland genügend Ärzte an Krankenhäusern gibt, widerspricht der Dialog mit leitenden Ärzten neurologischer Abteilungen diesbezüglich ganz klar. Eine Lösung des Problems kann nur darin liegen, dass Krankenhäuser zum einen für die in den letzten zwei Jahren unverschuldet erlittenen erhöhten Ausgaben kompensiert werden und zum anderen für die Weiterbildung und Krankenversorgung eine bessere Verknüpfung von stationärem und tagesklinischem Bereich und niedergelassenen Neurologen erfolgt. Andere Berufsgruppen haben gezeigt, dass diese Form lokaler Netzwerken möglich ist.

Morbiditätsorientierter RSA ausschlaggebend

Wieviel Geld Krankenkassen in Zukunft aus dem Gesundheitsfonds erhalten, wird von einem Versichertenklassifikationsmodell abhängig sein, das die Versicherten auf der Grundlage von Diagnosen und Arzneimittelstoffen in Risikogruppen unterteilt. Die Grundlagen für diesen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich sind in der Risikostrukturausgleichsverordnung des Bundesversicherungsamtes festgelegt.

Die Auswahl der Erkrankungen erfolgt dabei anhand eines Kriterienkataloges. Dieser beinhaltet die Krankheits-schwere beziehungsweise Chronizität. Dabei gilt eine Krankheit dann als schwerwiegend, wenn sie eine Hospitalisierungsrate von über 10% erreicht. Ein weiteres Kriterium ist die Kostenbewertung: Eine Krankheit gilt dann als kostenintensiv, wenn sie sich oberhalb eines bestimmten Perzentils der Kostenverteilung über allen Krankheiten befindet. Demnach findet ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich nur bei den Erkrankungen statt, die das Kriterium der Schwere oder der Chronizität erfüllen und deren prävalenzgewichteten Ausgaben gleichzeitig oberhalb eines festgelegten Perzentils liegen.

Neurologische Versorgung immer wichtiger

Betrachtet man die Liste der Krankheiten, die im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich Berücksichtigung finden, stammen von den gelisteten 80 Krankheiten nicht weniger als 25 aus dem Bereich Neurologie/Psychiatrie, also über 30% (siehe Tabelle, S. 16). Wie auch immer sich die Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem verändern werden, kann man vor diesem Hintergrund feststellen, dass wir als Neurologen gebraucht werden.

Im Hinblick auf zukünftig nicht vermeidbare Priorisierungsdebatten stehen wir mit der Morbi-RSA-Liste und den in anderen Ländern etablierten Priorisierungskriterien nicht schlecht da. Mit den IGES-Daten sind wir zumindest argumentativ gut aufgestellt, dies gilt auch für zukünftige Versorgungsverträge. Die Verbände werden sich daher weiter in der Entwicklung von Versorgungskonzepten auf der Grundlage von §§ 73c und 114 engagieren, damit wir eine sinnvolle, leitlinienbasierte Versorgung auf einer wirtschaftlich soliden Grundlage sicherstellen können.

Um noch mehr detailliertes Wissen über den Versorgungsbedarf und die bisherigen Versorgungsleistungen zu generieren, werden wir gerade auch in Hinblick auf die Entwicklung der Komplexpauschalen in der ambulanten Versorgung ein weiteres IGES-Gutachten in Auftrag geben.

Schwieriger wird es sein, das Problem des Nachwuchsmangels in den Griff zu bekommen sein. Die Attraktivität des Arztberufes hat aufgrund der Systemzwänge in den letzten Jahren erheblich gelitten. Für die Neurologie wollen wir zusammen mit der DGN für unser Fach werben und haben das Forum „Junge Neurologen“ gegründet, über das wir auf S. 43 ebenfalls in diesem Sonderheft berichten. □

AUTOREN

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich
Prof. Dr. med. Hans-Christoph Diener,
Essen

KOOPERATIONEN UND NETZWERKE

Neue Wege für die neurologische Versorgung

In absehbarer Zeit wird sich die Struktur der medizinischen Versorgung grundlegend ändern. Eine Vielzahl von neuen Organisationsformen erweitert schon jetzt das bisherige Modell der klassischen Vertragsarztpraxis. Dabei bieten professionelle Netzwerke ihren Mitgliedern große Vorteile.

Die grundlegenden Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen haben sich bis vor kurzem über Jahrzehnte praktisch kaum geändert. Erst in den letzten Jahren ergaben sich mit dem GKV-Modernisierungsgesetz 2004 und dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 entscheidende Impulse und Weichenstellungen. Hatten bis dahin Reformgesetze (GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz, Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz, Beitragssatzsicherungsgesetz) primär eine Kontrolle der Kosten zum Ziel, strebte man mit den Reformpaketen ab 2004 echte Strukturveränderungen an.

Bis zu diesem Zeitpunkt besaßen noch praktisch sämtliche Fachärzte, egal welchen Alters, den gleichen „gesundheitspolitischen Sozialisationshintergrund“. Wir sind alle mit den Grundpfeilern der Versorgung (Kliniken der Grundversorgung und Universitätskliniken oder haus- und fachärztliche Einzelpraxen) groß geworden. Daneben gab es fern der wohnortnahen Versorgung noch den Rehabilitationssektor. Langsam haben wir uns an die Gründung von Klinikketten und größeren Gemeinschaftspraxen sowie die Idee von Praxisverbänden gewöhnt, ohne dass dabei jedoch das Grundprinzip der verschiedenen Sektoren aufgegeben wurde. Entsprechend fest und unverrückbar sind auch die Sektorgrenzen in unseren Köpfen verankert. Der Austritt aus der Klinik in die Niederlassung war auf diesem Hintergrund in aller Regel eine Einbahnstraße. Wer auf der anderen Seite Chefarzt geworden ist, tat dies in der Regel in dem Bewusstsein, eine Stelle bis zum Ende seiner beruflichen Karriere angetreten zu haben.

Extreme Umstellungen

Das bisher als strukturpolitische Konstante fest „engrammierte“ Vertragsarzt- und Klinikwesen wird sich vor dem Hintergrund der Finanzierungsproblematik unseres Gesundheitssystems und des wachsenden Versorgungsbedarfs grundlegend ändern. Die Versorgungslandschaft wird, angestoßen durch die Reformgesetze, bald in vieler Hinsicht kaum noch wiederzuerkennen sein. Zudem wird im ambulanten Versorgungssektor die Vergütungslogik mit der nächsten EBM-Reform mit Einführung ambulanter Komplexpauschalen völlig auf den Kopf gestellt.

Vor allem aber wird sich die Beziehung der Verhandlungspartner im System weiterentwickeln: Das klassische Vertragsarztsystem mit monopolistischer Dreiecksbeziehung von Krankenkassen, Ärzten und KVen wird nur eine Möglichkeit von vielen sein. Direktverträge mit Krankenkassen werden an Bedeutung gewinnen. Die Krankenkassenlandschaft wird sich ebenfalls neu strukturieren. Es sind eine Reihe an Fusionen zu erwarten. Der neue Spitzenverband der Krankenkassen hat zum 1. Juli seine Tätigkeit aufgenommen. Die Zahl Anbieter ambulanter Leistungen wird steigen. Eine Vielzahl von Verträgen und Marktanbietern stellt völlig neue organisatorische Herausforderungen an die einzelnen Praxen und Krankenhäuser.

Entwicklung neuer Vertragsstrukturen

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz standen grundsätzlich neben der Regelversorgung mehrere direkte Vertragsop-

tionen zur Verfügung oder wurden durch diese Reform „salonfähig“. Hierzu zählten Strukturverträge zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73c, die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116 b und die integrierte Versorgung nach § 140 SGB V.

Wie haben sich diese Vertragsformen in den letzten Jahren entwickelt? Betrachten wir zunächst die integrierten Versorgungsverträge. Nach der Einführung der Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung zum 1. Januar 2004 ist es anfangs nur zögerlich zu Vertragsabschlüssen nach § 140 SGB V gekommen. 2005 war ein Anstieg von Vertragsabschlüssen zu verzeichnen, 2007 flachte sich diese Kurve wieder ab. Diese Phase war durch eine konzeptionelle Pluralität gekennzeichnet: Bei vielen Verträgen war der Marketing-Aspekt vorherrschend, bei anderen primär wirtschaftliche Ziele. Anspruchsvolle Konzepte mit hohem Integrationsgrad waren in der Minderheit. Dies ist vor dem Hintergrund, dass integrierte Versorgungsmodelle auch ein Vertragsmanagement benötigen und der personelle und verwaltungstechnische Aufwand nicht unerheblich ist, durchaus verständlich. Andererseits trägt diese Entwicklung dazu bei, dass neurologische Indikationsbereiche deutlich unterrepräsentiert sind. Wir haben es hier zum einem mit chronischen und teuren Krankheiten zu tun, die in der Versorgung naturgemäß viele Schnittstellen aufweisen. Zum anderen sind nur sehr wenige neurologische Krankheiten zu Marketingzwecken geeignet.

Dabei zeigt der Einblick in die Liste der Krankheiten des Risikostrukturausgleichs, dass es sich gerade bei neurologischen Krankheiten lohnen könnte, effiziente Versorgungswege zu strukturieren. Zudem sind die Neurologen gut aufgestellt: Wie an dieser Stelle und auf vielen Fortbildungsveranstaltungen berichtet, haben wir bereits zum Jahreswechsel 2003/2004 begonnen, Rahmenkonzepte zu konsentieren und im weiteren Verlauf weiterentwickelt und konkretisiert. Die DGN hat in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband eine Kommission Integrierte Versorgung gegründet und die Konzepte als Buch sowie im Internet auf den Homepages der Ver-

bände und der DGN publiziert. In einigen Bundesländern ist es zum Abschluss von Verträgen auf dieser Grundlage gekommen. Derzeit befinden wir uns in einer Phase der Bewertung dieser Versorgungsverträgen.

Integrierte Versorgung wirkt

Erste Evaluationsergebnisse neurologischer Versorgungsverträge liegen derzeit vor. Wir dürfen an dieser Stelle noch keine konkreten Ergebnisse vorstellen, da sie noch nicht von allen Vertragspartnern freigegeben wurden. Allerdings sind Trends durchaus erkennbar. Zunächst scheint es so zu sein, dass integrierte Versorgung „wirkt“, das heißt nachweisbare Effekte hervorbringt. Es ist demnach nicht egal, ob ein Patient eingeschrieben ist oder im Rahmen der Regelversorgung behandelt wird.

Im Idealfall würden medizinische und wirtschaftliche Qualitätsziele gleichermaßen in einer strukturierten Versorgung erreicht. Dies konnte bisher nicht durchgehend gezeigt werden. Zwar war ein hoher Effizienzgrad im Rahmen der integrierten Versorgung bei der Kopfschmerztherapie, teilweise auch in der Depressionsbehandlung und in der medizinischen Videobeobachtung von Parkinsonpatienten nachzuweisen; in anderen Bereichen wie der MS-Versorgung ist es wie erwartet – durch Patientenschulungen und andere compliancefördernde Maßnahmen – zu einem Anstieg der Medikamentenkosten gekommen. Medizinische Qualitätsdaten wurden hingegen noch nicht ausgewertet.

Krankenkassen zurückhaltend – Kündigung von Verträgen

Wie Krankenkassen diese Evaluationsergebnisse bewerten, ist derzeit noch nicht zu beurteilen. Dies wird maßgeblich auch von der Verteilung der finanziellen Mittel aus dem Gesundheitsfonds abhängen. Derzeit kann man noch keine verbindlichen Aussagen hierzu erwarten. Dies ist auch der Grund, warum Krankenkassen derzeit sehr zurückhaltend bezüglich neuer Verträge sind. Solange keine Kalkulationssicherheit besteht, sind Kostenträger schlecht beraten, in eine „black box“ zu investieren. Dies wird sich in Kürze ändern, sodass auch mit verbindlicheren Aussagen der Kas-

sen zu rechnen ist. Unabhängig von diesen Entwicklungen haben uns viele Krankenkassen signalisiert, dass ein großer Teil bestehender Verträge wieder gekündigt werden soll – entweder aufgrund zu geringer Einschreibungsquoten und geringer Akzeptanz oder aufgrund des Verfehlens von Versorgungszielen. Welche Verträge gekündigt werden und welche nicht, hängt einerseits von den Ergebnissen der Evaluationen ab zum anderen aber auch von der strategischen Zielsetzung der Krankenkassen, die in IV-Verträgen nach wie vor noch ein Marketinginstrument sehen.

Reformen schaffen neue Versorgungsstrukturen

Die Reformgesetze haben neben den neuen Vertragsoptionen auch die Möglichkeiten zur Bildung von Organisationseinheiten und Kooperationsverbänden erweitert. Grundlage hierzu sind der § 95 SGB V (medizinische Versorgungszentren) sowie das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, über das wir ebenfalls wiederholt berichtet haben. Letzteres ermöglicht die Gründung von Praxisgemeinschaften und Filialen, die Bildung überörtlicher Praxisgemeinschaften sowie die Anstellung von Ärzten. Auch die Doppeltätigkeit von Ärzten in derartigen Organisationen und in Krankenhäusern ist nunmehr problemlos möglich. Den Ärzten wird es damit ermöglicht, an mehreren Orten und auch sektorenübergreifend tätig zu sein.

Um Missbrauch zu vermeiden und die diese Tätigkeiten kontrollierbar zu halten, sind zum 1. Juli 2008 neben den Betriebsstättennummern daher auch die lebenslangen Arztnummern zugeteilt worden. Damit wird bei den Ärzten ein ähnlicher Weg beschritten wie bei Freigängern mit elektronischen Sicherheitsfesseln: Man kann die Betroffenen jederzeit genau orten, bei Ärzten anders als bei Straftätern sogar ein Leben lang.

Welche Optionen der Berufsausübungs- und Kooperationsgemeinschaften hier wirklich sinnvoll sind, wird sich erst in der Zukunft zeigen. Mit der Gründung von neuen Gemeinschaften sind die Struktur- und Finanzierungsprobleme des Gesundheitssystems natürlich noch nicht gelöst, ebensowenig die wirtschaftliche Unterdeckung vieler Ein-

Workshop Netzerbildungen

Teil I: Neue Verträge und Kooperationsformen

- Was gibt es Neues zum Thema Direktverträge?
- Stand der Verhandlungen der Berufsverbände mit Krankenkassen und KBV

Teil II: Netzgründung und Netzorganisation

- Netzgründung
- Rechtsformen und Organisationsstrukturen
- Finanzierung und Fördergelder
- Vertragsformen und Vertragsgestaltung mit Krankenkassen

Teil III: Leistungen und Verträge

- Leistungsspektrum und Außenpräsentation
- Verhandlungsstrategien mit Krankenkassen
- Sektoren- und fachgruppenübergreifende Kooperationen

Teil IV: Erfahrungsaustausch bestehender Netze

- Diskussion und systematischer Austausch etablierter Netze und Netze in Gründung

Referenten:

- Uwe Meier, Vorsitzender BDN
- Frank Bergmann, Vorsitzender BVDN
- Gunther Carl, stellvertretender Vorsitzender BVDN
- Matthias Wöhr, Athene Akademie

13.9.2008, 9.00–14.00 Uhr, Radisson SAS Hotel, Marseiller Str. 2, 20355 Hamburg
 18.10.2008, 9.00–14.00 Uhr, Hotel Arvena Park, Görlitzer Str. 51, 90473 Nürnberg
 29.11.2008, 9.00–14.00 Uhr, Hotel InterContinental, Budapester Str. 2, 10787 Berlin
 Bei Rückfragen: Manja Marx, Tel. 04721 606206, Peter Jesdinesky, Tel. 0162 1070333

richtungen, da die ambulante und stationäre Vergütungslogik zunächst weiter Gültigkeit besitzt. Auf der anderen Seite können diese Gemeinschaften ihr Leistungsspektrum erweitern oder im Sinne einer Spezialisierung eingrenzen und sich für neue Vertragsformen offen halten. Auch vor dem Hintergrund eines wachsenden Versorgungsbedarfs und eines sich zuspitzenden Nachwuchsmangels (siehe S. 41) dürften neue Kooperationsformen interessant sein.

Derzeit werden bestehende Einrichtungen aufgrund der geringen Vertragsangebote sich nur langsam umformieren. Dies kann sich unter Umständen aber schnell ändern. Auch wenn die Krankenkassen derzeit aus Gründen einer fehlenden Kalkulationssicherheit sich eher in Zurückhaltung üben, werden sie in Zukunft die neuen Vertragsmöglichkeiten als Wettbewerbsinstrument nutzen. Da die Versorgungslandschaft unübersicht-

licher wird und Leistungserbringer wie Kostenträger die neuen Vertragsmöglichkeiten zu ihrem Vorteil nutzen werden, ist mit großer Wahrscheinlichkeit eine Dynamik bei den Vertragsformen zu erwarten. Andererseits haben beide Seiten kein Interesse an einer ausufernden Partialisierung, da jeder Vertrag mit Verwaltungsaufwand und damit auch mit Kosten einhergeht. Neben den Berufsverbänden auf Bundes- und Landesebene sind regionale Netze daher geeignete Ansprechpartner.

Um unter Wettbewerbsbedingungen handlungsfähig zu bleiben, werden Praxisverbände, Genossenschaften und Praxisnetze zunehmend bedeutsam, da es dem Einzelnen kaum möglich sein dürfte, Verträge selbst zu verhandeln und zu handhaben. Analog benötigen Krankenkassen für Vertragsgestaltungen und Qualitätsanforderungen Ansprechpartner, die legitimiert sind, für eine größere

Gruppe von Leistungserbringern zu sprechen. Aus diesem Grund haben wir im letzten Jahr im NEUROTRANSMITTER über die Möglichkeiten und Chancen von Netzerbildungen berichtet. Wir haben das letzte Jahr weiterhin genutzt, bundesweit Workshops zur Bildung formaler Kooperationsgemeinschaften anzubieten. Zu unserer Überraschung konnten wir feststellen, dass das Thema nicht nur auf großes Interesse gestoßen ist, sondern dass es bereits eine Vielzahl regionaler Aktivitäten zur Netzbildung bundesweit gegeben hat. Auch im Nachklang zu den Veranstaltungen treten viele in Gründung begriffene Netze zum Erfahrungsaustausch an uns heran. Aufgrund des großen Interesses planen wir derzeit eine erneute Veranstaltungsserie.

Gründung von Netzwerken – Hilfe von Berufsverbänden

Da sich nur wenige etablierte Praxen räumlich zu neuen Organisationsformen unter einem Dach zusammenschließen können, sind Netzwerke als Zusammenschlüsse von Praxen oder Kliniken sowie weiteren Leistungserbringern eine mögliche Alternative. Ein Netzwerk ist in der Lage, ein breites Leistungsspektrum anzubieten und über Spezialisierung, Optimierung der Abläufe sowie Synergiebildung die Kosten zu senken. Ob es sich hierbei formaljuristisch um regionale Praxisverbände, Genossenschaftsmodelle, GmbH's, Gesellschaften bürgerlichen Rechts oder Vereine handelt, ist zunächst nachrangig, da die Inhalte der Kooperationsvereinbarung und die Vertragsfähigkeit entscheidend sind. Wichtiger sind zunächst die Inhalte und die Leistungsbreite sowie die Kooperationskultur. Regionale Netzwerke sind für Kostenträger attraktivere Ansprechpartner als einzelne Einrichtungen.

Um den Verwaltungsaufwand und die Kosten für die Organisation eines Netzes überschaubar zu halten, haben die Berufsverbände „vorgearbeitet“ und bieten ihren Mitgliedern eine Vielzahl vorformulierter Lösungen an. Bei der Netzgründung ist die Athene-Akademie behilflich und stellt Materialien in Form von Mustersatzungen bis hin zu Modellen von ausgelagerten Geschäftstellen zur Verfügung. Auch wie Fördermittel des Bundes

bei der Netzgründung in Anspruch genommen werden können, kann bei Athene in Erfahrung gebracht werden.

Um einen „Wiedererkennungswert“ der Netze zu generieren, haben die Verbände eine Qualitätsmarke gegründet, die von Mitgliedern verwendet werden kann: die Netzwerke ZNS. Dabei steht ZNS für Zentren für Neurologie und seelische Gesundheit. Das gemeinsame Marketing unter diesem Namen bietet viele Vorteile. Auch bei der Vertragsgestaltung und dem Vertragsmanagement sind wir behilflich: Verträge können über die von den Verbänden gegründete Genossenschaft Brain-Konzept geschlossen werden, analog kann Athene das Vertragsmanagement übernehmen.

Ziel: flächendeckende Verträge

Die Verbände haben bereits einige Musterverträge verhandelt und zum Laufen gebracht. Sie stehen mit einer Vielzahl von Krankenkassen und mit der KBV in Kontakt. Im ersten Halbjahr 2008 ist mit der Vertragswerkstatt der KBV ein Mustervertrag nach § 73c entwickelt worden, bei dem es um eine indikationsübergreifende Versorgung für insgesamt sechs neuropsychiatrische Krankheiten geht (Depression, Demenz, Schizophrenie, Parkinson, MS und Epilepsie).

Das Ziel sind möglichst flächendeckende Verträge mit einer Vielzahl von Kostenträgern. Hierzu braucht es aber auch die Bereitschaft der Mitglieder und regionaler Organisationsplattformen. Die Gründung flächendeckender Netzwerkbildungen stellt eine gute Grundlage für die Teilhabe an neuen Vertragsformen dar. Wir haben daher auch in diesem Jahr wieder eine Veranstaltungsserie initiiert, mit der wir einerseits Hilfestellungen bei der Gründung geben wollen und andererseits Vertreter bestehender Netze eine Plattform für einen überregionalen Erfahrungsaustausch bieten wollen. Die Veranstaltungen wenden sich aus diesem Grund an Vertreter bereits gegründeter Netze, Vertreter neuer Netzinitiativen oder einfach auch an alle Interessierten. □

AUTOR

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich

VERTRAGLICHE GRUNDLAGEN FÜR DEN PRAXISVERBUND

Direktverträge immer wichtiger

In der aktuellen gesundheitspolitischen Situation wächst die Bedeutung von Kooperationen unter Ärzten. Diese Formen betreffen vor allem gemeinsame Direktverträge mit Krankenkassen. Dabei sind vertragliche und rechtliche Grundlagen zu beachten.

Die gesetzliche Krankenversicherung feiert in diesem Jahr ihren 125. Geburtstag. Dieses System dürfte auch in der nächsten Zukunft stabil bleiben. Sicherlich leidet es an einigen altersbedingten Ausfallserscheinungen, insgesamt dürften aber keine Zweifel bestehen, dass die GKV selbst die meisten der heute tätigen Politiker, Funktionsträger und Ärzte überleben wird.

Anderes wird (zumindest teilweise) für die gemeinsame Selbstverwaltung, insbesondere die Kassenärztlichen Vereinigungen prognostiziert. So sah man in den letzten Jahren etwa die politische Förderung der Direktverträge zwischen Ärzten und Krankenkassen als Sterbehilfe für das Kollektivvertragssystem der Kassenärztlichen Vereinigungen. Realistisch dürfte allerdings eher die Einschätzung sein, dass die GKV-Versorgung der Zukunft aus einem Nebeneinander von Kollektiv- und Direktverträgen bestehen wird.

Es spricht auch viel dafür, dass eine solche Entwicklung für die Ärzteschaft am günstigsten wäre: Sie bekommt zum einen die Chance, über Direktverträge an einer besseren Versorgung mitzuwirken (gegen Zahlung angemessener Honorare). Zum anderen verliert sie aber nicht die Sicherheit, welche das Kollektivvertragssystem aufgrund der Mitgliedschaft aller Vertragsärzte in den Kassenärztlichen Vereinigungen und der hiermit einhergehenden starken Verhandlungsposition der KVen bietet.

Volumen der Direktverträge wird zunehmen

Es existieren Prognosen, wonach bereits im Jahr 2010 45 % der Vergütungen für ambulante GKV-Leistungen nicht mehr über die Kassenärztlichen Vereinigungen, sondern über Direktverträge verteilt

werden. Ob diese Größenordnung und der Zeithorizont genau zutreffen, ist völlig unerheblich: Wenn nur die Tendenz dieser Prognose stimmt, so ist es für Ärzte unerlässlich, sich mit dem wichtigsten Aspekt dieser neuen Strukturen auseinanderzusetzen. Sie müssen Netze und Verbände gründen, in denen sie Vertragspartner der Krankenkassen sind. Die Krankenkassen werden nicht mit 120.000 einzelnen Vertragsärzten verhandeln.

In der Vergangenheit stand bei Qualitätszirkeln oder Kreisärzteschaften eher der medizinische Inhalt im Zentrum; zukünftig werden Zusammenschlüsse unter Ärzten Aufgaben der Vertragsverhandlung, der regionalen – aber auch überregionalen – Sicherstellung und der Steigerung der Strukturqualität wahrnehmen. Für diese neuen Herausforderungen stehen die rechtlichen Instrumentarien bereits weitestgehend zur Verfügung, niemand muss hier das „Rad neu erfinden“, vielmehr sollte man sich allein die rechtlichen Grundlagen dieser Netze vergegenwärtigen.

Welche Organisationsform ist die beste?

Die sinnvolle rechtliche Struktur eines Netzes ist abhängig von der Anzahl der Mitglieder und dem Umfang des „Geschäftsbetriebes“. Die zukünftig zu erwartenden Netzstrukturen lassen sich nach ihrem regionalen Tätigkeitsbereich und ihrer entweder fachgruppeninternen oder fachgruppenübergreifenden Organisation in vier Kategorien einteilen:

- bundes- bzw. landesweite fachgruppengleiche Zusammenschlüsse (z. B. BDN, BVDN oder Brain-Konzept),
- landesweit oder überregional organisierte fachgruppenübergreifende Zusammenschlüsse (z. B. MEDI),

Praxisverbund

Der Praxisverbund ist in der Musterberufsordnung wie folgt beschrieben: „Ärzte dürfen, auch ohne sich zu einer Berufsausübungsgemeinschaft zuzuschließen, eine Kooperation verabreden, welche auf die Erfüllung eines durch gemeinsame oder gleich gerichtete Maßnahmen bestimmten Versorgungsauftrages oder auf eine andere Form der Zusammenarbeit zur Patientenversorgung, zum Beispiel auf dem Feld der Qualitätssicherung oder Versorgungsbereitschaft, gerichtet ist. Die Teilnahme soll allen dazu bereiten Ärzten ermöglicht werden; soll die Möglichkeit zur Teilnahme beschränkt werden, zum Beispiel durch räumliche oder qualitative Kriterien, müssen die dafür maßgebliche Kriterien für den Versorgungsauftrag notwendig und nicht diskriminierend sein und der Ärztekammer gegenüber offengelegt werden. Die an einer solchen Kooperation teilnehmenden Ärzte dürfen medizinisch gebotene oder von dem Patienten gewünschte Überweisungen an nicht dem Verbund zugehörige Ärzte nicht behindern.“

- regionale fachgruppenübergreifende Zusammenschlüsse (z. B. Ärztenossenschaft Rhein-Sieg),
- fachgruppengleiche regionale Netze (z. B. Rheinisches Kompetenznetz für seelische Gesundheit e. V.).

Umso größer der Versorgungsbereich und die hiermit in der Regel einhergehende wirtschaftliche Bedeutung der zu übernehmenden Aufgaben, umso eher rechtfertigt sich die Gründung einer administrativ aufwendigen Gesellschaft. Umso kleiner der Versorgungsbereich, die Anzahl der Mitglieder und der wirtschaftliche Umfang der Versorgung im Rahmen eines möglichen Direktvertrages ist, umso eher sollte man „schlanke“ gesellschaftsrechtliche Organisationsstrukturen wählen.

Genossenschaft: Auf Bundesebene agierende Zusammenschlüsse wählen deshalb zu Recht häufig die Organisationsform der Genossenschaft. Diese ist vergleichsweise aufwendig zu gründen und unterliegt rechtlich auch umfangreichen und damit im Ergebnis teuren Kontrollmechanismen. Sie erlaubt aber auch die stringente Führung und gibt – gerade aufgrund der vorhandenen Kontrollmechanismen – die notwendige Sicherheit für eine ordnungsgemäße Verwaltung und Verwendung der Geldmittel. Auch für überregionale, zum Beispiel auf Landesebene oder in größeren Kreisen bzw. Städten agierende Netze ist die Genossenschaft als Organisationsform sinnvoll.

Bei kleineren überregionalen oder regionalen Zusammenschlüssen sollte

allerdings der mit der Genossenschaftsgründung verbundene Aufwand vermieden und eher eine GmbH oder eine BGB-Gesellschaft errichtet werden.

GmbH: Die GmbH erfordert ein Stammkapital von 25.000 EUR, eine notarielle Beurkundung des Vertrages sowie den Eintrag in das Handelsregister, weshalb sie eher dann sinnvoll ist, wenn bereits ein konkretes inhaltliches „Geschäftsmodell“ vorliegt. Wenn also unmittelbar Direktverträge mit Krankenkassen oder andere Verträge mit sonstigen Leistungserbringern oder Beteiligten des Gesundheitswesens geschlossen werden sollen, rechtfertigt sich sicherlich der Gründungsaufwand einer GmbH.

BGB-Gesellschaft: Wenn sich die Netze – und dies ist derzeit wohl überwiegend der Fall – rechtlich organisieren, um für die zukünftigen Veränderungen bereit zu sein, so bietet sich demgegenüber am ehesten die BGB-Gesellschaft an. Ein solcher Zusammenschluss mehrerer Ärzte (ob fachgleich oder fachübergreifend) ist keine Berufsausübungsgemeinschaft, weshalb auch die häufig unreflektiert beschworene „Haftung mit dem gesamten persönlichen Vermögen“ im Ergebnis keine Rolle spielt. Schließen sich mehrere Ärzte zu einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts zusammen, die den Zweck verfolgt, ein gemeinsames Versorgungsangebot vorzuhalten und gegebenenfalls mit Krankenkassen vertraglich zu vereinbaren, so findet bei der Umsetzung die medizinische Behandlung weiterhin allein durch die dem „Netz“ angehörenden Einzel- oder Gemeinschaftspraxen statt.

Keiner der Gesellschafter haftet für Behandlungsfehler oder gar Anschaffungen, Miete oder Personalkosten des anderen.

Wenn man nun auch letzte „Haftungsrisiken“ ausschließen möchte, so kann man im Vertrag der BGB-Gesellschaft vereinbaren, dass Ausgaben nur getätigt werden, wenn die hierfür erforderlichen Mittel vorhanden sind. Wenn diese Gesellschaft nur das ausgibt, was vorhanden ist, kann keine Haftung entstehen. Eine Ausnahme gilt selbstverständlich für kriminelles Handeln Einzelner. Dies kann man zwar nicht ausschließen, es dürfte aber bei kleineren Gruppen, in der die Ärzte einander kennen, kaum der Fall sein.

Flexibler Praxisverbund

Viel zu selten wird bisher erkannt, dass das ärztliche Berufsrecht bereits seit Jahren für die meisten dieser „Netze“ eine geeignete und sehr flexible Kooperationsform, nämlich den Praxisverbund, zur Verfügung stellt. Dieser ist in Anlehnung an die Musterberufsordnung der deutschen Ärztinnen und Ärzte in jeder Landesberufsordnung vorgesehen. Vereinfacht ist er als Zusammenschluss von Ärzten oder Angehörigen anderer, in einem Katalog aufgeführter Berufsgruppen zu verstehen, mit welchem die Gesellschafter die Verfolgung gemeinsamer Ziele in der Patientenversorgung oder auch anderen Belangen des Gesundheitswesens vereinbaren.

Dieser Praxisverbund kann in der Rechtsform der BGB-Gesellschaft, der GmbH oder der Genossenschaft realisiert werden. Auch ein eingetragener Verein kommt in Betracht, dieser ist jedoch aufgrund der mit dem „Netz“ häufig verfolgten wirtschaftlichen Ziele auf Dauer nicht sinnvoll.

Diese bereits mehrere Jahre alte Beschreibung ärztlicher Kooperationsmöglichkeiten ist heute in Bezug auf die zu erwartende Zunahme der Direktverträge aktueller denn je. Die Ärztekammern handhaben das Institut des Praxisverbundes auch überwiegend sehr liberal, sofern nicht mit dem Praxisverbund die nach klarer Übereinstimmung der deutschen Ärzteschaft verbotenen „Kick-back-Geschäfte“ (unrechtmäßige Rück- oder Gegenzahlungen) verschleiert werden sollen.

Offiziell keine „geschlossene Gesellschaft“

Teilweise wird es jedoch beim Praxisverbund als problematisch empfunden, dass dieser jedem Arzt, der die vom Praxisverbund selbst zu bestimmenden Voraussetzungen erfüllt, offen steht. Der Praxisverbund ist nach der berufsrechtlichen Konzeption kein „closed shop“. Allerdings zeigt sich in der Praxis, dass bereits über die Wahl der (nicht diskriminierenden) Beitrittskriterien eine gewisse sinnvolle Einschränkung möglich ist. Darüber hinaus bitten diejenigen Ärzte, die nicht von den Gründern und Initiatoren zur Teilnahme aufgefordert wurden, später nur selten von sich aus um die Aufnahme.

Wenn aber in Zukunft erhebliche Honoraranteile über Direktverträge an die Ärzteschaft fließen, so ist zu erwarten, dass auch Ärzte, die anfangs noch keinen Sinn im Beitritt zu einem solchen Netz sahen, später um die Aufnahme nachsuchen. Dass in einem solchen Fall der Gedanke des „Trittbrettfahrers“ aufkommt, ist nachvollziehbar. Dem kann allerdings vorgebeugt werden, indem die Anzahl der teilnehmenden Ärzte im Direktvertrag begrenzt wird – sowohl im Integrationsvertrag als auch in dem Vertrag nach § 73 c SGB V.

Zusammenfassend stellt sowohl das Gesellschaftsrecht als auch das ärztliche Berufsrecht die notwendigen Instrumentarien zur Verfügung, um ganz individuell für das jeweilige Netz die richtige Organisationsform zu finden. Welche Gestaltung richtig ist, bestimmt sich im Wesentlichen nach der Anzahl der Gesellschafter und damit nach dem räumlichen und inhaltlichen Aufgabenbereich. Für kleine, entstehende Netze bietet sich die BGB-Gesellschaft an. Für größere Zusammenschlüsse kommt die GmbH oder die Genossenschaft in Betracht. Jede Gruppe sollte nachdenken, ob für sie angesichts der absehbaren Veränderungen im Gesundheitssystem nicht die Gründung eines Praxisverbunds richtig ist; die Rechtsform kann sie jederzeit an die jeweiligen Aufgaben anpassen. □

AUTOR

Dr. jur. Ingo Pflugmacher, Bonn

NEUORDNUNG DER VERSORGUNGSEBENEN

Modell mit Tücken

Die KBV hat ein Konzept vorgelegt, nachdem die Versorgungsebenen neu strukturiert werden sollen. Hintergrund ist die bisherige starre Definition dieser Ebenen, die für den politisch gewünschten Wettbewerb nicht geeignet ist. Einige Details zu Arztwahl oder Vertragsformen sind dabei von äußerster Brisanz.

Vertragswettbewerb seit dem Jahr 2000 findet mit mittlerweile über 5.000 Integrationsverträgen, 55 hausarztzentrierten Verträgen und einer unbekannt Anzahl von Verträgen nach § 73 c SGB V statt. Neben diesem Vertragswettbewerb gibt es auch einen zunehmenden Wettbewerb der Organisationsstrukturen, der durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz in Gang gebracht wurde. Nebeneinander sind tätig: Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren (MVZ), aber auch zunehmend Ambulanzen an stationären Einrichtungen, die alle um die beste Organisationsstruktur zur Versorgung der Versicherten konkurrieren.

Die flächendeckende, wohnortnahe ambulante haus- und fachärztliche „Rund-um-die-Uhr-Versorgung“ mit freier Arztwahl und Sachleistungsprinzip ist, so die KBV, vom Wettbewerb durchdrungen, ohne dass eine Wettbewerbsordnung erkennbar ist. Insbesondere das derzeitige Wettbewerbsmodell ist in den Augen der KBV nicht geeignet, den drohenden Mangel an Vertragsärzten in der wohnortnahen Versorgung und hier insbesondere in der hausärztlichen Versorgung zu beheben. Ohne eine Wettbewerbsordnung ist aber das zentrale gesellschaftliche Thema der demografischen Entwicklung, wonach im Jahr 2020 der Anteil der über 65-Jährigen gegenüber dem Jahr 2000 um 37% gestiegen sein wird, nicht lösbar. Ältere Patienten weisen nach den vorliegenden Zahlen die höchsten Kontaktzahlen in der wohnortnahen Versorgung aus, sodass vorrangig diese Versorgungsform in der Zukunft gewährleistet sein muss. Zur Aufrechterhaltung des aktuellen Niveaus in der hausärztlichen Versorgung werden nach

Angaben der KBV schon im Jahr 2020 19.000 Ärzte fehlen.

Beispiel Strukturpauschale

Nach Wunsch des KBV-Vorstandes soll das neue Modell der Versorgungsebenen geprägt sein von einer offenen und zukunftsgerichteten Diskussion über die Überwindung von Sektorengrenzen und einzelner Organisationsinteressen.

Wesentliche Präliminarien für die inhaltliche Ausgestaltung beispielsweise einer fachärztlichen Strukturpauschale waren schon im Herbst 2007 durch die Vertreterversammlung der KBV und den beratenden Fachausschuss für die fachärztliche Versorgung formuliert worden. Dazu gehörten:

- Sicherstellung der wohnortnahen fachärztlichen Versorgung,
- Prüfung der Überweisung zu hoch spezialisierten Leistungen,
- Prüfung der Verordnung kostenintensiver Medikamente.

Hintergedanke einer derartigen fachärztlichen Strukturpauschale war der Wunsch, die wohnortnahe fachärztliche Versorgung in Abgrenzung zur hochspezialisierten, technisierten fachärztlichen Versorgung (vor allem finanziell) zu stärken. Diese Überlegungen flossen in die Grundsätze der Neustrukturierung der Versorgungsebene nach aktuellem Vorschlag ein:

- Erhalt und Verbesserung der wohnortnahen Versorgung unter besonderer Beachtung des Facharztes für Allgemeinmedizin als Träger der hausärztlichen Versorgung,
- Planungssicherheit für in der ambulanten Versorgung tätige Haus- und Fachärzte,
- Neudefinition der Versorgungsebenen,

- Zuordnung von Wettbewerbsmöglichkeiten zu den Versorgungsebenen,
- Zuordnung von Leistungsträgern zu den Versorgungsebenen,
- Zuordnung von möglichen Organisationsstrukturen zu den Versorgungsebenen,
- Steuerung des Zugangs zu den Versorgungsebenen,
- Neudefinition der Aufgaben des gemeinsamen Bundesausschusses, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenärztlichen Vereinigungen,
- Europatauglichkeit der Versorgungsebenen.

Grundprinzipien des Konzepts

1. Je mehr Wohnortnähe und Flächendeckung die Versorgung der Versicherten erfordert, desto stärker müssen kollektivvertragliche Strukturen ausgeprägt sein.
2. Je krankenhäusnäher und spezialisierter die Versorgung der Versicherten mit medizinischen Leistungen ist, desto mehr Wettbewerb ist notwendig.
3. Es bleibt beim Erhalt der freien Arztwahl innerhalb einer Versorgungsebene, jedoch wird der Zugang zur nächsten Versorgungsebene gesteuert.

Insgesamt fünf Versorgungsebenen wurden zunächst für die kurative, ambulante und stationäre sowie präventive ambulante Versorgung vorgeschlagen (Tab. 1).

Wohnortnahe Versorgung

Von weitreichender Bedeutung sind die von der KBV vorgeschlagenen Vertragsformen, die mit den einzelnen Versorgungsebenen assoziiert sind: So ist der Kollektivvertrag mit der KV als obli-

gatem Vertragspartner die Vertragsform der Wahl in der Grundversorgung. Vorgesehen ist ein freier Zugang des Versicherten innerhalb der Grundversorgungsebene mit freier Arztwahl, jedoch kein Zugang zur nächsten Versorgungsebene im Kollektivvertrag, dies kann nur und ausschließlich auf Überweisung erfolgen (außer im organisierten Not-

falldienst). Optional sind Vertragsmodelle nach § 73 b möglich beziehungsweise IV-Verträge nach § 140 SGB V. Eine Umgehung des Überweisungsvorbehaltes ist vorgesehen, wenn der Patient eine entsprechende Zusatzversicherung abschließt, die ihm einen freien Zugang zu allen Versorgungsebenen ohne Überweisung ermöglicht.

Tabelle 2

Primärversorgungsebene (PVE)

Teilnehmer	<ul style="list-style-type: none"> — Hausärzte gem. § 73 SGB V (Fachärzte für Allgemeinmedizin, Kinderärzte, hausärztlich tätige Internisten) — Augen- und Frauenärzte — in unterversorgten Gebieten: Fachärzte mit Zusatzqualifikation „Case-Management“ — medizinische Fachangestellte und Gesundheitsberufe als Angestellte in Praxen und MVZ (Partizipation an der ärztlichen Begandung) — Gesundheitsberufe mit freiem Zugang (Hebammen) 		
Zugang	freie Arztwahl		
Vertragsform	Regelvertragsform	optional	optional
	<ul style="list-style-type: none"> — Kollektivvertrag mit der KV als obligatem Vertragspartner — Zugang zur nächst höheren Versorgungsebene nur auf Überweisung 	<ul style="list-style-type: none"> — Vertrag nach & 73 b „neu“ SGB V in Kombination mit Zugang zur nächst höheren Versorgungsebene ohne Überweisung — mit KV als optionalem Vertragspartner 	<ul style="list-style-type: none"> — IV-Vertrag nach § 140 SGB V mit Populationsbezug — mit KV als optionalem Vertragspartner
Organisationsform	<ul style="list-style-type: none"> — eher Einzel- und Gruppenpraxis als MVZ (in Ballungsgebieten) — eher wirtschaftlich selbständige Ärzte als angestellte Ärzte 		
Qualitätssicherung und -förderung	<ul style="list-style-type: none"> — Aufgaben der KVen — Richtlinien nach § 135 und § 136 SGB V — interaktionsspezifische Richtlinien zur Zusammenarbeit der Versorgungsebenen durch den G-BA — Qualitätsmanagement als lernendes System 		
Vergütung	<ul style="list-style-type: none"> — im Kollektivvertrag nach § 87 SGB V — Vergütungsanteil für PVE separat definiert und weiterentwickelt — bei Zugang zur nächst höheren Versorgungsebene ohne Überweisung: „Kostenerstattungsfall“ — Wahltarife der Krankenkassen entweder mit Sachleistung oder Kostenerstattung — bei Wahltarif mit Sachleistung ebenfalls separater Vergütungsanteil 		

Tabelle 1

Die neuen fünf Versorgungsebenen

- stationäre spezialisierte Versorgung
- stationäre Grund- und Regelversorgung
- spezialisierte fachärztliche krankenhäusnahe Versorgungsebene (SPVE)
- wohnortnahe fachärztliche Regelversorgungsebene (WVE)
- Primärversorgungsebene (PVE)

In der wohnortnahen fachärztlichen Versorgungsebene besteht im Gegensatz zur Grundversorgungsebene keine (!) bevorzugte Vertragsform. Es gibt vielmehr drei mögliche Vertragsformen, die gleichrangig nebeneinander stehen:

- kollektivvertragliche Organisation (wie bisher),
- Verträge nach 73 c SGB V mit der KV oder anderen Anbietern als Vertragspartner sowie
- Integrationsverträge mit der KV oder anderen Anbietern als Vertragspartner.

Die jeweilige Kasse beziehungsweise deren Verband soll unter diesen Vertragsformen für diese Ebene eine auswählen, und zwar mindestens für die Vertragsdauer von zwei Jahren. Dies bedeutet in der Konsequenz: Entscheidet sich ein Krankenkassenverband für neurologisch-psychiatrische Versorgung in Form eines 73-c-Vertrages, wird für diesen Zeitraum die kollektivvertragliche Versorgung außer Kraft gesetzt!

Krankenhausnahe Versorgung

Der spezialisierten fachärztlichen „krankenhausnahen“ Versorgungsebene werden Fachärzte zugeordnet, die sich beispielsweise auf Leistungen des Kataloges § 115 „neu“ SGB V spezialisiert haben. Dies sind zum Beispiel ambulante Operateure oder Fachärzte mit zeitlich begrenzter Wahlentscheidung für diese Versorgungsebene. In der krankenhausnahen fachärztlichen Versorgungsebene ist der Kollektivvertrag als optionale Vertragsform nicht mehr vorgesehen, sondern entweder Verträge nach § 73 c SGB V oder IV-Verträge nach § 140 SGB V mit der KV als optionalen Vertragspartner. Alternativ kann der Sicherstellungsauftrag auf die Krankenkasse übergehen. In dieser Versorgungsebene ist als Organisationsform eher ein MVZ als eine Gruppenpraxis gedacht und tendenziell eher an angestellte Ärzte als an wirtschaftlich selbständige Ärzte.

Im aktuell vorliegenden Entwurf der KBV wird vorsorglich auf Folgendes hingewiesen: „Bereits zugelassene Vertragsärzte können, wenn sie ausschließlich der spezialisierten krankenhausnahen Versorgungsebene angehören, im Kollektivvertrag verbleiben, dürfen aber herausoptieren, wenn sie es wünschen.“

Freie Wahl des Facharztes!

Dieses Versorgungsebenenmodell bietet durchaus einigen Sprengstoff. Scheint es einerseits nicht abwegig, eine Gatekeeper-Funktion insbesondere für teure

apparative Diagnostik vorzusehen, ist andererseits die Aufhebung des freien Zugangs zu fachärztlichen Praxen – zumindest aus neurologisch-psychiatrischer Sicht – äußerst kritisch zu beur-

Tabelle 3

Wohnortnahe fachärztliche Regelversorgungsebene, WVE

Teilnehmer	— Fachärzte, die nicht der PVE oder einer nächst höheren Ebene angehören — Psychologische Psychotherapeuten — Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten		
Zugang	— Zugang nur auf Überweisung durch den Arzt der PVE — mit Wahltarif: freier Zugang		
Vertragsform	optional	optional	optional
	Kollektivvertrag mit KV als obligatam Vertragspartner	nach § 73 c SGB V – Vertrag mit KV oder anderem Anbieter als Vertragspartner	IV-Vertrag nach § 140 SGB V mit KV oder anderem Anbieter als Vertragspartner
Organisationsform	— eher Gruppenpraxis und MVZ als Einzelpraxis — eher wirtschaftlich selbstständige Ärzte als angestellte Ärzte		
Qualitätssicherung und -förderung	— siehe PVE		
Vergütung	— im Kollektivvertrag und im Wahltarif mit Sachleistungsprinzip nach § 87 SGB V — im übrigen siehe PVE		

Tabelle 4

Spezialisierte fachärztliche krankenhausnahe Versorgungsebene, SPVE

Teilnehmer	— Fachärzte, die sich auf Leistungen des Kataloges § 115 „neu“ SGB V spezialisiert haben — per zeitlich begrenzter Wahlentscheidung	
Zugang	— Zugang nur auf Überweisung durch den Arzt der PVE oder WVE (Ausnahme Notfall)	
Vertragsform	— Vertrag nach § 73 c SGB V mit KV als optionalem Vertragspartner — Krankenkasse hat den Sicherstellungsauftrag	— IV-Vertrag nach § 140 SGB V mit KV als optionalem Vertragspartner — Krankenkasse hat den Sicherstellungsauftrag
Organisationsform	— eher MVZ als Gruppenpraxis — eher angestellte Ärzte als wirtschaftlich selbständige Ärzte	
Qualitätssicherung und -förderung	— sektorenübergreifend durch Richtlinien des G-BA in Zusammenarbeit mit Institut für sektorenübergreifende Qualitätssicherung — KVen als Landesgeschäftsstellen des G-BA	
Vergütung	— Gebührenordnung analog der stationären Vergütung	

teilen: Bei neurologisch-psychiatrischen Erkrankungen handelt es sich um Volkskrankheiten mit hohen Prävalenzen, die eine flächendeckende wohnortnahe Versorgung erfordern. Dies entspricht aber den definitorischen Kriterien der sogenannten Grundversorgungsebene. Die Verbände haben selbstverständlich unmittelbar den Erhalt des freien Zugangs zu neurologisch-psychiatrischen Praxen gefordert. Ganz unbenommen davon, dass Neurologen, Nervenärzte und Psychiater Fachärzte sind (und bleiben), muss der Primärzugang barrierefrei und ohne Überweisungsvorbehalt in unseren Praxen möglich sein. Schon gar nicht ist vorstellbar, dass neurologisch beziehungsweise psychiatrisch erkrankte Patienten einen gesonderten Tarif bei ihrer Krankenkasse vereinbaren müssen, um ohne Überweisung neurologische und psychiatrische Praxen aufsuchen zu können.

Konzept zu unflexibel

Aber auch darüber hinaus gibt es sicherlich in vielen Punkten Veränderungsbedarf. Die These, dass im Versorgungssegment mit höherer Spezialisierung mehr Wettbewerb erforderlich ist, erschließt sich zumindest nicht unmittelbar. Vor allem bleibt aber geheimnisvoll, warum hochspezialisierte fachärztliche Versorgung grundsätzlich krankenhaushnah erfolgen soll. Sind dies die Wünsche der Krankenhäuser, der Krankenkassen oder die Wünsche der Ministerin?

Unabhängig davon ist sicher zu konzedieren, dass in einigen Versorgungssegmenten eine gute Vernetzung zwischen ambulanter Versorgung in vertragsärztlichen Praxen und ambulanter Versorgung im Krankenhaus sinnvoll und zielführend sein kann. Problematisch wird die strikte Zuordnung zu einer Versorgungsebene dann, wenn Fachgruppen einerseits wohnortnahe Versorgung leisten, aber auch hochspezialisierte Diagnostik erbringen. Dies könnte durchaus auch für einige neurologische Praxen zutreffen. Welcher fachärztlichen Ebene sollten sich beispielsweise ausschließlich oder überwiegend diagnostisch orientierte neurologische Praxen mit hohem Anteil an apparativer Diagnostik zuordnen? Per Definition wären sie der krankenhaushnahen spezialisierten Versorgung

zuzuordnen. Gleichzeitig wird in vielen neurologischen Praxen aber auch eine patientenzentrierte wohnortnahe Therapie durchgeführt. Dies entspräche mehr der Definition der zweiten Versorgungsebene, der wohnortnahen fachärztlichen Versorgung. Gerade im Hinblick auf die vertragliche Ausgestaltung dieser Versorgungssegmente ist die Frage der Zuordnung zu einer Versorgungsebene aber zumindest im aktuell vorgelegten KBV-Entwurf nicht ohne Brisanz.

Nicht wenige Stimmen fordern eine völlige Aufgabe dieses Versorgungsebenenkonzeptes. Das wird aus unserer Sicht jedoch kaum noch gelingen! Unabhängig von der Weiterentwicklung dieser Diskussion werden BDN und BVDN die dargelegten inhaltlichen Positionen gegenüber der KBV klar vertreten. □

AUTOR

Dr. med. Frank Bergmann, Aachen

Vergütungsstrukturen

Engagierte Medizin braucht eine gesunde wirtschaftliche Basis. Makroökonomisch kommt der Patient „Gesundheitssystem“ eher weniger gesund daher. Wir haben uns daran gewöhnen müssen, dass wir zwischen medizinischem Anspruch und ökonomischen sowie bürokratischen Zwängen zerrieben werden – und das als Fachgruppe, die bei sehr hoher Versorgungsleistung am Ende der Einkommenskala steht. Wir alle schauen hoffnungsvoll auf die Zukunft des EBM, aber gleichzeitig auch ängstlich: Können wir noch weiter abfallen?



33 Aktualisierung der GOÄ – Eine schwere Geburt

35 EBM 2008 – Erfolgreiche Intervention für das Neurologen-Honorar

AKTUALISIERUNG DER GOÄ

Eine schwere Geburt

Die Überarbeitung der Gebührenordnung für Ärzte zieht sich hin. Nicht zuletzt der geplante Basistarif sorgt für Unruhe unter den privaten Krankenkassen. Aber auch die Verhandlungen mit der Bundesärztekammer gestalten sich schwierig. Trotzdem sind aktuelle Erfolge zu verbuchen.

Etwa 30 Privatkrankenversicherungen haben am 28. März 2008 beim Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe Klage gegen die im Jahre 2007 in Kraft getretene Gesundheitsreform eingereicht. Diese Verfassungsbeschwerde richtet sich gegen das neue GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz. In dem Gesetz wird unter anderem der Zwang zur Einführung eines Basistarifes in der PKV, die Einschränkung des Zugangs zur PKV für Angestellte und das Angebot von Wahlтарifen durch die gesetzliche Krankenversicherung vorgegeben.

In den Basistarif werden viele, vor allem ältere Privatversicherte aus dem normalen Privatversicherungstarif wechseln – weil letzterer mit zunehmendem Alter teurer, das Einkommen aber meist geringer wird. Die Leistungen des Basistarifes müssen denen der gesetzlichen Krankenversicherungen mindestens entsprechen.

PKV-Volltarife werden teurer

Durch die ungleiche Altersstruktur in diesen Tarifen (in der GKV jüngere Patienten als in der PKV) ist davon auszugehen, dass der Basistarif der PKV sich

nicht selbst trägt und durch die normal versicherten PKV-Mitglieder unterstützt werden muss. Das führt zu Tarifierhöhungen bei den Normalversicherten und dieses wiederum zur Abwanderung in den Basistarif. Allein diese neue gesetzliche Regelung wird die PKV erheblich treffen. Auch die Einschränkung, dass nur nach dreijährigem Einkommen über der Pflichtversicherungsgrenze eine private Krankenversicherung abgeschlossen und der GKV gekündigt werden kann, wird die Mitgliederzahl der PKV reduzieren. Als weiteren Nachteil für die PKV kommen jetzt Angebote der GKV mit Wahlтарifen hinzu, die eine Zusatzversicherung bei einer PKV unnötig machen können.

Bei soviel Abbruch beim PKV-Klientel, kommt die Frage auf, ob auf lange Sicht die GOÄ selbst und insbesondere eine GOÄ-Aktualisierung noch Sinn macht. Ich meine: Ja! Es ist unvorstellbar, dass ein ganzer Wirtschaftszweig wie die PKV vernichtet wird. Außerdem werden „Gutbetuchte“ auch weiterhin eine Privatbehandlung haben wollen – auch die Politiker. Die einzige derzeit denkbare Alternative zur GOÄ wäre die Einfüh-

rung der DRG-Fallpauschalen auch im ambulanten Bereich. Davon ist man aber inhaltlich zurzeit noch weit entfernt, auch wenn dies wohl am Ende so kommen könnte und damit die GOÄ einmal abgelöst werden würde.

Expertenmeinung nicht berücksichtigt

Wie steht es nun mit der Aktualisierung der GOÄ? Anfang 2006 erhielten wir eine Tabelle als Excel-Datei, in der wir diverse Angaben zu den GOÄ-Ziffern machen mussten, auf die wir uns mit der BÄK geeinigt hatten. Für die Neurologen waren dies fast 70 Ziffern. Mitte 2007 hatten wir einen letzten verhandelten Korrekturvorschlag eingereicht. Anfang 2008 wurden alle GOÄ-Delegierten zur BÄK gebeten. Dort besprach man letzte Unklarheiten zunächst in einem kleinen, später im Gesamtkreis. Danach wurde uns eine Datei mit einem Bewertungssystem für die entsprechenden GOÄ-Kapitel vorgestellt, in dem später anhand zusammengefasster Daten die Kosten der jeweiligen Ziffern begründet würden – also nicht von unserer Seite aus. Hierzu erklärte man den

Delegierten, dass in diese Berechnung EBM-Daten, PKV-Daten und DRG-Daten eingingen; auch das Gesundheitsministerium würde später nach diesem System verfahren. Unsere Expertenmeinung sei aber von hohem Gewicht.

Die uns dann zugestellten Dateien enthielten allerdings nur noch die Hälfte der Ziffern, die wir zuvor mit der BÄK abgestimmt und positioniert hatten. Ohne Rücksprache und ohne eine Information waren durchgreifende Veränderungen in unserem Kapitel vorgenommen worden. Frau Hess, Leiterin des Dezernates 4 BÄK, war in den Ruhestand getreten, Frau Dr. Klakow-Franck als ihre Nachfolgerin war über die Änderungen offenbar nicht informiert worden. Rechtsexperten der BÄK und andere hatten für diese Veränderungen des Kapitel G gesorgt. Auch bei einem neu anberaumten Treffen bei der BÄK (nach heftigem Schriftwechsel und Telefonaaten) nannte man uns keine wirklich triftigen Gründe für diese Änderungen.

Keine Beschränkung auf Kapitel G!

Es bleibt dabei: Man kann in fast allen Kapiteln der GOÄ (ausgenommen etwa physikalische Therapie oder Labor) die Ziffern für die Liquidation wählen, die in irgendeiner Weise mit dem eigenen Fachgebiet zu tun haben. Deshalb macht es derzeit nichts, wenn sich Ziffern in anderen Kapiteln wieder finden, die wir ursprünglich im Kapitel G angesiedelt haben und dort auch haben wollten. Wir waren und sind aber in Sorge, dass wir eines Tages, ähnlich wie im EBM, nur noch in unserem Kapitel G abrechnen dürfen. Deshalb haben wir nicht nur um einzelne Ziffern gerungen, sondern außerdem aus politischen und strategischen Gründen die strukturellen Änderungen in der aktualisierten GOÄ bemängelt. In vielen Punkten konnten wir bei diesem nochmaligen Treffen einen Konsens finden, aber das Vertrauen auf Bestand dieses Konsenses, den wiederum ein höheres Gremium prüfen sollte, war gering.

Erfolge für Berufsverbände und Fachgesellschaft

Beim Verfassen dieses Artikels kam dann die gute Nachricht, dass viele unserer strittigen Punkte für uns positiv geklärt

werden konnten. Einiges, was zur Diskussion stand, soll hier dennoch wiedergegeben werden:

- Punktion der Liquorräume (fälschlich oft Liquorpunktion genannt) steht im Kapitel C unter Punktionen, zusammen mit Gelenk-, Leberpunktionen etc.
- Neurorehabilitation steht jetzt in einem neuen Kapitel für Rehabilitation, Kapitel R.
- Schlafmedizin stand im Kapitel F (Innere Medizin und Kinderheilkunde). Jetzt ist sie im Kapitel C, also allgemein und damit interdisziplinär, positioniert worden.
- Neurologische Sonografie steht ebenfalls im Kapitel C unter Sonografie. Zumindes für das Hirnparenchym halte ich dies für völlig falsch. Für die Gefäßdarstellung haben wir eine Änderung gefordert, die aber wohl nicht erfolgt.
- Sprache und Stimme ist in der alten GOÄ im HNO-Kapitel J untergebracht. Gerade die Sprache ist aber eine überwiegend zerebrale Leistung. Nun konnte die BÄK immerhin dazu bewegt werden, die Überschrift zum Kapitel J zukünftig so zu ändern, dass Sprache, Stimme und kindliche Hörstörungen eher interdisziplinär positioniert sind – was auch die Phoniater begrüßen werden.
- Testpsychologische Untersuchungen stehen ebenfalls im Kapitel C, also interdisziplinär, auch die eindeutig neuropsychologischen Tests.
- In der Legende „neuropsychologische psychotherapeutische Behandlung“, die in einigen Positionen im neuen Kapitel G vorkam, ist das Wort „psychotherapeutisch“ gestrichen worden. Dadurch kann die Leistung durch die Neurologen überhaupt erst erbracht werden, ohne zukünftig dem Vorwurf einer mangelnden Qualifikation (Psychotherapie) durch die PKV zu erliegen. Hier hatten sich die psychologischen Psychotherapeuten ins Spiel gebracht.

Deutlich ist zu erkennen, dass grobe formale Richtlinien in der aktualisierten GOÄ zugrunde gelegt wurden. Mehrfach wurde signalisiert, dass das Kapitel G den anderen Experten wohl zu umfangreich war – ein Kompliment für

unser Fachgebiet, auf das wir in dieser Form gern verzichtet hätten. Man trifft nun die Neurologie ubiquitär in der zukünftigen GOÄ – wie auch in der Medizin!

Teamwork ist gefragt

Zum Herbst soll die Bewertung abgeschlossen sein. Mir helfen einige neurologische Spezialisten sowie Niedergelassene und Klinikärzte, damit wir ausgewogene Daten abgeben. Hervorzuheben ist, wie sinnvoll es sich jetzt erweist, dass alle GOÄ-Delegierten so gut und diszipliniert kooperieren. Der BDN, der BVDN und die DGN sind nicht nur zahlenmäßig inzwischen stark; ein Einzelvertreter, wie ich es früher überwiegend war, wäre bei der BÄK heute sehr einsam. Die Koordination aller Meinungen ist allerdings ziemlich aufwändig.

Viele werden bemerkt haben, dass ich ein neues Neurologen-GOÄ-Verzeichnis für die alte GOÄ herausgegeben habe. Das alte sollte nicht mehr benutzt werden. Den zunehmenden, fast „kleinkarierten“ Kritiken an Rechnungen meiner Kollegen wollte ich mit dem neuen Verzeichnis vorbeugen. Es enthält den gesetzlichen Text, zusätzliche Informationen aus diversen Kommentaren und außerdem mitunter eigene Kommentare. Außerdem enthält das Verzeichnis ein aktualisiertes Analogverzeichnis und Abrechnungsregelungen der BÄK für die Sonographie der Gefäße, die Schlafmedizin und die prächirurgische Epilepsiediagnostik. Falls Sie diesem Verzeichnis etwas hinzuzufügen hätten oder aus eigener Erfahrung Verbesserungen anbieten können, melden Sie sich bitte! Das Verzeichnis findet sich im internen Bereich der Homepage von BDN und DGN. □

AUTOR

Prof. Dr. med. Rolf Hagenah, Rotenburg

EBM 2008

Erfolgreiche Intervention für das Neurologen-Honorar

Der Protest der Berufsverbände gegen die zu niedrig angesetzten Praxiskosten hat sich ausgezahlt: Die durchgeführte Neubewertung hatte im Mittel eine Höherbewertung neurologischer Leistungen um 12 % zur Folge. Aber auch in anderen Bereichen konnten die Verbände Erfolge verbuchen.

Jahrelang haben die Berufsverbände BDN und BVDN gegenüber der KBV, den Krankenkassen und auch der Politik auf die Honorarmisere der ambulanten Neurologie hingewiesen – vor allem auch im Vergleich zu Hausärzten oder operierenden Fachgruppen. Ursache für die Fehlbewertung unserer neurologischen Leistungen war die zu niedrige Praxiskosteneinschätzung durch die KBV.

Nachdem nun zum 1.1.2008 ohnehin eine Revision des fehlerhaften EBM 2000 plus anstand, bot es sich an, die Praxiskosten der Fächer Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie empirisch zu ermitteln. Nach einem schließlich doch sehr überraschend schnellen Entschluss der KBV wurde im Sommer 2007 im Eilverfahren eine umfangreiche Praxiskostenanalyse bei allen Vertragsärzten unserer Fächer per Fragebogen durchgeführt. Die Berufsverbände waren im Vorfeld eingeladen, am Erhebungsinstrument mitzuwirken, was auch unter massivem Arbeitsaufwand unsererseits tatsächlich dringend erforderlich war. Die Beteiligung unserer Kollegen war überwältigend.

Praxiskosten deutlich höher bewertet

Wie erwartet, lagen die Praxiskosten im Fachgebiet Neurologie deutlich höher als bisher angenommen. So mussten die Praxiskosten, die der neurologischen Kalkulation der EBM-Leistungen zu Grunde liegen, von bisher 98.000 auf nun 125.000 EUR pro Jahr angehoben werden. In der Psychiatrie erfolgte eine Erhöhung der Praxiskosten von 65.000 auf 98.000 EUR. In der Konsequenz führte dies in der Neurologie zu einer durchschnittlichen Höherbewertung

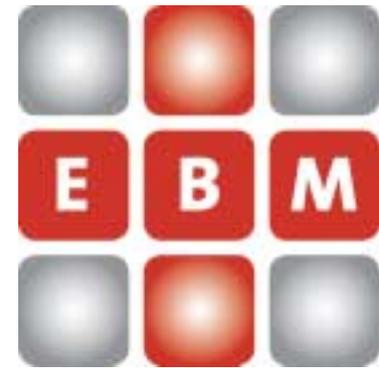
unserer Einzelleistungen um rund 12%.

Das machte sich besonders bei den technischen Leistungen wie der Elektrophysiologie bemerkbar, weil hier die erhöhten Praxiskosten im Vergleich zu arztzeitdominierten Leistungen besonders stark eingingen. Leider wurden aufgrund der EBM-spezifischen Berechnungssystematik die Dopplersonografie und die Ordinationsgebühr nicht über das bei den anderen Fachgruppen durchschnittliche Ausmaß hinaus erhöht. Denn „Tarifgeber“ bei der Ordinationsgebühr sind die Hausärzte und bei der Sonographie die Internisten – und dort wurden die Praxiskosten nur marginal erhöht.

Deutlicher Punkteanstieg

Zum Redaktionsschluss dieser Ausgabe lagen nur aus den Kassenärztlichen Vereinigungen Bayern, Rheinland-Pfalz und Saarland einigermaßen verlässliche Abrechnungsergebnisse des ersten Quartals 2008 vor. Es ergaben sich Steigerungen des Abrechnungsvolumens (in Punkten) von rund 10% bis 15%. Bei den übrigen Fächern führte die EBM-Reform 2008 nur zu geringfügigen Steigerungen des Gesamtleistungsbedarfes von bis zu 3%.

Es zeigte sich, dass nicht nur die höhere Bewertung unserer Einzelleistungen zu einer Erhöhung des Gesamtleistungsbedarfes führte, sondern auch die bessere Kenntnis der EBM-Betreuungsgebühren 16230 und 16231 und der zugehörigen, seit 2007 erweiterten neurologischen Betreuungsdiagnosen. Viele Kollegen hatten sich noch nicht an die neue EBM-Systematik gewöhnt, die seit dem EBM 2000 plus auch die aufwen-



dige fachärztliche Betreuung bei folgenden chronischen Erkrankungen honoriert: Migräne, Parkinson, Demenz, Schlaganfall, Epilepsie, radikuläre Ausfälle, Gangstörungen, Paresen, Neuropathien, Myopathien, Sprachstörungen und neuromuskuläre Schmerzen. Aus diesem Grund weisen wir nochmals in der abgebildeten Tabelle auf die neurologischen Betreuungsdiagnosen hin.

Der von den Krankenkassen im Bewertungsausschuss erzwungene Verzicht auf die Gesprächsmöglichkeit bei „reinen“ Neurologen und die damit verbundene doppelte so hohe Bewertung der Ordinationspauschale wie bei allen übrigen Fächern (außer der Psychiatrie) führte zu einer ökonomischen Stärkung diagnostisch orientierter Neurologen. Übrigens können nun auch in den meisten KVen Doppelfachärzte für Neurologie und Psychiatrie mit zwei Facharzturkunden zwischen neurologischer und psychiatrischer Ordinationspauschale wählen – je nachdem ob es sich um einen neurologischen oder einen psychiatrischen Patienten handelt.

Schwachpunkte des neurologischen EBM-Kapitels 16 bleiben weiterhin die viel zu gering bewertete EMG-Ziffer mit der unsinnigen Vorschrift der beidseitigen Messung, die fehlende Fremdanamnese- und Anziffer, die zu geringe Bewertung der Sonografie, fehlende spezielle neurosonografische Leistungen und Botoxtherapie.

Mehr Punkte – aber nicht mehr Euro?

Wie bereits voraussehen war, handelt es sich bei der deutlichen Ausweitung des Gesamtleistungsbedarfes in der Neurologie gegenüber den anderen Fä-

Für neurologische Betreuungsziffern (16230, 16231) erforderliche Diagnosen:

A81	atypische Virus-Infektionen des Zentralnervensystems (z.B. Creutzfeldt-Jakob-Krankheit)
C71.- bis C72.-	bösartige Neubildungen des Gehirns und des Rückenmarks
F00.- bis F03	Demenz
F06.9	hirnorganisches Syndrom
G09.-	Folgen einer Enzephalomyelitis
G10.- bis G13.-	Systematrophien
G20.-	Morbus Parkinson
G35.-	Multiple Sklerose
G40.-	Epilepsie
G43.-	Migräne
G50.-	Krankheiten des N. trigeminus
G54.-	Krankheiten von Nervenwurzeln und Nervenplexus
G55.-*	Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
G60.-	hereditäre und idiopathische Neuropathie
G61.-	Guillain-Barré-Syndrom und chron. inflammatorisch demyelinisierende Polyneuritis
G70.- und G71.-	Myasthenia gravis, Muskeldystrophien und Myopathien
G80.- bis G82.-	Hemi-/Paraparese, Hemi-/Paraplegie
G83.-	Diplegie/Monoplegie
G91.-	Hydrocephalus
G95.-	sonstige Erkrankungen des Rückenmarks
I60.- bis I69.-	Hirnblutungen und Hirninfarkte
M33.-	Polymyositis
M79.-	Neuralgie
R26.-	Störungen des Ganges und der Mobilität
R47.-	Aphasie

chern zunächst nur um eine Anhebung der Punktzahl und nicht um eine Honorarerhöhung in Euro. Bis auf einzelne Ausnahmen sind alle KVen äußerst restriktiv bis rundheraus ablehnend eingestellt, was eine Erhöhung unseres Honorartopfes in Euro anbetrifft. Sowohl die Bundes-KV als auch alle Länder-KVen warten gebannt – wie das Kaninchen vor der Schlange – auf die Einführung des so genannten Euro-EBM 2009. Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt und andere gesundheitspolitische Parteiensprecher haben den niedergelassenen Ärzten mehrfach deutlich mehr Geld für 2009 und einen festen Punkt-

wert versprochen. Die Rede war von etwa 2,5 Mrd. EUR. Der Vorstandsvorsitzende der KBV, Dr. Andreas Köhler, hatte 4,5 Mrd. EUR mehr gefordert. Zur Verfügung stellen müssen dieses Geld aber die Krankenkassen, die jegliche Kostensteigerung vermeiden möchten.

Euro-EBM auch ohne Gesundheitsfonds möglich

Die Krankenkassen stehen ebenfalls einer völlig unsicheren Situation gegenüber: Sie können die Auswirkungen des bundesweiten Gesundheitsfonds kaum abschätzen. Der so genannte Euro-EBM

ist aber auch ohne Gesundheitsfonds gesetzlich möglich. Wird der Gesundheitsfonds doch noch verhindert oder modifiziert, kann der Euro-EBM trotzdem eingeführt werden. Dies haben unsere Gesprächspartner bei den letzten beiden Terminen bestätigt, die BVDN und BDN im Bundesgesundheitsministerium (BMG) im Mai und Juni 2008 wahrgenommen haben. Sie haben darüber hinaus uns gegenüber klar gestellt, dass das BMG als Aufsichtsbehörde nicht dulden wird, wenn einzelne Länder-KVen die ab 2009 bundesweite Honorarverteilung weiterhin unterlaufen. Die KVen würden am liebsten die eingefahrenen regionalen Honorarverteilungsverhältnisse zwischen den Fachgruppen, die ja zumeist zu unseren Ungunsten seit Jahren fixiert sind, auch 2009 beibehalten.

Erst wenn sich der für unsere Fächer abzeichnende Gesamtleistungsbedarf nicht nur in Punkten, sondern auch in Euro ausdrückt, haben sich die Bemühungen der Berufsverbände für die ökonomische Zukunft unserer Praxen gelohnt. Dazu ist es aber notwendig, die Fachgruppentöpfe abzuschaffen. Denn erst dann kann sich ein erhöhter Punkteleistungsbedarf einer Fachgruppe auch auf ausgezahlte Euro-Beträge beziehen. Nach unserer Erfahrung gibt es jedoch in den einzelnen Länder-KVen weiterhin starke Bestrebungen, das bisherige Aufteilungsverhältnis beizubehalten – so wie dies offenbar nicht selten bestimmten Seilschafts-Verhältnissen zwischen KV-Vorstand und einzelnen Fachgruppen je nach regionaler Beziehungsstruktur entspricht.

Wann gibt es mehr Honorar?

2008 wird es vermutlich noch nicht zu einer spürbaren Honorarverbesserung in Euro für unsere Fachgruppen kommen. Auch für 2009 ist unsicher, was geschehen wird. Mit einiger Zuversicht können wir davon ausgehen, dass sich die Bewertungsverbesserungen des EBM 2008 tatsächlich tendenziell in einem höheren Euro-Anteil für Neurologie und Psychiatrie an der Gesamtvergütung der Länder-KVen ausdrücken wird. Die Prognose für einen wirklich festen Punktwert beim so genannten Euro-EBM ist allerdings ziemlich unsicher.

Sehr viel wird von der zwischen Krankenkassen und KBV zu vereinbarenden Mengensteuerung abhängen. Hier wird festgelegt, welcher Teil der Leistungen zu einem festen Punktwert ausbezahlt wird, welcher Anteil gar nicht, und welcher Anteil zu einem minderen oder floatenden Punktwert. Zum Redaktionsschluss dieser Ausgabe stellt sich die Angelegenheit so dar, dass Praxen bis zu einer Durchschnitts- oder anderweitig festgelegten Höchstzahl von Fällen einen festen Punktwert ausbezahlt bekommen, die darüber hinausgehenden Punkte floaten im Wert jedoch wie bisher. Dies läuft darauf hinaus, dass nur etwa die Hälfte der Praxen – nämlich die unterdurchschnittlich großen – von einem festen Punktwert profitieren können; es sei denn, KBV und Bewertungsausschuss kommen zwischenzeitlich zu einer vernünftigeren Lösung.

Die Ermittlung dieses Punktwertes erfolgte bis Ende August 2008. Er wird errechnet auf Basis der bundesweit ausgegebenen Gesamtvergütung im ersten Quartal 2008 in Euro, dividiert durch die in diesem Quartal abgerechnete gesamte bundesweite Punktmenge. Die Höhe des Regelleistungsvolumens – also der Menge an Punkten, die jede Praxis zu einem festen Wert ausbezahlt bekommt – muss den Vertragsärzten auf gesetzlicher Grundlage bis November 2008 mitgeteilt werden. Wie immer bekommen wir also erst kurz bevor es ernst wird, die Regeln des neuen Spiels mitgeteilt. BDN und BVDN werden Sie aber wie gewohnt engmaschig informieren. Ab Dezember 2008 können Sie sich ebenso wie letztes Jahr zusätzlich in unseren EBM-Seminaren informieren. □

Erfolgreiche und nachhaltige Verbandsarbeit

„Höchstes Punkte-Plus bei Nervenärzten“ – so titelt die Medical Tribune in ihrer 3. Ausgabe vom Juni 2008. Sie verweist auf Vorab-Abrechnungsdaten des „ZI-ADT-Panels“ in Nordrhein und Brandenburg bzw. aus Zufallsstichproben von Arztpraxen in beiden Regionen. Es handelt sich um erste Ergebnisse einer Begleitstudie, mit der der EBM-Bewertungsausschuss die drei Institute InBA (Institut des Bewertungsausschusses), WildO (Wissenschaftliches Institut der AOK) und ZI (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung) beauftragt hatte.

Verglichen wurden die Abrechnungsergebnisse des ersten Quartals 2008 mit dem ersten Quartal 2007. Als Arztgruppen mit den stärksten Zuwächsen bei der Punktzahl pro Fall nennt die Studie Allgemeinärzte, Nervenärzte, hausärztliche Internisten und Urologen. Hingewiesen wird auf Verzerrungen im Zusammenhang mit den hausärztlichen Daten durch die Berücksichtigung der Grundvergütung. Die „bereinigten“ Zahlen führen zu dem Ergebnis, dass eigentlich die Nervenärzte mit einem Plus von 17,8% die Punktzahlgewinner des EBM 2008 sind. Parallel war ein Fallzahlzuwachs von 1,9% bei den Nervenärzten festzustellen.

Bei der Analyse der Verteilung über das Spektrum der Praxen stellte sich heraus, dass in fast allen Arztgruppen die Befragten mit einer Steigerung des Leistungsbedarfs überwogen. Dies waren bei den Nervenärzten 96,1% der Praxen. Zur Erhöhung des Leistungsbedarfes bei Nervenärzten führt die Studie als Begründung an:

- Berücksichtigung der Mehrwertsteuererhöhung in den Kosten des Standardbewertungssystems,
- Neufestsetzung des kalkulatorischen Arztlohnes sowie Adjustierung der Praxisbetriebsmodelle Neurologie und Psychiatrie und
- Effekte der Betreuungsziffern.

Den Berufsverbänden ist aus weiteren Detailanalysen der KBV bekannt, dass die Punktzahlsteigerungen insbesondere in den Praxen der Neurologen nachgewiesen wurden.

Fazit: Auch wenn im Jahr 2008 mit den deutlichen Punktzahlsteigerungen keine adäquaten Honorarsteigerungen aufgrund der gesetzlichen Vorgaben einhergehen (wie von Dr. Carl in seinem Beitrag ausführlich dargelegt wurde), haben die neuro-psychiatrischen Berufsverbände höchst erfolgreich eine gute Basis für den Start in den Euro-EBM 2009 geschaffen.

Die Tatsache, dass die Fachgruppe der Neurologen, Nervenärzte und Psychiater neben den Hausärzten als Gewinner aus der EBM-Reform 2008 hervorgeht, ist ein Erfolg der konsequenten und nachhaltigen berufspolitischen Arbeit von BVDN, BDN und BVDP.

Dr. med. Frank Bergmann, Aachen

AUTOR

Dr. med. Gunther Carl, Kitzingen

Nachwuchs in der Neurologie

Auf die Nachwuchsproblematik wurde bereits im ersten Teil des NEUROTRANSMITTER-Sonderheftes hingewiesen. Wir haben diesem dringlichen Problem daher ein eigenes Kapitel gewidmet. Zusammen mit der DGN wurde das Forum „Junge Neurologen“ gegründet, eine „Summer School“ mit speziellen Fortbildungsangeboten sowie ein Online-Forum ins Leben gerufen.



**41 Fachgebiet in Gefahr –
Konzepte gegen einen
bedrohlichen Trend**

**43 Neurologennachwuchs im
Fokus – Online-Forum und
Summer School**

FACHGEBIET IN GEFAHR

Konzepte gegen einen bedrohlichen Trend

Die Rekrutierung von jungen Kollegen für das Fachgebiet Neurologie ist eine Schlüsselaufgabe für die kommenden Jahre. Das Fach kann in Zukunft nur so gut sein, wie sein heutiger Nachwuchs. Hier sind Konzepte gefragt, die rechtzeitig die Neurologen von morgen einbinden.

Der Ärztemangel erreicht die Neurologie! Das belegen Erfahrungen in der eigenen Klinik oder Praxis sowie statistische Analysen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer. DGN, BDN und BVDN haben daher ausgelotet, welche Initiativen sinnvoll sind, um dieser Entwicklung zu begegnen und dem Fach langfristig den Nachwuchs zu sichern. Unter anderem hat das Deutsche Institut für Qualität in der Neurologie, DIQN, zu diesem Thema einen Studentenworkshop im November 2007 organisiert (siehe auch S. 47).

Im Frühjahr 2008 haben sich dann eine Gruppe junger Neurologen zusammengesetzt und die „Jungen Neurologen“ unter dem Dach von DGN, BDN und BVDN gegründet (siehe auch S. 43). „Eine Nachwuchsarbeit für das Fachgebiet Neurologie ist dringend notwendig und vermutlich eine überlebenswichtige Kernaufgabe der nächsten Jahre“, betonte Prof. Dr. Lars Timmermann aus Köln, der die Außenrepräsentanz dieser Gruppe übernommen hat. Die Wichtigkeit der Nachwuchsarbeit belegen:

- die aktuelle Arztzahlenstatistik der BÄK und der KBV, die für das Fach Neurologie einen Ärztemangel prognostiziert,
- die Erfahrungen in den Universitätskliniken und vor allem in peripheren Krankenhäusern, die zum Teil bereits jetzt schon einen Mangel an Bewerbern beklagen,
- die Maßnahmen anderer Fächer, die bereits aktive Nachwuchsarbeit begonnen haben wie etwa Internisten, Chirurgen oder Anästhesisten.

Übergreifende Konzepte

Die Nachwuchsarbeit sollte die Bereiche Studentenarbeit umfassen (Rekrutierung für das Fach) und die zukünftigen Kollegen bis zur Facharztprüfung begleiten. Alle Maßnahmen müssen hier eng ineinander fassen. Daher erscheint es sinnvoll, diese Studenten- und die Assistentenarbeit gemeinsam unter dem Dach des neuen Projektes „Junge Neurologen“ ablaufen zu lassen.

„Vernetzung“ lautet also ein wichtige Botschaft. Die Jungen Neurologen richten sich nicht nur an Kolleginnen und

Ziele der „Jungen Neurologen“

- Das Projekt dient dazu, die Zahl der am Fachgebiet Neurologie interessierten Studenten zu erhöhen.
- Es zielt auch auf Bewerber mit besonders guten Referenzen, um die besten Köpfe für das Fach zu gewinnen.
- Im Rahmen des Projektes sollten Serviceangebote für junge Neurologen entstehen.
- Das Projekt dient dazu, die Ausbildung der Neurologen zu verbessern und unterstützt sie dabei, ihre Laufbahn besser zu planen.
- Es sollte Strukturen schaffen, um die Arbeit in der Klinik und in der Wissenschaft zu verbessern.

Kollegen in den Unikliniken. Im Gegenteil: Vom kommunalen Krankenhaus über die Praxis bis zur Rehabilitation – alle Bereiche sollen vertreten sein und mitarbeiten. Die Jungen Neurologen sind aber kein interner Club, sondern

eine offene Initiative, an der sich alle beteiligen können. Das DIQN hat dafür die Organisation und Koordination übernommen. Über das Online-Forum <http://jungeneurologen.dgn.org> wird diese große Gruppe von Interessierten zusammenarbeiten, gemeinsam Ideen entwickeln und umsetzen.

Der nächste Schritt sind Community-Treffen, um sich auch persönlich kennenzulernen und auszutauschen. Die ersten beiden Treffen finden auf der DGN-Tagung in Hamburg statt:

- am Mittwoch, den 10. September von 16.30–18.00 Uhr (Gründungsveranstaltung Forum Junge Neurologen) und
- am Freitag, den 12. September von 16.30–18.00 Uhr (Karrieretipps: Ordinarien, Chefärzte und Praxisinhaber hautnah).

Run auf den Nachwuchs

Schon seit einigen Jahren zieht das Schlagwort vom Ärztemangel durch Presse und Positionspapiere. Zunächst war damit die Allgemeinmedizin gemeint und hier im Besonderen die haus-

ärztliche Versorgung in ländlichen Regionen, vor allem in den neuen Bundesländern. Aber das Szenario hat sich verändert: Der Ärztemangel – von verantwortlichen Politikern noch immer gern heruntergeredet – ergreift auch andere Bereiche: Das Fachgebiet Chirurgie, das als familienfeindlich gilt und in dem die viel gescholtenen starren Hierarchien besonders ausgeprägt scheinen, hat es als eines der ersten getroffen. Aber auch andere Fächer klagen darüber, dass sich zu wenige junge Mediziner für eine Laufbahn in ihrem Gebiet entscheiden und versuchen, gegenzusteuern: Stipendien bei den Internisten, Einladungen zum Jahreskongress bei den Urologen, „Young Psychiatrists“ und „Junge Anästhesie“...

Und die Neurologie? Die Bewerberdecke wird auch hier zunehmend dünner: Die „Konferenz der Chefärzte Bayerischer Neurologischer Kliniken“ schreibt im Dezember 2007 von „... weitgehend ähnlichen Erfahrungen, dass frei werdende Arztstellen in der Neurologie nur noch mühsam oder gar nicht mehr zu besetzen sind, Ärzte während der Ausbildung die Kliniken verlassen und dass diese Entwicklung mittlerweile nicht nur ein Phänomen der regionalen Peripherie darstellt, sondern auch Maximalversorgungshäuser in attraktiven Regionen und Universitätskliniken erfasst hat. Die Chefärzte empfehlen eine gemeinsame Initiative von Fachgesellschaft und Berufsverbänden, um den Nachwuchs für die Neurologie zu sichern.“

Nervenärztliche Unterversorgung droht

Diese „gefühlte Nachwuchssituation“ deckt sich auch mit den Ergebnissen einer Analyse des Bundesarztregisters von BÄK und KBV. In ihrer „Studie zur Altersstruktur- und Arztlentwicklung, 4. Auflage vom Oktober 2007“ warnen die Statistiker vor drohendem Ärztemangel besonders bei Nerven-, Haut-, Frauen- und Augenärzten. Allerdings ergab eine Anfrage des DIQN, dass beide Institutionen mit „Nervenärzten“ wie so oft Neurologen, Psychiater und die eigentlichen Nervenärzte zusammenfassen. Die hoffnungsvollen kleinen Steigerungsraten im Fachgebiet Neurologie können offenbar den deutlichen

Rückgang bei den Nervenärzten nicht ausgleichen.

Der Vorstandsvorsitzende der KBV, Dr. Andreas Köhler, kommentierte diese Entwicklung: „Bei den Nervenärzten weist die Statistik aus, dass deren Zahl von 5.084 im Jahr 2002 auf 4.855 im Jahr 2006 gesunken ist. Die Schätzungen für die kommenden Jahre aufgrund der Altersstruktur dieser Facharztgruppe zeigen, dass wir nicht in der Lage sind, diesen Trend aufzuhalten. Im Gegensatz zu den Kinderärzten, deren Zahl ebenfalls stark rückläufig ist, ist der Schwund an den genannten Fachärzten aber nicht durch ein Absinken der entsprechenden potenziellen Patientenzahlen zu kompensieren. Die Abnahme an Kinderärzten ist deshalb nicht so dramatisch, weil auch weniger Kinder zu behandeln sind. Gerade bei Nervenärzten aber ist zu vermuten, dass die Patientenzahlen steigen werden. Das potenziert die drohende Unterversorgung.“

Einen Foliensatz zur Arztlzahlstudie 2007, Kommentare des KBV-Vorsitzenden Dr. Andreas Köhler und des BÄK-Präsidenten Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe sowie Literaturhinweise zur Arztlzahlstudie finden Interessierte im Archivsystem des DIQN unter www.diqn.de im Bereich 2, Basisdaten zur Versorgung und Epidemiologie. □

Ärzte werden immer älter

Das Durchschnittsalter der Ärzte in Deutschland steigt weiter. Grund dafür ist der geringe Zugang an jungen Ärztinnen und Ärzten. Im Jahr 2006 waren nur noch 15,4% der Ärzte jünger als 35 Jahre, im Jahr zuvor lag dieser Anteil noch bei 16,4%. Hier ist der Vergleich mit dem Jahr 1991 aufschlussreich: Damals waren 27,4% der Ärzte jünger als 35 – das entspricht einem Rückgang um 44%. Gleichzeitig betrug der Anteil der über 59-Jährigen im Jahre 2005 12%, 1991 lag der entsprechende Wert noch bei 7,5%. Damit nahm diese Altersgruppe innerhalb von 14 Jahren um 60% zu. Wie dramatisch die Dynamik verläuft, zeigt ein Vergleich zwischen den Jahren 2006 und 2007 für den ambulanten Bereich: Der Anteil der unter 40-jährigen Ärzte ist in diesem Zeitraum weiter gesunken – von 6,6% auf 6,0%. Zugleich ist der Anteil der Ärzte, die 60 Jahre und älter sind, von 18,7% auf 19,2% gestiegen.

AUTOREN

Dr. med. Arne Hillienhof, Köln
Prof. Dr. med. Lars Timmermann, Köln

NEUROLOGENNACHWUCHS IM FOKUS**Online-Forum und Summer School**

Der Ärztemangel greift um sich – allmählich droht ein Konkurrenzkampf der Fachgebiete um engagierte Studenten und Assistenzärzte. Die Projekte „Online-Forum Junge Neurologen“ und „Summer Schools Neurologie“ sollen zukünftige Kolleginnen und Kollegen frühzeitig integrieren und sie bei ihrer Karriere in der Neurologie unterstützen.

Die „Jungen Neurologen“ verfolgen das Ziel, Studierende für das Fachgebiet Neurologie zu gewinnen, Serviceangebote für sie zu schaffen und diesen jungen Kollegen bei der Planung ihrer Laufbahn zu helfen. Dabei ist es wichtig, alle Bereiche der Neurologie einzubinden – also Praxen, kommunale Krankenhäuser, Reha-Kliniken, spezialisierte Zentren und Universitätskliniken.

Online-Forum

Unter <http://jungeneurologen.dgn.org> steht seit Juni das Online-Forum der Jungen Neurologen zur Verfügung. Es dient dem Erfahrungsaustausch, dem Sammeln und Diskutieren von Ideen und Konzepten. Alle Interessierte können die dort veröffentlichten Beiträge einsehen. Wer selber mitdiskutieren oder Diskussionsthemen eröffnen möchte, registriert sich mit seinem Namen und seiner E-Mail-Adresse. Die Moderation der Foren haben Dr. Julia Hezel von der Neurologischen Klinik des Ortenau Klinikums Lahr-Ettenheim und Dr. Arne Hillienhof vom Deutschen Institut für Qualität in der Neurologie, DIQN, übernommen. „Wir hoffen, dass sich viele junge Kolleginnen und Kollegen an den Diskussionen im Forum beteiligen werden. Natürlich sind auch Studierende willkommen, die Fragen zur neurologischen Weiterbildung haben oder allgemein mehr darüber wissen wollen, wie der Alltag in der Neurologie aussieht.“, so Prof. Dr. Lars Timmermann von der Universitätsklinik Köln. Er repräsentiert die Jungen Neurologen nach außen.

Summer Schools

Ein zweites Projekt, mit dem die Jungen Neurologen 2008 starten, ist das Projekt „Sommer Schools Neurologie“. Die erste

Die „Jungen Neurologen“ sind auch im Internet vertreten: <http://junge-neurologen.dgn.org>



Summerschool fand im August unter wissenschaftlicher Leitung von Herrn Timmermann in Köln statt; das DIQN übernahm dabei die Organisation. Vom 24. bis 29. August hatten Studierende höherer Semester und junge Assistenten die Möglichkeit, von hochkarätigen Dozenten über Innovationen in der neurologischen Therapie und Diagnostik zu lernen und medizinische und anthropologische Implikationen der Neurowissenschaften zu diskutieren. So stand neben der modernen Hirnschritt-machertherapie auch die Frage nach der Willensfreiheit des Menschen im Lichte neuer Ergebnisse der „neurosciences“ auf dem Programm. Für 2009 ist die nächste Summer School Neurologie bereits in Planung.

Neurologie während des Studiums unterrepräsentiert

Das DIQN organisierte Ende November 2007 in der Geschäftsstelle der DGN in Berlin einen Workshop mit

Studenten höherer Semester, um Vorschläge, Meinungen und Kritik zur Darstellung des Fachgebietes im Studium zu sammeln. Die Studierenden berichten übereinstimmend von verschiedenen Fakultäten, dass die Neurologie während des Studiums unterrepräsentiert ist: Sie umfasst mitunter nicht mehr als zwei Stunden pro Woche während eines Semesters im Studium. Tieferegehende neurologische Kenntnisse erwirbt nur derjenige, der sich für Fragestellungen der Neurologie besonders interessiert – also bereits auf das Fachgebiet besonders aufmerksam geworden ist. Diese geringe Repräsentanz im Studium ist nicht nur ein Problem für die Studierenden selbst. Denn im Examen spielen neurologische Inhalte eine größere Rolle als die Inhalte anderer Fächer, die mit ebenso geringen Semesterwochenstunden im Studium repräsentiert sind, wie etwa der Augenheilkunde.

;F?86

5Rd;RYcYf_UVceUVd8WZ_dYReSVX__V_

?6FC@=@86?

8V^VZdR^h`JIV_hZ
 DVegZVR_XVS`eV Wc[f_XV
 ?Vf`c`J`XV_V`ch`Z`V`LUZ
 2f`dS`Z`f`_X`g`V`S`V`h`e`_f`_U
 f`_d`e`V`>`Z`X`U`V`e`U`R`S`V`Z`f`_I
 e`V`c`h`e`k`V`L`Z`c`V`=`R`W`R`Y`_
 S`V`h`e`k`f`_a`R`_V`Z`Z`f`@`V`U`M`^
 X`V`e`V`d`U`R`f`^`L`D`f`U`Z`e`V`_U`V
 W`e`U`Z`?`V`f`c``J`X`V`k`f`_X`h`Z`I
 _V`Z`_G`V`_W`k`f`_X`y`J`R`e`V`e
 U`R`d`D`Z`Y`h`^`e`Z`



h h h f`_XV`Vf`c``J`XV`Z`X`Z`c`X
 2`_d`h`V`Y`a`R`e`_V`e`A`5`5`Z`^`V`Z`-`R`d`E`Z`^`V`e`R`_`_`5`Z`^`V`Z`2`c`V`9`Z`W`_Y`W`

Sommer School Neurologie 2008

Vom 25. bis 29. August eine Woche lang Neurologie intensiv in Köln: Bildgebende Verfahren, Tiefe Hirnstimulation, Neuroscience, Therapie der Epilepsie, der Multiplen Sklerose und vieles mehr.
 Eingeladen sind Studierende höherer Fachsemester und Berufsstarter in der Neurologie.
 Weitere Infos: <http://jungeneurologen.dgn.org> unter „Summer School“
 Anmeldung: info@diqn.de

— effektive Gestaltung von Famulaturen und dem praktischen Jahr: „Curriculum Erst-Famulatur“, „Curriculum PJ“ als Vorschlag und Leitfaden der Fachgesellschaft für die Fakultäten; ggf. Einrichtung eines wöchentlichen „Lerntages“ für die Studierenden während des praktischen Jahres, damit sie sich besser auf die Abschlussprüfung (das neue „Hammerexamen“) vorbereiten können. □

Frühe Weichenstellung für die Neurologie

Ob sich Studierende für das Fachgebiet Neurologie interessieren und sich für eine Weiterbildung entscheiden, hängt wesentlich vom Angebot und dem Engagement in der Lehre der entsprechenden Universität ab. Die Fachgesellschaft und die Berufsverbände könnten aber einerseits die Fakultäten unterstützen, zum Beispiel mit Informationsmaterial, andererseits könnten sie bundesweite Angebote schaffen und so Studierende überregional mit dem Fachgebiet in Kontakt bringen.

An möglichen Maßnahmen ergeben sich weiterhin:

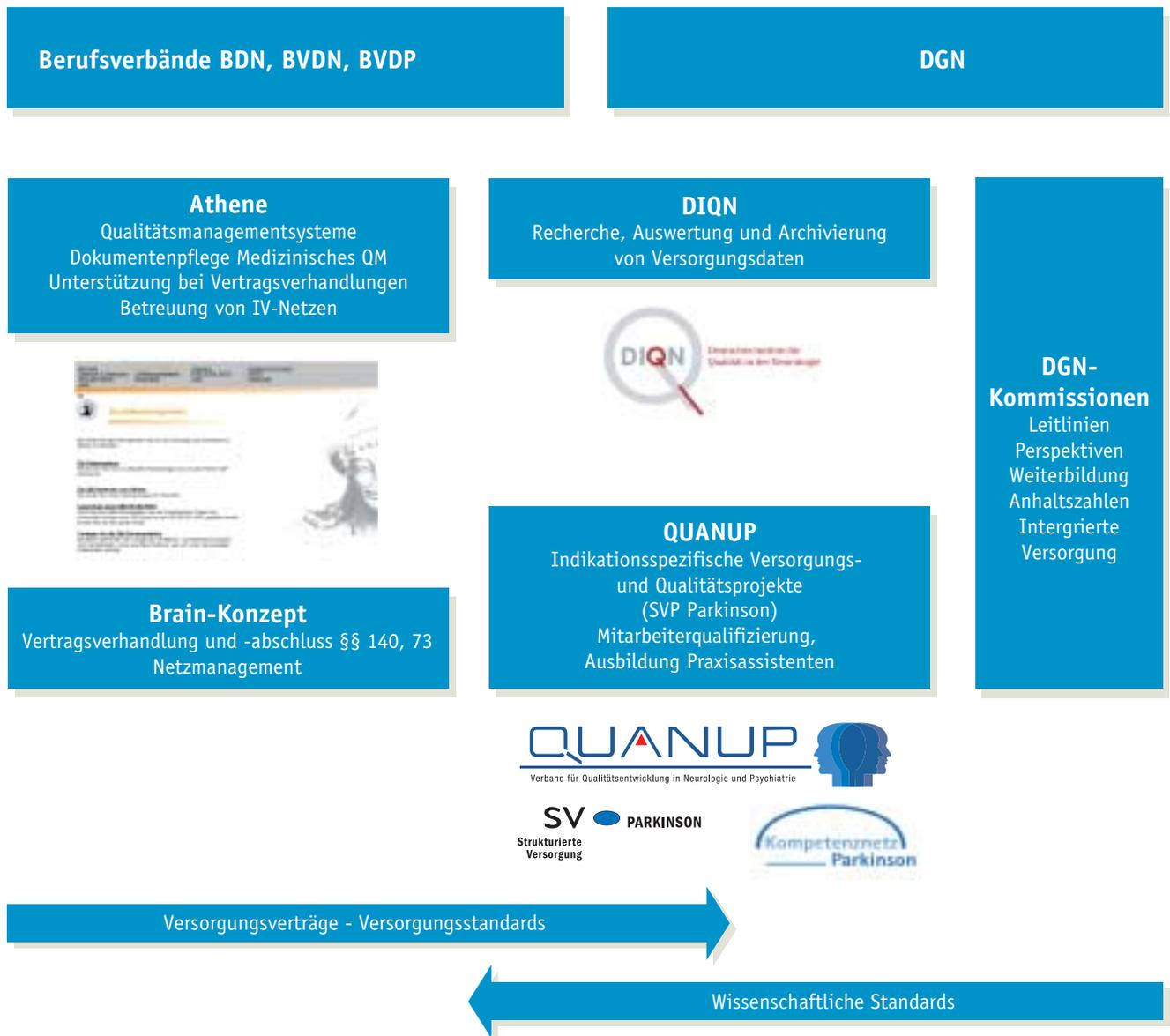
- ein „Examensrepetitorium Neurologie“,
- ein überregionales „Neurologisches Wochenende“ oder eine entsprechende „Summer School“, die auch Aspekte der Hirnforschung mit einbezieht,
- Informationsveranstaltungen zur Berufsplanung an der Fakultät „Wie plane ich meine Laufbahn als Arzt? Entwickelt am Beispiel der Neurologie“,

AUTOREN

Prof. Dr. med. Lars Timmermann, Köln
Dr. med. Arne Hillienhof, Köln

Organisation und Strategie

Um professionell und handlungsfähig zu sein, braucht der BDN viele Stabsstellen, Unterorganisationen und Kooperationspartner. Hierbei verliert man schnell die Übersicht. Die folgenden Artikel stellen Ihnen unsere Organisationen und Projekte vor sowie die aktuellen Tätigkeitsfelder und Ansprechpartner



47 **DIQN – Versorgungsleistungen präsentieren – Service bereitstellen**

49 **Athene Akademie – Spezialisten für integrierte Versorgung und Qualitätsmanagement**

50 **Brain-Konzept – Direktverträge für Neurologen und Psychiater**

51 **Kooperation mit Einkaufsplattform – Angebot nutzen – Kosten sparen**

53 **DGN-Kommissionen – Neu organisiert – effektiv aufgestellt**

54 **CIRS medical.de – Aus Fehlern lernen**

DEUTSCHES INSTITUT FÜR QUALITÄT IN DER NEUROLOGIE (DIQN)

Versorgungsleistungen präsentieren – Service bereitstellen

Das Deutsche Institut für Qualität in der Neurologie, DIQN, ist eine gemeinsame Einrichtung von DGN, BDN und BVDN. Das Institut betreut für die Verbände Projekte, die den Mitgliedern zugute kommen, und dokumentiert die Versorgungsleistungen des Faches nach außen.

Das DIQN ist eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts, Gesellschafter sind im Augenblick 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 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.

Wichtig dabei ist: Das Institut schafft keine neuen Verwaltungsebenen oder doppelte Strukturen, sondern sammelt die Aktivitäten der bestehenden Arbeitsgruppen aus Fachgesellschaft, Berufsverbänden und anderen Quellen. Es konkurriert nicht mit den bestehenden Aktivitäten der Organisationen, die sich um Qualität in der Neurologie bemühen.

ICD-Problematik

In Politik und Gesellschaft ist zu wenig darüber bekannt, welche Versorgungs-

leistungen die stationär arbeitenden und die niedergelassenen Neurologen und Nervenärzte erbringen. Auch ist oft das Bewusstsein in der Öffentlichkeit dafür zu gering, dass bei einem steigenden Durchschnittsalter der Bevölkerung und neuen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten die Aufgaben des Faches weiter steigen werden.

Ein Beispiel für die mangelnde Darstellung des Faches ist die ICD-Problematik: In den Statistiken der Gesundheitsberichterstattung verbergen sich Neurologie- und Nervenheilkunde-relevante Daten in verschiedenen Positionen und Überschriften außerhalb der Neurologie, etwa die Schlaganfälle im Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Wie in den DIQN-Ausarbeitungen „ICD-Problematik in der Neurologie“ und „ICD-Problematik in der Neurologie, Fokus Trauma“, gezeigt wurde, schmälert dies die Wahrnehmung der Neurologie und der Nervenheilkunde entscheidend und macht sie für Außenstehende zu einem „gefühlten kleinen Fach“.



Gutachten soll Verständnis wecken

Die Verbände arbeiten intensiv daran, diese Fehlwahrnehmung zu korrigieren. In die Konzeption eines entsprechenden Gutachtens des IGES-Instituts in Berlin ist das DIQN eingebunden. Eine mögliche Fortschreibung dieses Gutachtens zur Versorgungsleistung der Neurologie in Form einer regelmäßigen Aktualisierung bereitet das DIQN im Augenblick vor (Arbeitstitel: Grunddaten Neurologie). Vorausgegangen ist eine Umfrage des DIQN bei wesentlichen Institutionen in Politik und Gesundheitswesen, bei der sich gezeigt hat, dass Politik, Krankenkassen und andere Organisationen zuerst auf Erhebungen der Fachgesellschaft und der Berufsverbände zugreifen würden, wenn sie sich zu epidemiologischen Zahlen und Versorgungsleistungen des Faches informieren wollen.

Bei seiner Arbeit, Versorgungs- und Strukturdaten aus den ambulanten, stationären und rehabilitativen Bereichen zu erfassen und zu strukturieren, verwendet das DIQN das Datenbanksystem

„DIQNArchiv“. Die Inhalte stehen allen Mitgliedern von DGN, BDN und BVDN 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. Dabei können Interessierte auf Daten über die hinterlegten Schlagwörter und auf weitergehende „Meta-Informationen“ zugreifen.

Aufbau der Gruppe „Junge Neurologen“

Die Rekrutierung von Nachwuchsärzten und -wissenschaftlern ist eine Schlüsselaufgabe der Zukunft. Das DIQN unterstützt die Verbände bei ihrer Nachwuchsarbeit. Über das schon Erreichte und die geplanten Aktivitäten siehe S. 43.

Projekt Patientenleitlinien

Das DIQN erstellt und aktualisiert die Patientenleitlinien von BDN und DGN und stimmt sie mit den Experten in den Verbänden ab. Sie sind nach einem internationalen Kriterienkatalog für gute Patienteninformationen erstellt („DISCERN“- beziehungsweise „Check-Up-Instrument“). Im Augenblick verfügen die Verbände über 13 Patientenleitlinien. Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin, ÄZQ, hat zwei von ihnen bewertet und mit der höchsten möglichen Punktzahl ausgezeichnet (Patientenleitlinie zur Migräne und zur Primär- und Sekundärprävention des Schlaganfalls). Im Augenblick ist die mit dem Kompetenznetz Parkinson abgestimmte Patientenleitlinie zur Parkinson-Erkrankung im ÄZQ-Bewertungsverfahren. Das ÄZQ veröffentlicht die Patienteninformationen auf der Internetseite www.patienten-information.de.

Außerdem hat das DIQN in den vergangenen Monaten Kurzfassungen der Patientenleitlinien aktualisiert. Sie stehen für alle Mitglieder zum Download bereit und können in Klinik und Praxis verwendet werden. Mit dem Erscheinen der aktualisierten wissenschaftlichen Leitlinien im Herbst 2008 ist auch eine Überarbeitung der ausführlichen Patientenleitlinien in Arbeit.

IMS-Projekt

Das DIQN arbeitet im Bereich Arzneimittel mit der Firma IMS Health zusammen. Die Gesellschafter des DIQN konnten mit IMS Health 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 die durchschnittlichen Diagnose-Häufigkeiten in den Praxen ermittelt. Das Institut wertet auch die Verordnung von MS-Präparaten, Arzneimitteln zur Alzheimer-Therapie und zu weiteren Medikamenten ausgewertet, bei denen Neurologen und Nervenärzte Praxisbesonderheiten geltend machen. Diese zusammen mit Prüfarzten erstellte Auswertung hilft Praxen, denen ein Regress droht. Die Auswertung wird fortgesetzt. □

AUTOR

Dr. med. Arne Hillienhof, Köln

Publikationen

- Arne Hillienhof, Günther Endraß. Arzneimittelregresse: Argumentationshilfen für Praxen, NEUROTRANSMITTER 12/2007
- „ICD-Problematik in der Neurologie“ und „ICD-Problematik in der Neurologie, Fokus Trauma“, Ausarbeitung des DIQN (Download von www.neuroscout.de und www.bvdn.de).
- „Gegenfach Psychiatrie in der neurologischen Weiterbildung“, Ausarbeitung des DIQN (Download von www.neuroscout.de)

ATHENE AKADEMIE

Spezialisten für integrierte Versorgung und Qualitätsmanagement

Athene führte im letzten Jahr den IV-Vertrag „Depression“ mit der Techniker Krankenkasse zu beachtlichen Erfolgen und bringt derzeit noch weitere Netzwerkprojekte und Verträge zur integrierten Versorgung auf den Weg.



Athene wurde auf Initiative des BDN im Jahr 2001 gegründet und hatte sich damals auf die Einführung von Qualitätsmanagement-Systemen in den Mitgliedspraxen der Berufsverbände spezialisiert. In der Zwischenzeit kamen als weiteres wichtiges Arbeitsfeld des Würzburger Teams noch das Management sowie die Neugestaltung von IV-Verträgen im Auftrag der Berufsverbände sowie verschiedener regionaler Netze und Landesverbände hinzu.

Erfolgsmodell IV-Vertrag „Depression“

Die Akademie übernahm den IV-Vertrag „Depression“ der Techniker Krankenkasse zum 1. April 2007 mit 190 eingeschriebenen Patienten. Bereits am 29. März 2007 war die erste Dokumentation bei Athene eingegangen. Eine Befragung unter den teilnehmenden Praxen ergab eine Reihe von Verbesserungswünschen an der Dokumentation, sowie an der operativen Durchführung des Vertrages. Was Athene genau unternahm, um aus dem Vertrag ein Erfolgsmodell zu machen, haben wir Ihnen in nebenstehender Tabelle 1 zusammengestellt.

Über 2.200 Patienten

Zum Stand der Drucklegung dieses Artikels Anfang Juli 2008 waren in den

Verbesserungsmaßnahmen im IV-Vertrag „Depression“ der TK

Tabelle 1

- sofortiges Umstellen auf monatliche Abrechnung
- Zufriedenheitsbefragung der Praxen und Kliniken im Netz
- Straffen der Dokumentation
- Umstellen der Dokumentation auf beschreibbare pdf-Dateien
- Überprüfung und Neuberechnung der vorhergehenden Abrechnungen
- Unterstützung bei der Netzbildung und -gestaltung (soweit notwendig und gewünscht)
- Start des Vertrags in neuen Regionen: Unterfranken, Dresden, Südpfalz, Gießen-Marburg
- Ausweiten des Vertrags in bereits teilnehmenden Regionen
- Nochmalige Informationsveranstaltungen in den teilnehmenden Regionen, um latente Schwierigkeiten vor Ort auszuräumen
- Start einer Stuserhebung im Bereich der Psychoedukation (derzeit werden Beispielmateriale erstellt)
- Erhöhung der Transparenz (Faxbestätigungen, Benchmarks mit Abrechnungen)
- laufendes Controlling der erbrachten Leistungen und des Abrechnungsverhaltens
- Auswertungen und Qualitätsberichte in Bezug auf die medizinische Wirksamkeit des Vertrages
- Ausbildung der Mitarbeiterinnen zum Thema „integrierte Versorgung“.

Ziel:

- Entlastung des Arztes bei der Dokumentation
- verstärkte (bis ganz überwiegende) Information der Patienten durch die Arzthelferinnen – ein wichtiger Erfolgsfaktor in den jetzt erfolgreich einschreibenden Praxen

Patienten des IV-Vertrags „Depression“ nach Regionen

Tabelle 2

Region	Anzahl der Patienten
Bayern	230
Berlin	643
Dresden	143
Gießen/Marburg	91
Hamburg	309
Hessen	478
Südpfalz	165
Saarland	4
Lauenburg-Lübeck	82
Unterfranken	107

Vertrag bereits 2.253 Patienten und 223 Praxen und Kliniken in zehn Regionen eingeschrieben (zur Verteilung in den einzelnen Regionen siehe Tabelle 2).

Auf den ersten Blick zeigen sich vordergründig zwar größere Unterschiede zwischen den Regionen, die sich aber im Verhältnis zur Anzahl der teilnehmenden Praxen in der Region relativieren. Außer im Saarland hat jede Praxis durchschnittlich mindestens sechs Patienten eingeschrieben, in manchen Regionen sind dies sogar durchschnittlich mehr als 15 Patienten pro Praxis.

Eine erste Bewertung des Vertrages durch die Techniker Krankenkasse wird gerade in den Tagen der Drucklegung dieses Artikels beendet. Ersten Prognosen zufolge hat der Vertrag in dieser Bewertung anscheinend sehr gut abgeschnitten. Es besteht Grund zur Hoffnung, dass wir in absehbarer Zeit den Vertrag auch in weiteren Regionen umsetzen dürfen und möglicherweise zusätzliche Indikationen in den Vertrag integrieren können.

Regionale Netzwerke

Auf dem Gebiet der Gründung von regionalen Netzwerken bzw. der Institutionalisierung schon bestehender (mehr oder weniger straff organisierter) Netzwerkstrukturen konnten wir Erfolge verbuchen: Erste Initiativen sind bereits

eingetragen oder stehen kurz davor. Neben der Gründung von Vereinen – was abhängig vom jeweiligen Bundesland und zuständigen Registergericht problematisch werden kann – geht die Entwicklung verstärkt in Richtung der Gründung von Genossenschaften. Diese Organisationsformen sind vor allem dann sinnvoll und notwendig, wenn im Rahmen des Netzwerks direkt mit den Krankenkassen zum Beispiel ein Vertrag zur integrierten Versorgung für die jeweilige Region, verhandelt werden soll.

Sowohl beim Findungsprozess geeigneter Netzwerkstrukturen und der Planung der formalen Gründung, als auch bei der Konzeption des IV-Vertrages bis hin zur Unterstützung beim Verhandeln mit den Krankenkassen bietet Athene über die Genossenschaft „Brain-Konzept“ jegliche benötigte Unterstützung an.

Die Beratung erfolgt grundsätzlich direkt vor Ort in den jeweiligen Netzwerken. Dabei ist die Funktion von Athene mehr in einer Katalysatorfunktion schon bestehender Ideen, Strukturen und Vorstellungen zu sehen und weniger in einer dogmatisierenden Rolle als Initiator: Schon bestehende Gedanken und Ideen werden aufgegriffen und soweit wie möglich in die zukünftigen Strukturen und Verträge implementiert.

Direktverhandlungen mit der KBV

In Zusammenarbeit mit den Vorsitzenden der drei Berufsverbände erarbeiten Gabriele Schuster und Matthias Wöhr im Auftrag von BDN, BVDN und BVDP derzeit auch ein 73c-Rahmenkonzept (besondere ambulante Versorgung) zu den Indikationen Depression, Psychosen, Demenz, Parkinson-Syn-drome, Multiple Sklerose und Epilepsie. Das Rahmenkonzept steht nun kurz vor dem Abschluss.

Athene hat das technische Repertoire im Team in den letzten Monaten stark erweitert und ist nun in der Lage, auch sehr große Verträge mit vielen Leistungserbringern und Patienten zu verwalten.

Bisher gehen bei Athene zwischen 300 und 400 Fax-Seiten am Tag ein. Mit Hilfe von derzeit intern erprobten, neuen technischen Grundlagen sind auch Zahlen von bis zu drei Millionen Fax-Seiten pro Tag sicher und effizient zu bewältigen. Somit ist Athene auch für die Zukunft gerüstet und fest gewillt, sich als Marktführer in der Verwaltung von Verträgen im neuropsychiatrischen Bereich zu behaupten. □

AUTOREN

Dipl.-Psych. Gabriele Schuster, Würzburg

Matthias Wöhr, Würzburg

BRAIN-KONZEPT

Direktverträge für Neurologen und Psychiater

Die Zeichen der Zeit stehen auf Umstrukturierung: Direktverträge werden immer wichtiger. Die Genossenschaft Brain-Konzept stellt dafür ihr juristisches und administratives Know-how zur Verfügung.

Glaubt man entsprechenden Prognosen, dann erfolgt im Jahr 2010 mehr als die Hälfte der medizinischen Versorgung über Direktverträge. Dabei stellt sich die Frage, wer diese Verträge verhandeln und abschließen wird. Rechtsanwalt Ingo Pflugmacher hat in seinem Beitrag auf S. 25 ff. auf die verschiedenen Möglichkeiten der Vertragsbildung hingewiesen: Ein buntes Nebeneinander von regionalen und überregionalen Verträgen

mit einzelnen Einrichtungen, regionalen Kooperationsgemeinschaften oder überregionalen Netzen und Organisationen ist wahrscheinlich. Pflugmacher betont zu Recht darauf hin, dass die Krankenkassen wohl kaum mit 120.000 Vertragsärzten einzeln verhandeln werden. Es bedarf daher Organisationen, die Vertragsverhandlungen übernehmen können. Prinzipiell kommen hierfür fachgruppen-gleiche oder fachgruppenübergreifende

Zusammenschlüsse in Frage, die regional, landesweit oder bundesweit aufgestellt sind. Die Unübersichtlichkeit wird diesbezüglich also in der Zukunft eher größer.

Genossenschaft Brain-Konzept

Um ihre Mitglieder weit möglichst ver-tragsfähig zu machen und bei den juristischen und administrativen Angelegenheiten zur Seite zu stehen, haben die neuropsychiatrischen Verbände eine Genossenschaft mit dem Namen Brain-Konzept gegründet. Die Vorteile einer Genossenschaft für größere und insbesondere überregional tätige Verbände hat Pflugmacher beschrieben: Sie er-

möglicht die erforderliche Sicherheit für eine ordnungsgemäße Verwaltung und Verwendung der Geldmittel.

Brain-Konzept steht nunmehr nach zweijähriger Vorbereitung mit einer Vielzahl von Vertragsgestaltungen den Mitgliedern zur Verfügung. Über diese Genossenschaft können überregionale Verträge ad hoc geschlossen werden. Aber auch regionale Netze und Kooperationsgemeinschaften können Brain-Konzept für Vertragsabschlüsse nutzen. Bereits bestehende regionale Netze – seien es Vereine oder Genossenschaften – können auch mit Brain-Konzept kooperieren,

sodass die Verbände eine regionale Eigenständigkeit besitzen.

Kollektiv verhandeln

Es hat sich bereits jetzt herausgestellt, dass der Bedarf an Abstimmung und Informationen über andere Netze und Verträge außerordentlich hoch ist. Brain-Konzept bekäme dann die Funktion einer Art Dachorganisation für alle regionalen Netze. Die Zeit ist zu kurz, als dass jeder ausschließlich seine eigenes „Süppchen“ kocht. Es kommt darauf an, die kollektive Intelligenz unserer Fachgruppe zu nutzen und mit dem spezi-

fischen vertragsjuristischen Know-how und dem stetig wachsenden Erfahrungswissen aus den bisheriger Verhandlungen zu vermählen, damit alle den größten Nutzen davon haben. □

AUTOREN

- Dr. med. Gunther Carl, Kitzingen**
- Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich**
- Dr. med. Frank Bergmann, Aachen**

KOOPERATION MIT EINKAUFSPLATTFORM
Angebot nutzen – Kosten sparen

Die neurologisch-psychiatrischen Berufsverbände kooperieren mit der Einkaufsplattform „Medical Parts“. Dadurch lassen sich im Schnitt 20 % beim Kauf medizinischer Verbrauchsartikel einsparen.

In den vergangenen Jahren hat sich die Situation gerade in neurologischen, nervenärztlichen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Arztpraxen zum Teil erheblich verschlechtert. Budgetkürzungen und zunehmende Bürokratie schränken den Handlungsspielraum immer stärker ein und setzen die Kollegen in immer stärkerem Maße wirtschaftlichen Zwängen aus. Viele Ärzte überlegen, wie sie ihre Praxiskosten ohne Einschränkung der medizinischen Leistungen reduzieren können.

Eine nahe liegende Möglichkeit ist der kostengünstige Einkauf von medizinischen Verbrauchsartikeln. Durch Einkaufsgemeinschaften und -genossenschaften die Kosten zu reduzieren, hat sich jedoch in vielen Fällen als zu aufwendig und kompliziert erwiesen.

Deutliche Preisvorteile

Aus diesem Grund haben BVDN, BDN und BVDP eine Kooperation mit der Einkaufsplattform für medizinische Verbrauchsartikel „Medical Parts“ geschlossen. Diese Plattform bietet aufgrund einer sehr schlanken Organisations-

struktur und der Bestellung von Großmengen direkt bei den Herstellern eine Kostenersparnis von durchschnittlich 20%. Dieser Preisvorteil wurde durch einen Vergleich mit den Kosten für medizinische Verbrauchsartikel der Gemeinschaftspraxis unseres stellvertretenden BVDN-Vorsitzenden Dr. Gunther Carl belegt. Die Ware kann bei Medical Parts direkt über die Internetplattform oder per Fax bestellt werden.

Neben medizinischen Verbrauchsartikeln können auch Büroartikel zu äußerst günstigen Konditionen und der über die Kassen abzurechnende Praxisbedarf bestellt werden. Die Zustellung erfolgt innerhalb von ein bis zwei Tagen durch einen Paketdienst und kostet 5,80 EUR. Ab einem Bestellwert von 150,00 EUR ist der Versand kostenfrei.

Für alle Mitglieder nutzbar

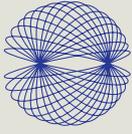
Die Einkaufsplattform ist am 1. Juni 2008 erfolgreich gestartet. Um einen optimalen Ablauf der logistischen Vorgänge zu gewährleisten, wurde der Zugang zu Medical Parts zunächst für 50 Pilotpraxen geöffnet. Seit dem 1. Sep-

tember haben nun alle Mitglieder der Berufsverbände BDN, BVDN und BVDP die Möglichkeit, den Preisvorteil beim Bezug medizinischer Verbrauchsartikel zu nutzen. Dabei werden keinerlei vertragliche Bindungen oder Verpflichtungen eingegangen.

Wenn Sie die kostengünstige Einkaufsplattform nutzen möchten, füllen Sie das Formular auf der nächsten Seite aus (Name, Praxisstempel) und faxen es an die Geschäftsstelle der Berufsverbände. Sie erhalten dann in den nächsten Tagen Ihre Zugangsdaten zur Einkaufsplattform und weitere Informationen. Bei Fragen steht Ihnen Herr Jochen Buttke von Medical Parts, Telefon 0231 4762790, zur Verfügung. □

AUTOR

Jochen Lamp, Frankfurt



Berufsverband
Deutscher Nervenärzte



Berufsverband
Deutscher Neurologen BDN



Berufsverband
Deutscher Psychiater

FAX-ANTWORT

zur Nutzung der Einkaufsplattform der neuropsychiatrischen Berufsverbände.



Fax-Antwort an 02151 - 4546925/26

Ja, ich möchte die Einkaufsplattform für den Bezug medizinischer Verbrauchsartikel nutzen.

Name: _____

Praxisstempel



DGN-KOMMISSIONEN

Neu organisiert – effektiv aufgestellt

Die Deutsche Gesellschaft für Neurologie hat ihre Kommissionsarbeit neu geregelt. Dabei wurde eine Einteilung in Kommissionen mit administrativen Aufgaben und Kommissionen mit klinischen Aufgaben vorgenommen.

Über die Kommissionsarbeit finden Sie ausführliche Informationen auf den internen Seiten der DGN-Homepage. An dieser Stelle soll kurz auf die Aufgaben und Tätigkeit der Kommissionen hingewiesen werden – soweit es den BDN betrifft. Bei Bedarf kann mit den jeweiligen Vertretern des BDN Kontakt aufgenommen werden.

Kommission 1.1.1 Perspektiven der neurologischen Versorgung

Die Kommission wurde im Jahr 2007 unter der Leitung von Prof. Dr. Claus-Werner Wallesch aus Magdeburg ins Leben gerufen. Sie hat es sich zur Aufgabe gemacht, die Zukunft der Neurologie unter Berücksichtigung neuer Strukturen des Gesundheitssystems zunächst einmal durch eine Analyse abzuschätzen und gegebenenfalls frühzeitig in vielen Bereichen unseres Faches entsprechende Maßnahmen zu ergreifen. Die Kommission ist daher möglichst repräsentativ besetzt, der BDN ist mit Dr. Frank Bergmann, Aachen, und Dr. Uwe Meier, Grevenbroich vertreten.

Kommission 1.1.2 Weiterbildung

Die Aufgabe der Weiterbildungskommission (Leitung: Prof. Dr. Michael Schwarz, Dortmund) besteht unter anderem darin, einen Konsens bei der Gestaltung der Weiterbildungsordnung herzustellen und diesen mit der BÄK zu kommunizieren. Bei der Frage eines optionalen oder obligaten Pflichtjahres Psychiatrie konnte aktuell kein Konsens hergestellt werden. Die DGN ist der Auffassung, dass das Pflichtjahr optional werden sollte. Aufgrund der langjährigen heftigen Diskussion um dieses Thema – und weil es das Selbstverständnis der Neurologie betrifft – hat der Vorstand des BDN beschlossen, hierzu eine Mitgliederbefragung durchzuführen. In der Umfrage haben sich etwa ein Drittel der Mitglieder für eine Neuregelung und zwei Drittel für einen Beibehalt der bisherigen Regelung ausgesprochen. Dies wurde der BÄK entsprechend mitgeteilt. Vertreter des Berufsverbandes ist Prof. Dr. Rolf Hagenah, Rotenburg.

Kommission 1.1.3 Arzneimittelverordnung

Aufgrund der besonderen Probleme der Arzneimittelausgaben und der Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung sowie der Off-Label-Problematik wurde diese Kommission unter Prof. Dr. Uwe Schlegel, Bochum, gegründet. Die Berufsverbände sind mit PD Dr. Gereon Nelles, Köln, und Dr. Curt Beil, Köln

vertreten, die hierüber im NEUROTRANSMITTER und auf der letzten DGN-Tagung berichtet haben.

Kommission 1.1.4 Anhaltzahlen/Qualitätssicherung

Mit den Strukturen, der Organisation und den Anhaltzahlen neurologischer Akutkliniken sowie der Notaufnahmen beschäftigt sich diese Kommission und hat hierzu wiederholt Erhebungen durchgeführt. Die Berufsverbände sind über Dr. Paul Reuther, Ahrweiler, vertreten. Die Leitung der Kommission hat Prof. Dr. Claus-Werner Wallesch, Magdeburg.

Kommission 1.1.5 Fortbildungsakademie

Die Fortbildungsakademie unter der Leitung von Prof. Dr. Cornelius Weiller, Freiburg organisiert Vorträge und Seminare des Jahreskongresses der DGN sowie die Kurse in Travemünde und die Wanderversammlung in Baden-Baden. Von Seiten der Verbände ist Dr. Curt Beil, Köln, vertreten sowie Prof. Dr. Peter Berlit und Prof. Dr. Hans-Christoph Diener, Essen.

Kommission 1.1.8 Leitlinien

In diesen Tagen erscheint die vierte Auflage der Leitlinien zur Diagnostik und Therapie. In dieser Neuauflage hat es wieder eine Reihe von Neuerungen gegeben. Unter anderem wurden für große Krankheitsbilder Diagnose-Leitlinien und auch erstmals Leitlinien zur Thera-

pie in der neurologischen Rehabilitation erstellt. In der Leitlinienkommission der DGN unter Leitung von Prof. Dr. Hans-Christoph Diener war stets ein Vertreter des BDN (Dr. Uwe Meier, Grevenbroich) vertreten. Erstmals stand für einen großen Teil der versorgungsrelevanten Leitlinien jeweils ein Vertreter des Berufsverbandes der Neurologen als Koautor zur Seite. Diese hatten weniger die Funktion Evidenzrecherche und -bewertung wahrzunehmen, sondern vor allem die Identifikation von etwaigen Umsetzungsbarrieren im Versorgungsalltag.

Kommission 1.1.9 DRG

Aufgabe der Kommission unter der Leitung von Prof. Dr. Andreas Ferbert, Kassel ist es, Vorschläge zur Verbesserung des DRG-Systems zu erarbeiten und mit dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) beziehungsweise mit dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu kommunizieren. Das Ziel besteht vor allem darin, die Leistungen einer neurologischen Klinik besser abzubilden. Prof. Dr. Rolf Hagenah, Rotenburg, ist Vertreter des Berufsverbandes.

Kommission 1.1.10 Gebührenordnung

Die Kommission erarbeitet die Vorschläge für die Weiterentwicklung der GOÄ und wird vertreten von PD Dr. Holger Grehl, Duisburg, und Prof. Dr. Rolf Hagenah, Rotenburg. Über die Er-

gebnisse wird in einem eigenen Kapitel in diesem Sonderheft berichtet.

Kommission 1.1.14 Integrierte Versorgung

Diese Kommission unter der Leitung von Dr. Uwe Meier, Grevenbroich, hat auf der letzten DGN-Tagung die Rahmenkonzepte zur integrierten Versorgung quasi als Arbeitsbericht beim Thieme-Verlag veröffentlicht. Das Buch macht damit die Arbeit von DGN und Berufsverbänden der interessierten Öffentlichkeit zugänglich. Zum anderen können die Neurologen ihre Vorarbeiten zu sektorenübergreifenden Versorgungsmodellen gegenüber der Politik und Kostenträgern präsentieren.

Neurologische Intensivmedizin

Die Interessen der neurologischen Intensivmedizin werden für den Berufsverband von Prof. Dr. Wolfgang Heide, Celle, unter anderem gegenüber der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensivmedizin und Notfallmedizin (DIVI) vertreten. Dies erfolgt in diesem Fall nicht im Rahmen einer DGN-Kommission. An dieser Stelle möchten wir Heide besonders danken.



AUTOREN

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich

Prof. Dr. Hans-Christoph Diener, Essen

CIRS MEDICAL.DE

Aus Fehlern lernen

Das Critical Incident Reporting System (CIRS) gibt Ärzten die Möglichkeit, anonym in einem Internetportal über Fehler in der medizinischen Behandlung zu berichten und zu diskutieren. Am 5. Mai wurde eine überarbeitete Version des Systems vorgestellt.

Die intensive Auseinandersetzung mit dem Thema Patientensicherheit war bereits auf dem Deutschen Ärztetag 2005 beschlossen worden. Das breite Medien-echo, ausgelöst durch die Aktivitäten des

Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS), verdeutlicht die aktuelle Brisanz dieses Themas. Unbestritten sind sowohl die Notwendigkeit für Ärzte, aus Fehlern zu lernen, als auch der Stellenwert, den

ein funktionierendes CIRS hierbei spielen kann. Dies belegen auch die positiven Erfahrungen aus risikoreichen Industriezweigen wie etwa der kommerziellen Luft- und Seefahrt.

Das hier vorgestellte System – mit dem Namen „CIRSmedical.de“ – ist unter dieser Adresse auch im Internet erreichbar. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hatte bereits im April 2005 ein internetbasiertes CIRS zur freiwilligen Teilnahme für alle Ärzte kosten-

los zur Verfügung gestellt. Seit 2006 wird CIRS auch von der Bundesärztekammer unterstützt und vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) betreut. Nun ist das System mit einer erweiterten Software verfügbar.

Zielgruppe

Neben der gesamten Ärzteschaft gehören zur Zielgruppe auch Mitarbeiter von Krankenhäusern, die kein eigenes CIRS betreiben oder die nicht über das interne CIRS berichten können bzw. wollen. Ebenso sollen niedergelassene Ärzte ohne fachgruppenspezifisches CIRS daran teilnehmen. Das System ist sektoren- und fachgruppenübergreifend angelegt, es ist nicht als Konkurrenz zu anderen, bereits etablierten Systemen gedacht, wie beispielsweise denen einiger Fachgesellschaften. Das Ziel besteht vielmehr darin, interessierten Gruppen die Möglichkeit zu geben, auf Bundesebene an einem strukturierten System teilzunehmen. Das CIRS soll auch eine auf hohem Niveau basierende, fachliche Wertung und Hilfestellung zu kritischen Ereignissen geben.

Einfacher und anonymer Zugang

Nutzer gelangen über www.cirsmedical.de auf die öffentliche Startseite. Durch Anklicken des Links „Berichten und Lernen“ gelangt man in den offenen, für alle zugänglichen Bereich. Hier können Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen (z. B. Ärzte, aber auch Pflegepersonal) über ein Ereignis berichten, indem sie ihren Fall in ein Formular eingeben, das sowohl aus Freitextfeldern, als auch aus vorgegebenen Listen (Drop-down-Menü mit Auswahlfunktion) besteht. Über die Schaltfläche „Fall eingeben“ wird der Bericht gespeichert und per sicherem SSL-Protokoll abgeschickt. Es können Beinahe-Fehler, aber auch tatsächlich eingetretene Fehler gemeldet werden.

Es ist wichtig festzuhalten, dass bei CIRSmedical.de die Ereignisberichte aufgrund der Anonymisierung bereits bei der Meldung nicht mehr zurückverfolgen sind. Die eingegebenen Ereignisberichte können zunächst nur die Administratoren des ÄZQ sehen, die den Bericht lesen, gegebenenfalls weiter anonymisieren (um eine indirekte Rückverfolgung unmöglich zu machen) und ihn

anschließend für alle öffentlichen Nutzer freigeben. Ebenso können beispielsweise unsachliche oder beleidigende Berichte gesperrt oder Kommentare, Bilder und pdf-Dateien angefügt werden. Für fachliche Fragen bei der Veröffentlichung der Berichte hat die BÄK einen Fachbeirat einberufen, dessen Mitglieder von Fachgesellschaften und Berufsverbänden benannt wurden.

Veröffentlichung und Diskussion

Nach der Freigabe erscheint der Bericht auf der Seite „Aktuelle Fälle“ (erreichbar über den Link „Lernen“) und ist sowohl für den Berichtenden selbst, als auch für alle anderen Nutzern zugänglich. Durch Klicken auf „Anzeigen des Formulars“ wird der vollständige freigegebene Bericht sichtbar. Ebenso erscheinen hier gegebenenfalls (in einem gelben Kasten unter dem Ereignisbericht) die freigegebenen Kommentare anderer Nutzer, der CIRS-Analysegruppe oder des Fachbeirates. Beim Klicken auf die Schaltfläche „Kommentieren“ öffnet sich ein Fenster, in dem jeder Nutzer Kommentare abgeben kann, die dann von den Administratoren (falls notwendig anonymisiert) und dann freigegeben werden.

Auch die Kommunikation mit dem Meldenden ist über die Kommentarfunktion möglich – allerdings nur, wenn dieser einen öffentlich einsehbaren Kommentar auf seine Meldung wiederum kommentiert. Aber auch dabei kann er auf eigenen Wunsch anonym bleiben.

Die neue Software bietet vielfältige Möglichkeiten der Auswertung: Unter „Suche nach Fällen“ erscheint eine Suchmaske, mit deren Hilfe die Nutzer unter verschiedenen Kriterienangaben bestimmte Fälle suchen können (z. B. nach Fachgebiet, Kontext des Ereignisses). Deskriptive Statistiken können durch Anklicken des Reiters „Auswertungen“ erstellt werden. Hierbei gibt es die Option, die Statistiken auch für Untergruppen einzurichten und deren Daten später gesondert auszuwerten und sie für die jeweilige Gruppe zur Verfügung zu stellen. Dies bietet sich an für Einrichtungen wie Krankenhäuser, die kein eigenes CIRS betreiben, aber auch für Ärztekammern oder Fachgesellschaften, die Wert auf eine separate Auswertung der Meldungen aus ihrem Bereich legen. Vorausset-

zungen für die Bildung solcher Untergruppen können bei der ÄZQ oder der BÄK erfragt werden.

Ziele von CIRSmedical.de sind die Identifikation von „Schwachstellen“ im System, die Förderung des Risikobewusstseins und der Austausch von Vermeidungsstrategien aus der Praxis. Es soll als Plattform für Diskussionen und als Grundlage für problemorientierte Fortbildungsveranstaltungen dienen. Das ÄZQ plant, relevante Berichte in einem regelmäßigen Newsletter („Thema des Monats“) und Fallkonferenzen aufzuarbeiten. Eine enge Vernetzung mit den ärztlichen Gutachter- und Schlichtungsstellen ist in Vorbereitung. □

AUTOR

Holger Grehl, Duisburg

Kontakt und weitere Links

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ):

Wegelystr. 3/Herbert-Lewin-Platz
10623 Berlin
Tel. 030 40052500
Fax 030 40052555
www.azq.de

Ansprechpartner: Dr. Julia Rohe, MPH,
und Andrea Sanguino, MPH, wissen-
schaftliche Mitarbeiterinnen im Be-
reich Patientensicherheit
Tel. 030 40052504
E-Mail: CIRS@azq.de, rohe@azq.de,
sanguino@azq.de

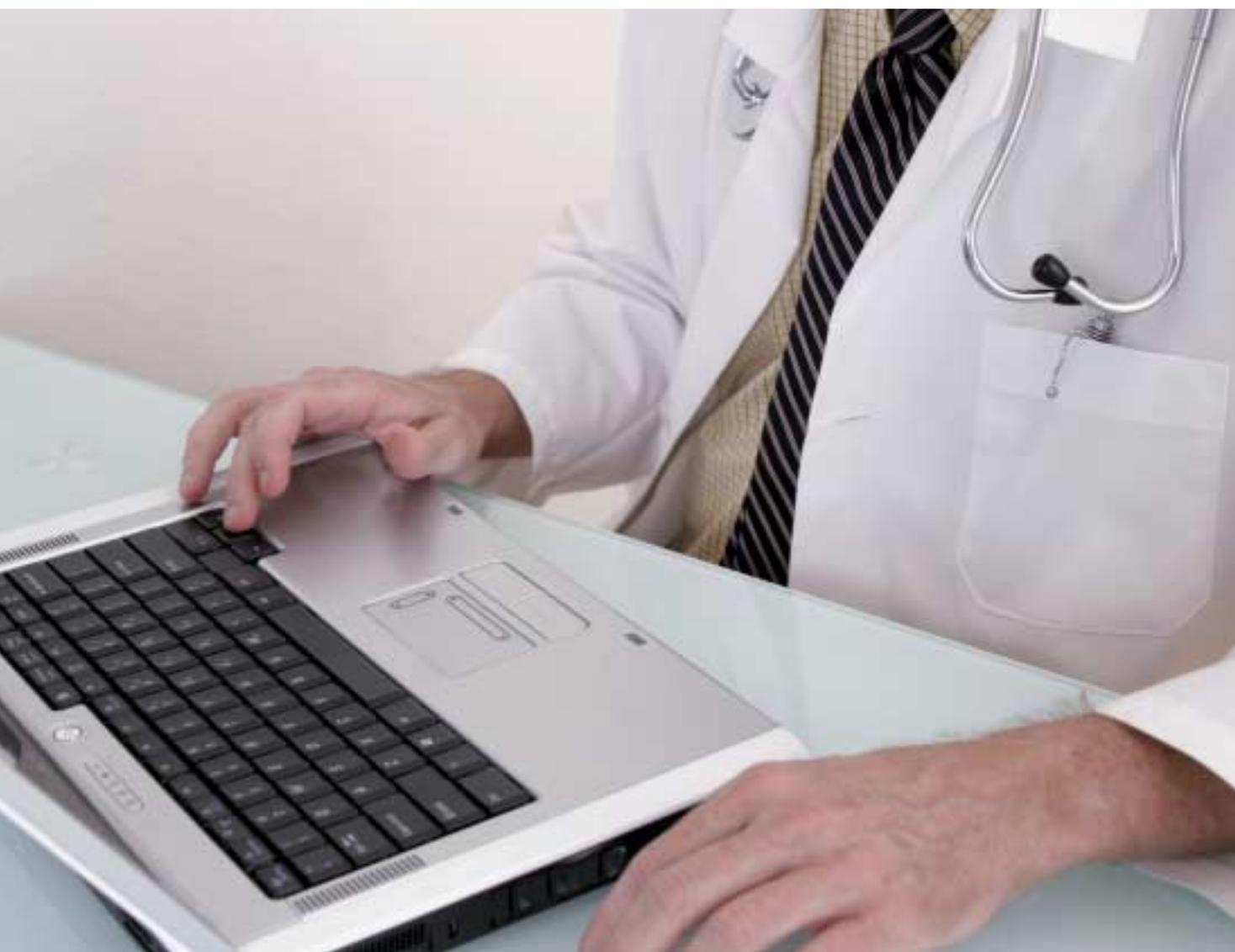
Weblinks:

www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de
Plattform zur Verbesserung der Patientensicherheit in Deutschland. Mitglieder sind Vertreter der Gesundheitsberufe (u. a. ÄZQ, BÄK, KBV).

www.forum-patientensicherheit.de
Fortbildungskonzept des Aktionsbündnisses „Patientensicherheit – Fehlerquellen erkennen, unerwünschte Ereignisse vermeiden“.

Information und Kommunikation

Information ist alles. Zentrales Publikationsorgan des Berufsverbandes ist der NEUROTRANSMITTER; im Internet steht die Website des Verbands www.neuroscout.de mit einem internen Bereich für Mitglieder zur Verfügung, die auch als Archiv für alle Arten von Informationen dient. Diese und weitere Informationsquellen, Veranstaltungen und Projekte für Patienten, interessierte Öffentlichkeit und für Kollegen werden im folgenden Kapitel systematisch vorgestellt.



© Lisa Eastmann_Fotolia.com

59 Relaunch von www.neuroscout.de – Internetseite des Verbands wächst weiter

60 BDN-Forum 2008

61 Informationsmedium ZNS TV – Fernsehen für neuropsychiatrische Patienten

63 NeuroTransmitter im Überblick – Berufspolitik und Fortbildung: stets auf aktuellem Stand

64 Neurologen und Psychiater im Netz – Präsenz über Patientenportal

66 Neue Geschäftsstellen – Präsenz in der Hauptstadt

67 Gemeinsame Geschäftsstelle der Berufsverbände in Krefeld

RELAUNCH VON WWW.NEUROSCOUT.DE

Internetseite des BDN wächst weiter

Die bewährte Homepage des Berufsverbands Deutscher Neurologen erscheint im neuen Gewand. Sie ist umfangreicher und gleichzeitig übersichtlicher und einfacher zu bedienen als bisher. Mittlerweile erfolgen monatlich 17.000 Zugriffe auf den internen Bereich.

Die Verbandshomepage des BDN www.neuroscout.de hat nach vielen kleinen Änderungen und Verbesserungen einen großen Relaunch hinter sich. Sie bietet noch mehr Inhalte und ist dabei übersichtlicher und einfacher als die alte Version. Die Homepage hat aber nicht nur neue Funktionen, vieles ist auch hinter den Kulissen geschehen. Die Seiten sind sehr viel einfacher zu warten und zu aktualisieren. Das kommt den Nutzern zu Gute, weil Aktualisierungen jetzt noch häufiger und schneller erfolgen. Die berufspolitischen Aktivitäten des BDN, Vertragsverhandlungen, Qualitätsmanagement-Konzepte und anderes: Die Mitglieder sind immer aktuell informiert.

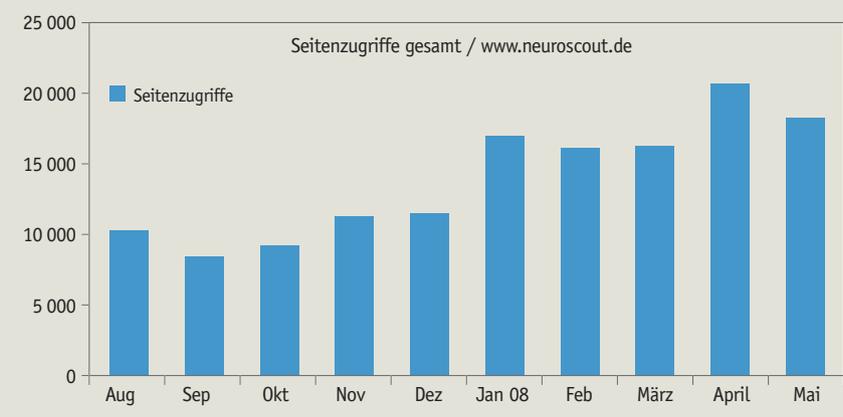
Noch mehr Zugriffe

Die Mitglieder haben die Homepage gut angenommen. Sie verzeichnet rund 17.000 Zugriffe auf den internen Bereich pro Monat. Das Online-Portal ist also wieder gewachsen. Die Kern-

punkte sind neben der Eigendarstellung des Berufsverbandes und seiner Strukturen die verschiedenen Projekte des BDN. Zum Beispiel finden die Mitglieder unter der Rubrik GOÄ die

neuen ausführlichen Ausarbeitungen und Empfehlungen von Prof. Dr. Rolf Hagenah zur Privatabrechnung. Im Bereich „Integrierte Versorgung“ stehen die Konzepte der Berufsverbände zur Verfügung. Außerdem informiert neuroscout.de über laufende Projekte wie etwa das erfolgreiche IV-Projekt Depression mit der Techniker Krankenkasse. Zudem werden Fortbildungen, Symposien und politische Veranstaltungen des Verbandes publiziert, nach Möglichkeit mit den Vorträgen der Referenten.

Seitenzugriffe auf den internen Bereich seit August 2007



NEUROTRANSMITTER online

Wer seine Praxis nicht mit Bergen von Papier belasten möchte, der kann im Mitgliederbereich der Homepage auch den NEUROTRANSMITTER lesen. Die aktuelle Version wird zeitnah eingestellt und bleibt im Archiv verfügbar, Mitglieder können jederzeit auch auf vergangene Ausgaben zugreifen. Ein weiterer Service für Mitglieder ist der Newsletter des BDN. Er erscheint drei- bis viermal im Jahr und informiert die Mitglieder über aktuelle Projekte des Berufsverbandes, Neuerungen und Termine.

Die Finanzierung der neuen Verbands-Homepage erfolgt über Sponsorengelder. Die Sponsoren üben dabei keinen Einfluss auf redaktionelle 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 ein Logo, blinkende oder 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 dargestellt. □

AUTOR

Dr. med. Arne Hillienhof, Köln

BDN-Forum 2008

Wir möchten Sie an dieser Stelle auf unser diesjähriges BDN-Forum hinweisen. Wie in jedem Jahr, bieten wir auf der DGN-Tagung Vorträge zu aktuellen versorgungs- und gesundheitspolitisch relevanten Themen und diskutieren Sie mit Ihnen. Das Forum ist in zwei Teile gegliedert. Im ersten Teil stehen Themen zu neuen Versorgungsmodellen und Verträgen sowie zu ökonomischen Rahmenbedingungen im Mittelpunkt. Dabei werden wir auch über die Tätigkeiten der Berufsverbände zu dieser Thematik vorstellen. Der zweite Teil beschäftigt sich mit der Patientenperspektive. Gute Informationen für Patienten gewinnen im Gesundheitssystem immer mehr an Bedeutung. Warum dies so ist, welche Herausforderungen hier auf uns warten und was wir an Aktivitäten hierzu bereits entwickelt haben, ist Gegenstand der Vorträge. Über ein zahlreiches Kommen würden wir uns sehr freuen. Anschließend findet die BDN-Mitgliederversammlung statt.

BDN-Forum: Das Gesundheitssystem im Wandel – Perspektiven der neurologischen Versorgung

Freitag, 12. September 2009, 14:30–17:00 Uhr

Teil I: Versorgungsmodelle, Versorgungsverträge und ökonomische Rahmenbedingungen

Vorsitz: Uwe Meier, Grevenbroich; Peter Berlit, Essen

14:30–14:45 Uhr

Uwe Meier: Versorgungsbedarf in der Neurologie, neue Vertragsmöglichkeiten und Kooperationsformen – welche Bedeutung haben künftig Selektivverträge?

14:45–15:00 Uhr

Volker Limmroth, Köln: Integrierte Versorgungsverträge in der Neurologie – Evaluationsdaten und Erfahrungsberichte

15:00–15:15 Uhr

Peter Kolominsky-Rabas (IQWiG, Köln): Kosten-Nutzen-Bewertungen aus Sicht des IQWiG

15:15–15:30 Uhr

Frank Bergmann, Aachen: Das Versorgungsebenenmodell der KBV: Wer darf und wer kann künftig noch welche Patienten behandeln?

Diskussion

Teil II: Patientenperspektive

Vorsitz: Rolf Hagenah, Rothenburg; Uwe Meier, Grevenbroich

16:00–16:15 Uhr

Gerd Nagel, Männedorf/Schweiz: Patientenkompetenz in der modernen Medizin

16:15–16:30 Uhr

Hans Georg Faust MdB, Berlin: Chancen eines informierten Patienten im Gesundheitswesen

16:30–16:45 Uhr

Edda Jaleel, Basel/Schweiz: ZNS TV – Information und Kompetenzstärkung von Patienten und Angehörigen in der Neurologie und Psychiatrie

16:45–17:00 Uhr

Arne Hillienhof, Köln: Patientenleitlinien in der Neurologie

17:00–18:00 BDN-Mitgliederversammlung

INFORMATIONSMEDIUM ZNS TV**Fernsehen für neuropsychiatrische Patienten**

ZNS TV soll Patienten und deren Angehörige über Krankheiten informieren und gleichzeitig ihre Motivation und Kompetenz steigern. Nicht zuletzt können sich über das Medium auch Organisationen wie Selbsthilfegruppen präsentieren.

Die Rolle des Patienten im Gesundheitswesen ändert sich zusehends. Dominierte in der Vergangenheit ein Bild, das den Patienten primär als passiven Empfänger von Gesundheitsleistungen sah, so propagiert heute nicht zuletzt die Politik einen Patienten, der gezielt mehr Verantwortung für seine Gesundheit übernimmt. Patienten sollen zu Partnern auf unterschiedlichen Ebenen des Gesundheitssystems werden. Die damit verbundenen neuen Anforderungen implizieren einen erhöhten Informations- und Bildungsbedarf auf der Seite der Patienten und ihrer Angehörigen.

Patientenkompetenz

Durch eine aktivere Rolle soll der Patient einerseits lernen, mit präventionsmedizinischen Maßnahmen seine Gesundheit zu erhalten, andererseits aber auch erfolgreicher im Umgang und in der Bewältigung seiner Krankheiten agieren. Patienten werden diese ihnen zugedachte Rolle nur dann einnehmen können, wenn sie die Möglichkeit haben, sich über Krankheiten und Therapien zu informieren, diese zu vergleichen und deren Nutzen und Risiken abzuwägen.

Der Begriff der Patientenkompetenz umfasst die Fähigkeiten der Patienten, sich den Herausforderungen ihrer Erkrankungen zu stellen, eigene und fremde Ressourcen zur Krankheitsbewältigung zu nutzen sowie eigene Zielvorstellungen zu formulieren und zu verfolgen. Auch hier kommt der unabhängigen Information und Bildung der Betroffenen eine essenzielle Rolle zu. Darüber hinaus kann es hilfreich sein, vom Umgang anderer Patienten und ihrer Familien mit der Erkrankung zu erfahren und diese Erfahrung in den eigenen Entscheidungsfindungsprozess einzubeziehen.

Arzt-Patienten-Beziehung

Umfragen unter Patienten zeigen, dass sich die Mehrheit bei schwerwiegenden und chronischen Erkrankungen zusätzlich zur Beratung durch den Arzt eigenständig informieren möchte. Der informierte Patient kann die richtigen Fragen stellen und die Behandlungsmöglichkeiten gemeinsam mit seinem Arzt besprechen. Die Einbeziehung und stärkere Berücksichtigung der Patienten in medizinische Entscheidungsprozesse (shared decision making) kann die Therapietreue des Patienten fördern, zu besseren Behandlungsergebnissen und damit zu einer höheren Zufriedenheit von Patienten und Ärzten führen. Ärzte profitieren durch eine verbesserte Arzt-Patienten-Beziehung und werden durch die gemeinsame Verantwortungsübernahme bei medizinischen Entscheidungen entlastet.

Grundlegende Voraussetzungen der stärkeren Berücksichtigung des Patienten

und seiner Bedürfnisse innerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung sind Kommunikation und Empathie. Patienten erwarten ein angemessenes Mitgefühl sowie Raum und Zeit, sich mitteilen zu können. Im Rahmen von Studien konnte eine gute Evidenz für die Effektivität des ärztlich-therapeutischen Gespräches (oder wesentlichen Elementen davon) für das Patienten-Selbstmanagement, die Patientenzufriedenheit und den geringeren zusätzlichen Behandlungsaufwand bei verschiedenen Erkrankungen nachgewiesen werden.

Diskrepanz zwischen Angebot und Nachfrage

Dem beschriebenen erhöhten Informations- und Bildungsbedarf von Patienten und Angehörigen steht eine wachsende Informationsflut über Gesundheitsdienstleistungen und -produkte gegenüber, aber auch ein Mangel an validen, aussagekräftigen und verständlichen Daten. Zwischen den realen Informationsbedürfnissen der Patienten und den verfügbaren Informationen klafft häufig eine eklatante Lücke. Nur einzelne Leistungsanbieter beziehen Patienten in die Gewinnung und Aufbereitung von Informationen ein.

Neuropsychiatrische Erkrankungen immer häufiger

Nach aktuellen Schätzungen der WHO leiden weltweit mehr als eine Milliarde Menschen an Erkrankungen des zentralen Nervensystems – Tendenz zunehmend. Hierzu gehören alle psychiatrischen Erkrankungen, Schädel-, Hirn- und Rückenmarksverletzungen, Bewegungsstörungen, Demenzen, Schlaganfall und Epilepsie. Somit zählen neuropsychiatrische Krankheiten weltweit zu den häufigsten Erkrankungen mit entsprechender Bedeutung für die Gesellschaft und Volkswirtschaft.

Aktuelle Daten der Krankenkassen in Deutschland zeigen, dass die Anzahl der durch neuropsychiatrische Erkrankungen verursachten Arbeitsunfähigkeitstage in den letzten Jahren stark gestiegen ist. Gleiches gilt für die Zahl der vorzeitigen Berentungen, hier sind die neuropsychiatrischen Erkrankungen zum führenden Berentungsgrund geworden.

Neuropsychiatrische Krankheiten stellen also eine Herausforderung an das Gesundheitswesen dar, ihre wachsende Belastung ist ein internationales Problem. Vor diesem Hintergrund macht es sehr viel Sinn, sowohl das Bewusstsein über die Bedeutung neuropsychischer Gesundheit in der Bevölkerung zu fördern als auch das Wissen über umfassende, integrierte und effiziente Versorgungssysteme auf der Patientenseite zu erhöhen und zu deren Nutzung anzuregen.

Informationsmedium ZNS TV

ZNS TV im Auftrag des BDN, BVDP und BVDN ist ein unabhängiges Laien-Informationsmedium über neuropsychiatrische Erkrankungen; das Medium verfolgt unter intensiver Einbeziehung der Interessen von Patienten und ihrer Angehörigen die folgenden Ziele:

- Awareness für ZNS-Erkrankungen steigern,
- Entstigmatisierung von Patienten und deren Angehörige fördern,
- valide Informationen über Erkrankungen und Möglichkeiten ihrer Therapie und Bewältigung bieten,
- die Zusammenarbeit von Patienten und ihrer Ärzte im Gesundheitssystem beobachten und ihre Erfahrungen in Modellen der modernen Patientenversorgung dokumentieren,
- Patienten motivieren, Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen und sich im Arzt-Patienten-Team stärker zu engagieren,
- Kommunikation zwischen Arzt und Patient anregen und Patienten sowie Angehörige in der Formulierung

ihrer Probleme und Nöte unterstützen.

Wartezimmer und Wartezeit nutzen

Viele Ärzte sind der Meinung, dass das Wartezimmer – durchschnittlich mindestens 15 Minuten pro Patient genutzt – mehr Attraktivität verdient. Nach einer Befragung des Instituts für angewandte betriebswirtschaftliche Standards (IFABS) sind mehr als 30% der Ärzte mit ihrem Wartezimmerbereich unzufrieden und möchten ihren Patienten an dieser Stelle mehr Komfort und Service anbieten. Was liegt also näher, als den Wartebereich von Praxen und Kliniken durch ein interessantes und informatives, gezielt auf den Patienten abgestimmtes TV-Programm aufzuwerten und bloße Wartezeit zur Bildung und Kompetenzstärkung zu nutzen?

Die Berufsverbände bieten seit Dezember 2007 ZNS TV als Informationsforum für Patienten und Angehörige an. ZNS TV stellt für Patienten und Angehörige eine sinnvolle Ergänzung des be-

reits bestehenden Internet-Portals „Neurologen und Psychiater im Netz.de“ dar. Die Berufsverbände haben so die Möglichkeit, über Aktuelles aus der nationalen und internationalen Medizin-Szene sowohl im Internet zu berichten als auch filmisch attraktiv aufbereitet direkt in die Praxen zu senden und damit auch einem Personenkreis ohne Internetanschluss zugänglich zu machen. Darüber hinaus wird für Patienten, die ZNS TV außerhalb der Praxen beziehungsweise Kliniken sehen möchten, die Möglichkeit angeboten, dieses Magazin auf DVD einmal monatlich gegen eine Schutzgebühr zu beziehen.

ZNSTV erscheint als unmoderiertes Magazin von rund 30 Minuten Länge ein Mal im Monat. Gemäß den Vorstellungen von BDN und BVDN wird von einer sechs-monatigen Pilotphase einschließlich einer Evaluation ausgegangen. Nach dieser Pilotphase ist es möglich, auf der Basis des Feedbacks der am Programm teilnehmenden Praxen eine Bewertung des Projektes abzugeben. Das Magazin enthält durchschnittlich fünf Beiträge, wobei folgende Themenkreise beziehungsweise Rubriken bearbeitet werden:

- präventionsmedizinische Aspekte bei ZNS-Erkrankungen,
- Plattform für die Selbsthilfeorganisationen,
- Beratung „von Patient zu Patient“,
- Patientenbeispiele/Kasuistiken,
- Modelle der modernen Patientenversorgung (z. B. integrierte Versorgung),
- Neues aus Forschung und Entwicklung – News zu ZNS-Krankheiten und Behandlungsmöglichkeiten,
- „Wir stellen uns vor!“ Informationsplattform für Arzneimittelunternehmen, Kliniken, Praxisverbände, Krankenkassen etc.

Wenn Sie an ZNS TV interessiert sind, senden Sie den links abgedruckten Coupon an die gemeinsame Geschäftsstelle der Berufsverbände. Sie erhalten dann Informationen über die Technik, ZNS TV (PraxisMedia) im gewünschten Format und weitere Unterlagen.

AUTOREN

Dr. Edda Jaleel, Basel
Klaus Rustmeier, Hannover

**Coupon „PraxisMedia“**

Interessenten senden bitte diesen Coupon an die gemeinsame Geschäftsstelle der Berufsverbände, Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld. Sie bekommen dann Informationen über die Technik, PraxisMedia im gewünschten Format und unsere Feedback-Unterlagen der Pilotphase.

**Ja, ich möchte für meinen Wartezimmerbereich PraxisMedia-Fernsehen erhalten.**

- als Video DVD für den DVD Player bzw. PC mit TV-Karte
- als Daten DVD für den PC

Praxis Anschrift:

Name _____

Straße _____

PLZ Ort _____

NEUROTRANSMITTER IM ÜBERBLICK

Berufspolitik und Fortbildung stets auf aktuellem Stand

Für die meisten Kollegen ist der NEUROTRANSMITTER längst eine feste Institution. Wir möchten die Gelegenheit dennoch nutzen, Ihnen diese Fachzeitschrift – die Standardlektüre der Zielgruppe – noch einmal vorzustellen.

Der NEUROTRANSMITTER richtet sich an Neurologen, Nervenärzte und Psychiater; zur Zielgruppe gehören weiterhin Kinder- und Jugendpsychiater, Neurochirurgen und im neuropsychiatrischen Bereich tätige Kollegen anderer Fachgruppen. Die Fachzeitschrift hat eine Druckauflage von derzeit 9.700 Exemplaren pro Ausgabe und erscheint elfmal pro Jahr. Zusätzlich gibt es Sonderausgaben anlässlich der Kongresse der DGN und der DGPPN.

Berufspolitisches Diskussionsforum

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 finden sich als Ihre Ansprechpartner 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 lehrreiche Kasuistiken und Referate von Publikationen aus der internationalen Fachliteratur Bestandteil des Fortbildungsprogramms. Buchrezensionen, Presseberichte über pharmakologische Entwicklungen und ein Journal-Teil mit Kunst- und Literaturbeiträgen runden das inhaltliche Spektrum ab.

Gelesen und geschätzt

In regelmäßigen Abständen werden in der unabhängigen Leseranalyse für medizinische Fachzeitschriften (LA-MED) die Reichweiten der Zeitschriften ermittelt. Bereits bei der ersten Teilnahme an dieser Erhebung im Jahr 1998 erzielte der NEUROTRANSMITTER Spitzenwerte. Mittlerweile konnte er seine Bedeutung und Beliebtheit in der Fachgruppe bei vielen weiteren Leseranalysen bestätigen.

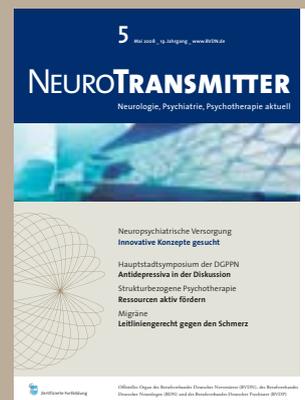
Auch im Internet ist die Zeitschrift auf den Homepages der drei Berufsverbände präsent. Für wichtige tagespolitische Meldungen werden ferner die Neurotransmitter-Telegramme versendet.

Seit 1990 etabliert

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



NEUROLOGEN UND PSYCHIATER IM NETZ Präsenz über Patientenportal

Im Internet suchen immer mehr Patienten nach geeigneten Spezialisten für ihre Erkrankung. Die Patientenplattform „Neurologen und Psychiater im Netz“, NPIN, bietet Fachärzten die Möglichkeit, ihre Praxis und Behandlungsschwerpunkte einer Vielzahl von Patienten umfassend vorzustellen.

Über 60% aller Patienten mit neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen nutzen das Internet um einen Neurologen, Nervenarzt oder Psychiater zu suchen. Über 65% holen bereits im Vorfeld des Arztbesuchs Informationen über die Praxis ein. Rund 85% der Patienten finden ein bundesweites Verzeichnis von Fachärzten für Neurologie, Nervenheilkunde und Psychiatrie sehr hilfreich. Diese Ergebnisse zeigte eine Umfrage, die das Patientenportal des

BVDN, BVDP und BDN www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de (NPIN) durchgeführt hat. Die Internet-Plattform NPIN bietet die Möglichkeit, sich auf einer eigenen Praxishomepage zu präsentieren, die mit einem bundesweiten Ärzteverzeichnis verbunden ist. Auf diese Weise finden Patienten ihre Praxis sowohl bei einer wohnortnahen Suche im Ärzteverzeichnis als auch bei einer Recherche mit Suchmaschinen wie Google.

Einfache Bedienung

Um eine Praxishomepage bei NPIN einzurichten, sind keinerlei spezielle Computerkenntnisse erforderlich. Eine komfortable Benutzeroberfläche erlaubt es, Informationen über Leistungsspektrum, Behandlungsschwerpunkte und Praxiszeiten sowie Bilder des Praxisteam und der Behandlungsräume einzustellen. Das NPIN-Serviceteam steht Ihnen dabei hilfreich zur Seite.

Auch für Neurologen und Psychiater, die bereits über eine bestehende Homepage verfügen, ist eine Praxishomepage bei NPIN unverzichtbar. Die Verankerung der Praxisdaten in das Patientenportal und die Verlinkung der bereits vorhandenen Homepage mit der bundesweiten Ärzteliste verbessert die Auffindbarkeit Ihrer Praxis erheblich.



Anmeldecoupon für Ihre Praxis-Homepage bei www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de

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

Titel, Vorname, Name	
Straße, Hausnr.	
PLZ, Ort	
Telefon, Fax	
E-Mail, Internetadresse	
(Landes)-Ärztelkammer, Kassenärztliche Vereinigung	
Sprechzeiten	

JA, ich melde eine Praxis-Homepage an für:

- Einzelpraxis ohne bestehende Homepage**
7,50 € / Monat zzgl. MwSt.
- Einzelpraxis mit bestehender Homepage**
3,75 € / Monat zzgl. MwSt.
- Gemeinschaftspraxis / andere Organisationsformen ohne bestehende Homepage**
10,- € / Monat zzgl. MwSt.
- Gemeinschaftspraxis / andere Organisationsformen mit bestehender Homepage**
5,- € / Monat zzgl. MwSt.

Ich/Wir bestätige/n Mitglied in einer der oben genannten Fachorganisationen zu sein.

Ich zahle per Bankeinzug von meinem Konto

Bei Nichtteilnahme am Bankeinzugsverfahren werden Bearbeitungsgebühren von 10,- Euro berechnet.

Geldinstitut	
Bankleitzahl	Kontonummer
Datum, Unterschrift	

Schicken Sie Ihre Anmeldung an: Fax 089 / 64 20 95 29

Monks - Ärzte im Netz GmbH
"Neurologen und Psychiater im Netz"
Tegernseer Landstraße 138 • 81539 München
Tel. 089 / 64 24 82 12 • E-Mail: st.monks@monks.de

Weitere Informationen und Online-Anmeldung unter
www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de/aerzte

Mit dem auf der Vorderseite abgedruckten Formular können Sie sich für eine Praxishomepage bei NPIN anmelden. Daneben besteht natürlich auch die Möglichkeit zur Online-Anmeldung auf www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de/aerzte. □

AUTOR

Jochen Lamp, Frankfurt

NPIN: Besucherzahlen und Pressearbeit

In den letzten zwölf Monaten

- 960.000 Besucher
- 114 Meldungen über Nachrichtenagenturen veröffentlicht
- 386 Artikel in Zeitungen und Zeitschriften mit einer Gesamtreichweite von 89 Millionen Lesern

Im Mai 2008 erstmals über 100.000 Besucher (120.000 Zugriffe)

NEUE GESCHÄFTSSTELLEN

Präsenz in der Hauptstadt

Der BDN und die DGN haben – neben drei weiteren neurologischen Gesellschaften – neue Geschäftsstellen im gleichen Gebäude in Berlin eingerichtet. Dieses administrative „Neuro-Zentrum“ in der Hauptstadt ist auch Ausdruck der engen Zusammenarbeit in unserem Fachgebiet.

Der BDN hat seit diesem Jahr mit einer neuen Geschäftsstelle ein weiteres Standbein im Zentrum von Berlin. Wir zeigen damit in unserer Hauptstadt

Präsenz und sind nun auch dort mit eigenen Räumlichkeiten vertreten, wo Gesundheitspolitik gestaltet wird. Das Bundesministerium für Gesundheit, die



Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesärztekammer sind damit zum Greifen nah.

Ein anderer Grund für die Gründung einer Zweigstelle in Berlin ist noch konkreter: Nachdem bereits die DGPPN Vorreiter war, hat sich auch die DGN entschlossen, eine Geschäftsstelle in Berlin zu eröffnen und zwar im selben Gebäude wie die DGPPN – unter derselben Adresse wie noch vor wenigen Jahren die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Hinzu gekommen sind noch die Deutsche Gesellschaft für Schlaganfall, die Deutsche Parkinson Gesellschaft und die Deutsche Gesellschaft für Epileptologie.

Zusammenarbeit in der Reinhardtstraße

Es hat sich damit ein Zentrum der Neurofächer gebildet, in dem wir nicht fehlen sollten. Somit hat sich neben der engen Zusammenarbeit von Fachgesellschaften und Berufsverbänden auch eine räumliche Zusammenkunft ergeben. Berufsverbände und wissenschaftliche Fachgesellschaften haben zwar unterschiedliche Aufträge und erfüllen komplementäre Aufgaben, dennoch ergeben sich immer wieder Überschneidungen, der Absprachebedarf dabei ist immens. Die Entscheidung, auch mit dem BDN in diesem Geschäftszentrum präsent zu sein, war demnach folgerichtig und konsequent. Die Lage der Geschäftsstelle ist ideal: Sie liegt in der Reinhardtstraße, die unmittelbar von der Friedrichstraße abzweigt, ganz in der Nähe vom gleichnamigen bekannten S-Bahnhof und damit unweit vom Brandenburger Tor und vom Hauptbahnhof.

Mitgliederbelange weiter in Krefeld geregelt

Keine Sorge! Weder ändert sich etwas an der Organisation der bisherigen Geschäftsstelle in Krefeld (ehemals Neuss), noch ist im BDN der Wohlstand ausgebrochen. Ein vollständiger Umzug der Geschäftsstelle mit allen Funktionen stand allein aus Kostengründen nie zur Diskussion, da der Aufwand der Verlegung einer funktionierenden Geschäftsstelle viel zu groß gewesen wäre. Wir haben daher eine Zweiteilung der Ge-

Gemeinsame Geschäftsstelle der Berufsverbände in Krefeld

Seit dem 1. März 2008 befinden sich die Geschäftsräume des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte e.V. (BVDN), des Berufsverbandes Deutscher Neurologen (BDN) und des Berufsverbandes Deutscher Psychiater (BVDP) in Krefeld.

Die wichtigsten Gründe für den Umzug: Die alten Räume in Neuss waren zu eng und zu teuer. Die neuen Räumlichkeiten in Krefeld liegen jetzt in einer restaurierten, denkmalgeschützten Hofanlage aus dem 18. Jahrhundert in unmittelbarer Nähe des Rheins. Die Geschäftsstelle liegt nun noch zentraler an der Autobahn (A 57) und in der Nähe des Düsseldorfer Flughafens.

Die Räume sind wesentlich repräsentativer und funktioneller in ihrer Aufteilung als in Neuss. Die Gesamtkosten konnten trotzdem reduziert werden. Der Konferenzraum ist für rund 20 Personen nutzbar. In der neuen Geschäftsstelle stehen wir Ihnen gerne zu Fragen und Anregungen täglich in der Zeit von 9:00 bis 17:00 Uhr zur Verfügung. Bitte beachten Sie, dass sich Adresse und Telefonnummer geändert haben.

Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld

Tel.: 02151 4546-920/921

Fax: 02151 4546-925

E-Mail bvdn.bund@t-online.de, bdn-neurologen@t-online.de

Dagmar Differt-Fritz, Krefeld

Thorsten Seehagen, Krefeld

Mitarbeiter der Geschäftsstelle (von links nach rechts). Oben: Phillip van Eck, Thorsten Seehagen. Davor: Dagmar Differt-Fritz, Petra Varo



© Archiv

schäftsstellenfunktionen vorgenommen: In Krefeld werden alle administrativen Aufgaben und damit auch alle Mitgliederbelange übernommen. Mitglieder wenden sich daher bei allen Anfragen bitte zunächst grundsätzlich an Frau Differt-Fritz oder Herrn Seehagen (siehe unten). Die Funktion der Berliner Geschäftsstelle bezieht sich mehr auf gemeinsame medizinische Projekte und auf die Repräsentation unseres Verbands. Wir beziehen daher auch nicht eigene Räume, sondern nutzen die Räume der

DGN-Geschäftsstelle mit. Die Kosten der Geschäftsstelle sind aus diesem Grund sehr überschaubar. □

AUTOR

Dr. Uwe Meier, Grevenbroich

Neue Patientenbroschüre zum Thema Spastik

__ Patienten, die an einer Spastik leiden, sind neben körperlichen Beschwerden auch in ihrer Mobilität und Lebensqualität massiv eingeschränkt. Das Unternehmen Orion Pharma bietet für betroffene Patienten und Angehörige eine neue Broschüre an, die über das Krankheitsbild sowie medikamentöse und krankengymnastische Therapiekonzepte ausführlich informiert.

Die 36-seitige Broschüre umfasst auch eine Anleitung zu physiotherapeutischen Übungen (zusätzlich in Form eines Posters). Ebenfalls enthalten sind Hinweise auf mögliche finanzielle Unterstützung und weitere sozialrechtliche Ansprüche. Interessierte Ärzte können die Broschüre zur Abgabe an ihre Patienten kostenlos über den Außendienst des Unternehmens oder telefonisch über (040) 8 99 68 91 61 anfordern.

Nach Informationen von Orion Pharma, Hamburg

Phase-II-Studie mit neuem MS-Medikament angelaufen

__ Bei Patienten mit schubförmig verlaufender Multipler Sklerose hat im April eine klinische Studie der Phase II begonnen. Dabei wird die Wirksamkeit und Sicherheit von Atacept über einen Behandlungszeitraum von 36 Wochen untersucht. Rund 300 Patienten erhalten per Randomisierung eine von drei Dosierungen der Substanz oder Plazebo.

Atacept enthält den löslichen TACI-Rezeptor; dieser bindet an spezielle Zytokine aus der Familie der Tumornekrosefaktoren, die das Überleben von B-Zellen fördern und die Produktion von Autoantikörpern anregen. Die Zytokine (BlyS und APRIL) sind bei einigen Erkrankungen wie Multipler Sklerose, rheumatoider Arthritis oder Lupus erythematodes erhöht. Atacept kann möglicherweise damit die Bildung von Autoantikörpern unterbinden.

Nach Informationen von Merck Serono, Darmstadt

Frühzeitige und konsequente Therapie bei ZNS-Erkrankungen

↳ Setzt die Therapie einer Schizophrenie früh ein und wird sie langfristig fortgesetzt, ist die Chance auf Remission und Recovery am größten. Häufig scheidet die Rezidivprophylaxe jedoch an mangelnder Compliance der Patienten, erklärte PD Dr. Martin Lambert aus Hamburg: „Etwa jeder Zweite nimmt seine Medikamente unregelmäßig oder setzt sie unabgesprochen ganz ab. Damit vervierfacht sich die Rückfallwahrscheinlichkeit jeden Monat.“ Vorteilhaft für die Compliance sind Depot-Antipsychotika. Die CONSTATRE-Studie zeigte, dass das langwirksame Atypikum Risperidon (Risperdal® Consta®) Rezidiven signifikant besser vorbeugt als das orale Atypikum Quetiapin. Eingeschlossen in die internationale, offene, multizentrische Parallelgruppenstudie waren 710 klinisch stabile Patienten mit Schizophrenie oder schizoaffektiver Störung, die unzureichend wirksam oder verträglich vorbehandelt waren. Sie erhielten über 24 Monate Risperidon als Depot (mittlere Dosis 32,75 mg alle 14 Tage) oder orales Quetiapin (mittlere Dosis 397 mg/d). Unter Risperidon blieben die Patienten im Median 75 Tage länger rezidivfrei; Rezidivrate (16,5% versus 31,1%) und Rezidivwahrscheinlichkeit (HR: 0,46) waren nur halb so hoch. Die Verträglichkeit der Behandlung war in beiden Studienarmen vergleichbar.

Auch in der Demenztherapie gilt es, nicht erst bei fortgeschrittener Erkrankung mit einer Therapie zu beginnen. Häufig erfolgt die Diagnose und damit die Therapie jedoch erst spät, hieß es in einer Expertenrunde. Noch dazu erhalten nur 15% der Demenzkranken in Privathaushalten überhaupt Antidementiva. Für Acetylcholinesterase-Inhibitoren, von den Fachgesellschaften als Mittel der ersten Wahl empfohlen, ist der Effekt bei leichter bis mittelschwerer Alzheimer-Demenz belegt. Der Substanz Galantamin (Reminyl®) attestierte das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), dass sie nicht nur die kognitive Leistungsfähigkeit steigert und die Alltagskompetenz sowie die psychopathologischen Symptome verbessert. Sondern sie erhöht auch – durch einen um bis zu zwei Stunden reduzierten Betreuungsaufwand – die Lebens-

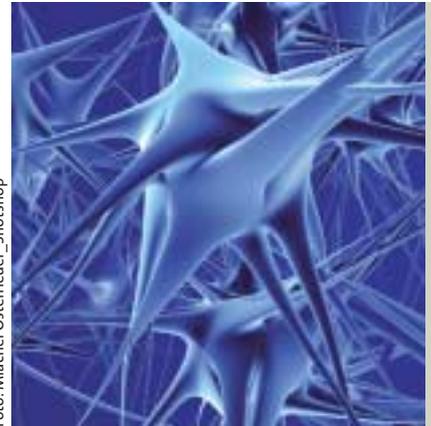


Foto: Michael Osterrieder, Shotshop

qualität der Angehörigen. In der Folge verzögert sich die Zeit bis zur Heimeinweisung der Patienten.

Das Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom, ADHS, erfordert eine sorgfältige, multiaxiale Diagnose, betonte Prof. Dr. Andreas Warnke aus Würzburg. Sie gehört daher in die Hände des ADHS-erfahrenen Pädiaters oder Kinderpsychiaters, der damit die Voraussetzung für eine adäquate Behandlung schafft. „Mit Methylphenidat steht hier seit 50 Jahren ein Wirkstoff zur Verfügung, der so gut und so vorbildlich untersucht ist, wie kein anderer für das Kindesalter.“ Den größten Fortschritt stellen Retardpräparate wie Concerta® dar, die bei Einmalgabe über den größten Teil des Tages wirken und über die Verbesserung der Kernsymptomatik hinaus die Lebensqualität der betroffenen Kinder erheblich verbessern.

koc

CNS Presse Event 2008:

„ZNS-Erkrankungen im Fokus“

Hamburg, 26.–27. Mai 2008

Veranstalter: Janssen-Cilag, Neuss

Schlaganfall: Die ersten 90 Minuten entscheiden

↳ Dank eines dichten Netzes spezialisierter Stroke Units hat sich die Prognose des Schlaganfalls in den letzten Jahren deutlich verbessert. Zurzeit werden in Deutschland 185 zertifizierte Stroke Units betrieben, informiert Prof. Dr. Werner Hacke, Heidelberg. Etwa 50% der Schlaganfallpatienten profitieren bereits davon. „Eine sehr positive Entwicklung, obwohl die Anzahl der Stroke Units noch nicht den Bedarf deckt“, so Hacke.

Eines der wichtigsten Elemente in der Akutversorgung bei ischämischem Apoplex (80% aller Schlaganfälle) ist die Rekanalisierung des verschlossenen Gefäßes. Hier gilt: „Zeit ist Hirn“. Die Thrombolyse sollte nach Möglichkeit innerhalb von 90 Minuten erfolgen. Ein gewisser Behandlungserfolg ist auch noch innerhalb von drei Stunden möglich, dann schließt sich das Zeitfenster. Goldstandard und nach wie vor einziges Thrombolytikum für die Indikation Schlaganfall ist die 2002 hierfür zugelassene Alteplase (Actilyse®). Der vor 20 Jahren zunächst für die Behandlung des akuten Myokardinfarkts entwickelte gentechnisch

hergestellte humane Gewebe-Plasminogen-Aktivator (t-PA) ist dank kurzer Halbwertszeit von drei Minuten nur mit einem geringen Blutungsrisiko belastet.

Neben der Behandlung auf einer Stroke Unit und der frühzeitigen Gefäßrekanalisation gehört laut Hacke die Gabe von Acetylsalicylsäure (ASS) innerhalb von 48 Stunden (nach der Computertomografie) sowie die frühe dekompressive Kraniotomie bei besonders schweren Schlaganfällen (maligner Mediainfarkt) zu den Sofortmaßnahmen. Hinzu kommen frühe rehabilitative Therapie und eine wirksame Sekundärprävention.

„Im Moment ist der Schlaganfall noch die teuerste Krankheit, die wir haben“, betonte Hacke. In der Therapie gibt es aber noch erhebliches Verbesserungspotenzial. Sehr viel wäre für die Patienten jedoch schon gewonnen, „wenn wir das, was wir haben, mehr Menschen zugänglich machen könnten“, so Hacke. Dazu ist neben einer optimalen Vernetzung zwischen Wissenschaftlern, Ärzten, Pflege- und Therapeutenteams vor allem eine noch bessere

Information und Aufklärung von Laien über die Symptome sowie über die richtigen Maßnahmen notwendig.

„An erster Stelle in der Rettungskette steht die Bevölkerung“, betonte Prof. Dr. Christian Gerloff aus Hamburg. Allein der schnelle Transport reicht noch nicht aus. Die meiste Zeit geht in der Prähospitalphase verloren. Kampagnen wie „Hamburg gegen den Schlaganfall“ (unterstützt von Boehringer Ingelheim) haben bewiesen, dass Aufklärung die Akutversorgung verbessern kann. Zuweisungen innerhalb von drei Stunden stiegen von 41% auf 53% an, Zuweisungen innerhalb von zwei Stunden nahmen von 13% auf 19% zu. **ee**

Pressegespräch: „20 Jahre Actilyse® – bis heute Goldstandard“

Biberach, 9. April 2008

Veranstalter: Boehringer Ingelheim, Ingelheim

LGS: Effektivität für neues Antikonvulsivum bestätigt

↳ Das Lennox-Gastaut-Syndrom (LGS) ist eine ausgesprochen schwere Epilepsieform und durch eine Vielzahl verschiedener Anfallstypen charakterisiert. Am häufigsten sind tonische und atonische Anfälle sowie atypische Absenzen, informiert Dr. Jan-Peter Ernst, Kork. Am meisten belastet sind Patienten und Angehörige durch die häufigen Sturzanfälle, die zu schweren Verletzungen führen können. Haupttherapieziel beim LGS ist daher nach den Worten von Prof. Dr. Ulrich Brandl, die Vermeidung gerade dieses Anfallstyps.

Hier hat sich in einer großen Doppelblindstudie an 138 Patienten das vor einem Jahr eingeführte Rufinamid (Inovelon®) bewährt: Die Add-on-Therapie mit dem neuen Antiepileptikum führte zu einer Reduktion aller Anfallstypen um ein Drittel. Speziell die risikoreichen Sturzanfälle konnten sogar um 43% vermindert werden. Mittlerweile haben acht deutsche und österreichische Epilepsiezentren weitere Erfahrungen mit Rufinamid gesammelt. Bei der

Anwendung in der klinischen Praxis konnten sie die Studiendaten zu Rufinamid bestätigen, berichtete Dr. Gerhard Kluger, Vogtareuth. Behandelt wurden insgesamt 60 Patienten. Wie problematisch die Therapie in diesem Kollektiv ist, verdeutlicht die Tatsache, dass zuvor im Schnitt bereits elf Antikonvulsiva eingesetzt worden waren. Acht Patienten hatten einen epilepsiechirurgischen Eingriff hinter sich, 23% eine Vagusnervstimulation erhalten. Zudem waren fast alle Patienten geistig, drei Viertel auch körperlich behindert.

Angesichts dieser Tatsache bezeichnete Kluger die Responderrate von 53% (mindestens 50%-ige Reduktion der Anfallsfrequenz) als erstaunlich und unerwartet hoch. Fünf Patienten wurden völlig anfallsfrei, bei zehn Patienten ließ sich eine mindestens 75%-ige Reduktion der Anfallsrate erzielen. Häufigste Nebenwirkungen waren wie in der kontrollierten Studie Übelkeit und Erbrechen. Diese Begleiterscheinungen lassen sich laut Kluger aber bei vielen Pa-

tienten durch eine langsamere Eindosierung vermeiden. Die mittlere Enddosis von Rufinamid betrug 35,6 mg/kg, vermutlich ist jedoch eine Dosis zwischen 20 und 30 mg/kg bereits ausreichend. **arn**

Pressekonferenz: „1 Jahr Inovelon® bei Lennox-Gastaut-Syndrom – Umgang mit einer katastrophalen Form der Epilepsie“

Frankfurt, 28. Mai 2008

Veranstalter: Eisai, Frankfurt/Main

Neues Einnahmeschema erleichtert die antidementive Therapie

➔ Der NMDA-Antagonist Memantine ist eine wirksame und verträgliche Option zur Behandlung der Alzheimer-Demenz. Die Daten klinischer Studien und eine Metaanalyse bestätigen die signifikante und klinisch relevante Wirksamkeit der Substanz im Hinblick auf Kognition, Alltagskompetenz und Verhalten. Bei neun von zehn Patienten kann laut Dr. Stefan Ries, Erbach, eine rasche Verschlechterung der Demenz verhindert und der Zustand der Patienten stabilisiert werden. Nach den Erfahrungen des niedergelassenen Neurologen sind die Nebenwirkungen von Memantine in der täglichen Praxis vernachlässigbar. Für Ärzte, Angehörige und Pflegekräfte ist aber neben der Wirksamkeit und Verträglichkeit einer

antidementiven Medikation auch die Einfachheit der Handhabung von großer Bedeutung.

In einer klinischen Studie wurde die tägliche Einmalgabe von 20 mg Memantine (Ebixa®) mit der bislang üblichen Verabreichung von zweimal 10 mg pro Tag verglichen. An der zwölfwöchigen Studie nahmen 78 Patienten mit moderater bis schwerer Alzheimer-Krankheit teil. Sie wurden randomisiert auf 10 mg Memantine zweimal täglich (Aufdosierung in drei Schritten) oder 20 mg einmal täglich (Aufdosierung entweder in einem oder in drei Schritten). In der Wirksamkeit ergab sich dabei kein Unterschied. Unerwünschte Ereignisse waren selten und ohne erkennbare

Unterschiede zwischen den Gruppen. Die dreistufige Aufdosierung wurde von den Patienten besser vertragen.

Bisher liegen keine wissenschaftlichen Evidenzen vor, die eine Beendigung der antidementiven Therapie (außer bei Unverträglichkeit) rechtfertigen könnten, so Ries. Eine neue Studie hat jedoch ergeben, dass ein Absetzen von Memantine im Vergleich zu einer kontinuierlichen Therapie einen verstärkten Einsatz von Psychopharmaka zur Folge hat.

aam

Pressekonferenz „Nur einmal täglich – Ebixa® 20 mg“ Bonn, 19. Juni 2008
Veranstalter: Lundbeck, Hamburg

Neues Antiepileptikum zur Zulassung empfohlen

➔ Das Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP) der europäischen Zulassungsbehörde EMA hat eine positive Stellungnahme für einen Zulassungsantrag des Pharmaherstellers UCB abgegeben. Es empfiehlt, das Antikonvulsivum Lacosamid zur Add-on-Therapie bei Patienten mit fokalen Anfällen (mit oder ohne sekundäre Generalisierung) ab 16 Jahren zuzulassen. Dies gilt für Tabletten und Sirup als orale Medikation wie auch für die intravenöse Form.

Die Empfehlung basiert unter anderem auf drei randomisierten klinischen Studien, an denen insgesamt über 1.300 Patienten teilgenommen haben. Die Studienteilnehmer litten an unkontrollierten fokalen Anfällen – trotz Behandlung mit einem bis drei Antikonvulsiva. Bei vielen Patienten waren im Verlauf der Erkrankung Therapieversuche mit sieben unterschiedlichen Antiepileptika unternommen worden. In allen drei Studien konnte im Vergleich zu Placebo

eine signifikante Reduktion der Anfallsfrequenz durch Lacosamid beobachtet werden. In den klinischen Studien weist alles darauf hin, so Prof. Dr. Elinor Ben-Menachem, Göteborg, dass Lacosamid eine effektive medikamentöse Behandlungsmöglichkeit für die Zusatztherapie von Patienten mit fokalen Epilepsien darstellt.

Nach Informationen von UCB, Monheim

Chance der Frühtherapie bei MS nutzen

➔ Die Therapie der Multiplen Sklerose mit immunmodulierenden Medikamenten wie Glatirameracetat (Copaxone®) richtet sich primär gegen die zugrundeliegende Entzündung. Da diese vor allem zu Beginn der Erkrankung eine zentrale Rolle spielt, kann die Therapie umso mehr erreichen, je früher sie beginnt. „Bei Patienten mit einem isolierten klinischen Symptom (CIS, Clinically Isolated Symptom) zögert Glatirameracetat das Auftreten einer manifesten multiplen Sklerose um mehr als ein Jahr hinaus“, betonte Dr. Mar Tintoré, Barcelona, Spanien. Sie untermauerte ihre Aussage mit den aktuellen Ergebnissen der PreCISE-Studie (Early Glatiramer Acetate Treatment in Delaying Conversion to Clinically Definite Multiple Sclerosis [CDMS] in Subjects Presenting with a Clinically Isolated Syndrome). Die randomi-

sierte, placebokontrollierte Studie umfasste 481 Patienten (66,9% Frauen, Durchschnittsalter 31,2 Jahre), bei denen 74 Tage vor Studienbeginn ein CIS aufgetreten war. Bei allen Patienten waren MS-typische Läsionen im Gehirn nachweisbar. 243 Studienteilnehmer erhielten einmal täglich 20 mg Glatirameracetat, 238 wurden mit Placebo behandelt. Primärer Endpunkt der auf drei Jahre angelegten Studie war die Zeitspanne bis zum Auftreten eines erneuten Schubes. Das Ergebnis: Unter Glatirameracetat war die symptomfreie Zeit 386 Tage länger als unter Placebo. Im Beobachtungszeitraum entwickelten 42,9% der Patienten aus der Placebogruppe eine klinisch manifeste MS, in der Glatirameracetatgruppe dagegen lediglich 24,7% ($p < 0,0001$). Damit ergab sich unter einer Frühtherapie mit Glatiramer-

acetat eine relative Risikoreduktion für das Auftreten einer klinisch manifesten MS um 45%.

Die Studie wurde nach einer mittleren Behandlungszeit von 2,4 Jahren vorzeitig beendet, da es nach diesen Ergebnissen ethisch nicht länger vertretbar war, den Patienten aus der Placebogruppe die Chance einer Frühtherapie mit Glatirameracetat weiterhin vorzuenthalten. Der Hersteller plant nun, die Zulassung von Glatirameracetat bereits für die MS-Frühtherapie im CIS-Stadium zu beantragen.

kw

Pressekonferenz „Turning New insights In Multiple Sclerosis Into Patient Benefits“ Wien, 23. Mai 2008
Veranstalter: TEVA Pharma, Mörfelden, und sanofi-aventis, Frankfurt/Main

Breitspektrum-Antiepileptikum wirkt bereits in niedriger Dosierung

➔ Seit mittlerweile zehn Jahren ist das Antikonvulsivum Topiramate fester Bestandteil in der Epilepsie-Behandlung. Die Substanz zeichnet sich durch ein großes Zulassungsspektrum und hohe Wirksamkeit schon bei niedriger Dosis aus. Topiramate (Topamax®) kann zur Monotherapie sowie zur Kombinationstherapie bei Erwachsenen und Kindern ab zwei Jahren eingesetzt werden. Als Monotherapie ist es bei allen Epilepsieformen indiziert, in der Kombinationsbehandlung bestehen die Indikationen: fokale Anfälle, primär generalisierte tonisch-klonische Anfälle und Lennox-Gastaut-Syndrom. Gemäß den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie zählt Topiramate zu den Antiepileptika der ersten Wahl. In der Monotherapie gilt eine Tagesdosis von 100 mg als initiale Zieldosierung. In einer

Studie mit über 700 Patienten, bei denen eine Epilepsie neu diagnostiziert worden war, brachen die Studienteilnehmer die Therapie mit Topiramate deutlich seltener ab als unter Valproat oder Carbamazepin – die drei Antikonvulsiva waren dabei gleich wirksam [Privitera MD et al., 2003]. Auch in der sekundären Monotherapie weist das Antiepileptikum Vorteile auf: Bei Patienten, die wegen mangelnder Wirksamkeit oder Nebenwirkungen von Valproat oder Carbamazepin/Oxcarbazepin auf Topiramate umgestellt wurden, wurden 51% bzw. 62% der Studienteilnehmer anfallsfrei [Schäuble B et al., 2006; Kowalik A et al., 2008]. Besonders geeignet ist das Antikonvulsivum für den Einsatz bei älteren Epilepsie-Patienten. Gerade das geringe Interaktionspotenzial und die gute Verträglichkeit sind

bei multimorbiden Patienten mit Einnahme von mehreren Medikamenten wichtig. Topiramate wird überwiegend renal eliminiert und hat eine geringe Plasma-Eiweiß-Bindung. Eine Studie mit 107 älteren Patienten mit einem Durchschnittsalter von 69 Jahren dokumentiert die Wirksamkeit der Substanz über ein Jahr (Stefan H et al., 2008). Die mittlere monatliche kumulative Anfallsfrequenz reduzierte sich von 3,7 auf 1,6 – bei guter Verträglichkeit. Die Befindlichkeit der Patienten (erfasst mit dem QUOLIE-31-Score) besserte sich über alle Parameter wie Angst vor Anfällen, kognitive Fähigkeiten, Wirksamkeit, soziale Funktionen und Lebensqualität. Interessanterweise zeigte sich dieser Effekt von Topiramate in sehr niedrigen Dosierungen mit durchschnittlich 98 mg in der Monotherapie und 153 mg in der Kombinationstherapie.

Nach Informationen von Janssen-Cilag, Neuss

Oraler Fumarsäureester im Test gegen MS

➔ Rund 130.000 Deutsche leiden an Multipler Sklerose (MS). Bei MS-Patienten wird derzeit ein orales Fumarsäureester-Präparat getestet, das bereits aus der Psoriasis-therapie bekannt ist. In klinischen Phase-II-Studien hatte die Substanz BG-12 eine mit Interferon vergleichbare entzündungshemmende Wirkung. Es besteht die Hoffnung, dass das Präparat auch über eine neuroprotektive Wirkung verfügt. Der Wirkstoff BG-12 aktiviert in der Zelle den Nrf2-Stoffwechsel, über den Prozesse wie Entgiftung, Normalisierung des Energiemetabolismus und Reparatur von Proteinen laufen, berichtete Dr. Alfred Sandrock aus Cambridge/Massachusetts. Diese Wirkungen könnten für den Schutz von

Nervenzellen von großer Relevanz sein. Im Phase-II-Studienprogramm wurde mit der Substanz die Zahl der Gadolinium (Gd)-speichernden Läsionen um etwa zwei Drittel im Vergleich zu Placebo verringert. Gastrointestinale Beschwerden sind bei BG-12 seltener als bei herkömmlichen Salzen der Fumarsäure, die in der Psoriasis-therapie eingesetzt werden, betonte Prof. Dr. Ralf Gold aus Bochum. In zwei laufenden Phase-III-Studien mit jeweils über 1.000 MS-Patienten wird jetzt die Substanz weiter geprüft – gegen Placebo und gegen Glatirameracetat. Ergebnisse werden für das Jahr 2010 oder 2011 erwartet. Die Einführung eines oralen Medikamentes für die MS-Therapie wäre ein großer therapeu-

peutischer Fortschritt und ein weiterer Meilenstein in der Behandlung der Multiplen Sklerose. Im MS-Portfolio des Unternehmens Biogen stehen bereits mit dem rekombinanten Interferon-beta-1a (Avonex®) und seit 2006 mit dem monoklonalen Antikörper Natalizumab (Tysabri®) zwei wichtige Therapieoptionen zur Verfügung. In der Zulassungsstudie wurde mit Natalizumab die Zahl der Gd-Läsionen im Vergleich zur Placebogruppe um 92% und die jährliche Schubrate um 68% verringert. **rf**

**Pressegespräch: „Zukunft der Multiple Sklerose-Therapie: Orales Fumarsäureester BG-12 aus der Biogen Idec Pipeline“, Frankfurt am Main, 4. April 2008
Veranstalter: Biogen Idec, Ismaning**

Neues Antidementivum in Phase-III-Studie getestet

➔ Bis zum Jahr 2050 wird sich die Zahl der Demenz-Patienten auf 2,3 Millionen erhöhen. Zwei Drittel der Demenzen sind auf die Alzheimersche Erkrankung zurückzuführen. Im Zentrum der Forschung steht die Amyloid-Hypothese, wonach die charakteristischen Plaques am Untergang von Neuronen beteiligt sind. An der Bildung und Ablagerung des Amyloids beta sind Gamma-

Sekretasen beteiligt. Ein neuer Wirkstoff, LY 450139, ist in der Lage, diese Enzyme zu inhibieren. In einer placebokontrollierte Multicenterstudie, die in den USA und weiteren 21 Ländern durchgeführt wird, soll die Wirksamkeit des neuen Gamma-Sekretasen-Hemmers bei 1.500 Alzheimer-Patienten getestet werden. In Deutschland sind sieben Zentren an dieser

Studie (IDENTITY) beteiligt. Die Studienteilnehmer werden über 21 Monate bezüglich kognitiver und funktionaler Veränderungen beobachtet. Neben klinischen Parametern kommen auch verschiedene bildgebende Verfahren zum Einsatz, um Änderungen von Hirnfunktionen zu erfassen.

Nach Informationen von Lilly, Bad Homburg

Nicht-motorische Fluktuationen im Fokus

➔ Morbus Parkinson ist nicht auf motorische Symptome beschränkt, sondern wirkt sich auf eine Vielzahl von neuronalen Systemen aus. Prof. Dr. Thomas Müller, Berlin, machte darauf aufmerksam, dass bereits beim prämotorischen Frühsyndrom neben ersten zentralen und wenig charakteristischen Symptomen schon Störungen des Gastrointestinaltrakts auftreten. Problematisch sind Magenentleerungsstörungen, die die Wirksamkeit der Medikation beeinträchtigen. Mit flüssigem L-Dopa kann hier der Arzt die Motilitätsstörungen umgehen. Wichtig bei operativen Eingriffen ist, so Müller, dass Patienten am Operationstag noch morgens ihre Medikation erhalten und zwischen 30 und 90 Minuten

nach der Narkose die Parkinsontherapie bereits wieder weitergeführt wird. Dr. Matthias Oechsner, Bad Nauheim, verwies darauf, dass auch nicht-motorische Symptome wie Schweißausbrüche, depressive Störungen, Aggressivität, nächtliche Unruhezustände oder Schmerzempfindungen fluktuieren. Diese Symptome beeinträchtigen die Lebensqualität der Patienten erheblich. Motorische und nicht-motorische Fluktuationen treten insbesondere bei jüngeren Patienten mit hoher L-Dopa-Dosierung auf.

Ein Ansatz zur Behandlung hypokinetischer Wirkfluktuationen ist die Gabe von Inhibitoren des Enzyms Monoaminoxidase-B (MAO-B-Hemmer). Dopamin steht dadurch

in den Synapsen verstärkt und länger zur Verfügung. Der MAO-B-Hemmer Rasagilin (Azilect®) ist zugelassen für die Behandlung von frühen Stadien des Morbus Parkinson sowie für Spätstadien mit motorischen Komplikationen – in dieser Indikation zusammen mit L-Dopa. Mehrere große randomisierte Studien belegten für Rasagilin eine Reduktion der Off-Zeiten sowie eine Verlängerung der On-Phasen. **af**

Satellitensymposium: „Parkinsontherapie – Routine oder Herausforderung?“ anlässlich der 124. Wanderversammlung, Baden-Baden, 16. Mai 2008
Veranstalter: Lundbeck, Hamburg und Teva Pharma, Mörfelden

Neue Optionen bei Narkolepsie nutzen

➔ Die bisherige Therapie der Narkolepsie mit Kataplexie durch gleichzeitige Gabe von Antidepressiva und Stimulanzien gestaltet sich oft problematisch. Mit Natriumoxybat (Xyrem®) besteht jetzt die Möglichkeit, alle Kardinalsymptome dieser seltenen Erkrankung mit einem einzigen Medikament zu behandeln.

In mehreren Studien wurde für Natriumoxybat eine Senkung der Kataplexierate, Verminderung der Tagesschläfrigkeit und Verbesserung des Nachtschlafs mit weniger Schlafunterbrechungen und verlängertem Tiefschlaf gezeigt. Auch schlafbezogene Störungen wie Schlafparalyse und hypnagogale Halluzinationen sind vermindert, be-

richtetete Prof. Dr. Geert Mayer, Schwalmstadt. Damit ist die Evidenzlage für Natriumoxybat deutlich besser als etwa für Antidepressiva, deren Einsatz bei Kataplexien hauptsächlich auf klinischer Erfahrung beruht.

Der Schlafmediziner berichtete von seinen eigenen Erfahrungen mit Natriumoxybat bei bisher 38 Patienten mit schwerer Narkolepsie. Bei 10 der 38 Patienten reichte die alleinige Therapie mit Natriumoxybat aus, jeweils ein Drittel brauchten zusätzlich Stimulanzien oder Antidepressiva. Bei etwa 80% der Patienten kam es zu einer deutlichen Besserung durch die Therapie mit Natriumoxybat. Aufgrund der Evidenzlage müsste Natriumoxybat eigentlich als The-

rapie der ersten Wahl bei Patienten mit Narkolepsie und Kataplexie gelten, betonte Mayer. Das von der EMEA als „orphan drug“ zugelassene Medikament sollte aber auf jeden Fall eingesetzt werden, wenn Antidepressiva und Stimulanzien unzureichend wirken oder nicht vertragen werden. Auch der Wunsch des Patienten, morgens zum Wachwerden nicht erst auf die Wirkung von Stimulanzien warten zu müssen, kann eine Indikation darstellen. **mw**

3. Narkolepsie-Symposium Frankfurt/Main, 25.–26. April 2008
Veranstalter: UCB, Monheim

MS: MRT-Progression im Fokus

➔ Neben der klinischen Symptomatik ist für die Progression der Multiplen Sklerose (MS) auch die Zahl der Läsionen im MRT von großer Bedeutung. In einer aktuellen Vergleichsstudie zeigte sich, dass unter dem Interferon beta-1b (Betaferon®) signifikant weniger neue T2-Läsionen auftraten als unter Glatirameracetat. Die Ergebnisse wurden auf der diesjährigen Jahrestagung der American Academy of Neurology (AAN) in Chicago vorgestellt.

Insgesamt 2.244 Patienten mit bislang unbehandelter Multipler Sklerose nahmen an der BEYOND-Studie teil. Sie hatten minde-

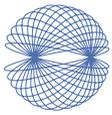
stens einen Schub im Jahr vor Studienbeginn erlitten und wiesen einen EDSS-Wert bis maximal 5 auf. Die Studienteilnehmer erhielten über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren subkutan entweder alle zwei Tage 250 bzw. 500 µg Interferon beta-1b oder täglich 20 mg Glatirameracetat.

Bei dem Risiko, einen erneuten Schub zu erleiden, zeigte sich zwischen den drei Therapiearmen kein signifikanter Unterschied. In den Kriterien „Anzahl neuer T2-Läsionen“ und „Zunahme des T2-Volumens“ erwies sich jedoch Interferon beta-1b als signifikant wirksamer. Gegenüber der Baseline-Unter-

suchung nahm die T2-Läsionslast unter Glatirameracetat um rund 17% zu, unter Interferon beta-1b dagegen nur um knapp 10%. Auch das kumulierte Volumen Gadolinium-aufnehmender Läsionen stieg unter dem Interferon geringer an.

Ein weiterer wichtiger Aspekt: Patienten, die mit Interferon beta-1b in einer Dosierung von 250 µg behandelt wurden, setzten seltener die Medikation vorzeitig ab als in der Glatirameracetat-Gruppe.

Nach Informationen von Bayer Vital, Leverkusen



BVDN

Berufsverband Deutscher Nervenärzte

■ www.bvbn.de

Vorstand/Beirat

1. Vorsitzender: Frank Bergmann, Aachen
Stellv. Vorsitzender: Gunther Carl, Kitzingen
Schriftführer: Roland Urban, Berlin
Schatzmeister: Paul Reuther, Bad-Neuenahr-Ahrweiler
Sektion neue Bundesländer: Lutz Bode, Eisenach
Beisitzer: Christa Roth-Sackenheim, Andernach; Uwe Meier, Grevenbroich; Paul Reuther, Bad Neuenahr-Ahrweiler

1. Vorsitzende der Landesverbände

Baden-Württemberg: Herbert Scheiblich
Bayern: Gunther Carl
Berlin: Gerd Benesch
Brandenburg: Gisela Damaschke
Bremen: Ulrich Dölle
Hamburg: Guntram Hinz
Hessen: Werner Wolf
Mecklenburg-Vorpommern: Liane Hauk-Westerhoff
Niedersachsen: Norbert Mayer-Amberg
Nordrhein: Frank Bergmann
Rheinland-Pfalz: Klaus Sackenheim
Saarland: Helmut Storz
Sachsen: Josef Kesting
Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe
Schleswig-Holstein: Fritz König
Thüringen: Konstanze Tinschert
Westfalen: Klaus Gorsboth

Gremien des BVDN

SEKTIONEN

Sektion Nervenheilkunde: F. Bergmann
Sektion Neurologie: U. Meier
Sektion Psychiatrie und Psychotherapie: C. Roth-Sackenheim

ARBEITSKREISE

Neue Medien: A. Hillienhof
EDV, Wirtschaftliche Praxisführung: Th. Krichenbauer
Forensik und Gutachten Psychiatrie: P. Christian Vogel
Gutachten Neurologie: F. Jungmann
Konsiliarneurologie: S. Diez
Konsiliarpsychiatrie: N. N.
Belegarztwesen Neurologie: J. Elbrächter
Fortbildung Assistenzpersonal: K.-O. Sigel, R. Wietfeld
U. E. M. S. – Psychiatrie, EFPT: R. Urban
U. E. M. S. – Neurologie: F. Jungmann
DMP und IV: U. Meier, F. Bergmann, P. Reuther, G. Carl

AUSSCHÜSSE

Akademie für Psychiatrische und Neurologische Fortbildung: A. Zacher, K. Sackenheim
Ambulante Neurologische Rehabilitation: W. Fries
Ambulante Psychiatrische Reha/Sozialpsychiatrie: S. Schreckling
CME (Continuous Medical Education): P. Franz, F. Bergmann, P. Reuther
Gebührenordnungen: F. Bergmann, G. Carl
Öffentlichkeitsarbeit: F. Bergmann
Neurologie und Psychiatrie: G. Carl, P. Reuther, A. Zacher
Gerontopsychiatrie: F. Bergmann

Psychotherapie: C. Roth-Sackenheim, U. Thamer
Organisation BVDN, Drittmittel: G. Carl, F. Bergmann
Weiterbildungsordnung und Leitlinien: W. Lünser, Ch. Vogel, F. Bergmann, G. Carl
Kooperation mit Selbsthilfe- und Angehörigen-gruppen: U. Brickwedde (Psychiatrie), H. Vogel (Neurologie)

REFERATE

Demenz: J. Bohlken
Epileptologie: R. Berkenfeld
Neuroangiologie, Schlaganfall: K.-O. Sigel, H. Vogel
Neurootologie, Neuroophthalmologie: M. Freidel
Neuroorthopädie: B. Kügelgen
Neuropsychologie: T. Cramer
Neuroonkologie: W. E. Hofmann, P. Krauseneck
Pharmakotherapie Neurologie: K.-O. Sigel, F. König
Pharmakotherapie Psychiatrie: R. Urban
Prävention Psychiatrie: N. N.
Schlaf: R. Bodenschatz, W. Lünser

Schmerztherapie Neurologie: H. Vogel
Schmerztherapie Psychiatrie: R. Wörz
Suchttherapie: U. Hutschenreuter, R. Peters
Umweltmedizin Neurologie: M. Freidel

Geschäftsstelle des BVDN

D. Differt-Fritz
 Gut Neuhof, Am Zollhof 2 a, 47829 Krefeld
 Tel.: 02151 4546920
 Fax: 02151 4546925
 E-Mail: bvbn.bund@t-online.de;
Bankverbindung:
 Sparkasse Neuss,
 Kto.-Nr.: 800 920 00
 BLZ 305 500 00
BVDN Homepage: <http://www.bvbn.de>
Cortex GmbH s. oben Geschäftsstelle BVDN



Berufsverband Deutscher Neurologen

■ www.neuroscout.de

Vorstand des BDN

Vorsitzende: Uwe Meier, Grevenbroich; Hans-Christoph Diener, Essen
Schriftführer: Harald Masur, Bad Bergzabern
Kassenwart: Karl-Otto Sigel, München
Beisitzer: Frank Bergmann, Aachen; Rolf F. Hagenah, Rotenburg; Paul Reuther, Bad Neuenahr
Beirat: Curt Beil, Köln; Elmar Busch, Kevelaer; Andreas Engelhardt, Oldenburg; Peter Franz, München; Matthias Freidel, Kaltenkirchen; Holger Grehl, Erlangen; Heinz Herbst, Stuttgart; Fritz König, Lübeck; Fritjof Reinhardt, Erlangen; Claus-W. Wallesch, Magdeburg

Ansprechpartner für Themenfelder

Neue Versorgungsstrukturen IV und MVZ: U. Meier, P. Reuther
Gebührenordnung GOÄ/EBM: R. Hagenah, U. Meier, H. Grehl
CME: P. Franz
Qualitätsmanagement: U. Meier
Risikomanagement: R. Hagenah
Öffentlichkeitsarbeit: Vorstand BDN

Delegierte in Kommissionen der DGN

Kommission Leitlinien: U. Meier
Weiterbildung/ Weiterbildungsermächtigung: H. Grehl
Anhaltzahlen/Qualitätssicherung: F. Reinhardt, P. Reuther
Rehabilitation: H. Masur
CME: P. Franz, F. Jungmann, P. Reuther
DRG: R. Hagenah

Verbindungsglied zu anderen Gesellschaften oder Verbänden

DGNER: H. Masur
AG ANR: P. Reuther
BV-ANR: P. Reuther
UEMS: F. Jungmann



Berufsverband Deutscher Psychiater

■ www.bv-psychiater.de

Vorstand des BVDP

1. Vorsitzende: Christa Roth-Sackenheim, Andernach
Stellvertretender Vorsitzender: Christian Vogel, München
Schriftführer: Christian Raida, Köln

Schatzmeister: Gerd Wermke, Homburg/Saar
Beisitzer: Uwe Bannert, Bad Segeberg; Werner Kissling, München; Hans Martens, München; Greif Sander, Sehnde

REFERATE

Soziotherapie: S. Schreckling
Sucht: G. Sander
Psychotherapie/ Psychoanalyse: H. Martens
Forensik: C. Vogel
Übende Verfahren – Psychotherapie: G. Wermke
Psychiatrie in Europa: G. Wermke
Kontakt BVDN, Gutachterwesen: F. Bergmann
ADHS bei Erwachsenen: J. Krause
PTSD: C. Roth-Sackenheim

Ich will Mitglied werden!

■ **An die Geschäftsstelle Gut Neuhof, Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld, Fax: 02151 4546925**

- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V. (BVDN) (Mitgliedsbeitrag 300–475 EUR, je nach Landesverband).
- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Neurologen e. V. (BDN) (Mitgliedsbeitrag 435 EUR für Chefärzte/Niedergelassene; 260 EUR für Fachärzte an Kliniken; 55 EUR für Ärzte in Weiterbildung).
- Ich wünsche die **DOPPELMITGLIEDSCHAFT** – BDN und BVDN – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 450 EUR.
- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Psychiater e. V. (BVDP) (Mitgliedsbeitrag 435 EUR für Chefärzte/Fachärzte an Kliniken/Niedergelassene).
- Ich wünsche die **DOPPELMITGLIEDSCHAFT** – BVDP und BVDN – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 450 EUR.
- Ich wünsche die **DREIFACHMITGLIEDSCHAFT** – BVDN, BDN und BVDP – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 590 EUR.

Zusatztitel oder -qualifikation (z. B. Psychotherapie, Sonografie): _____

Tel.-Nr. _____ Fax _____

E-Mail/Internet: _____

- Ich bin
- | | | | |
|--|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> niedergelassen | <input type="checkbox"/> in der Klinik tätig | <input type="checkbox"/> Chefarzt | <input type="checkbox"/> Facharzt |
| <input type="checkbox"/> Weiterbildungsassistent | <input type="checkbox"/> Neurologe | <input type="checkbox"/> Nervenarzt | <input type="checkbox"/> Psychiater |
| <input type="checkbox"/> in Gemeinschaftspraxis tätig mit: _____ | | | |

Ich wünsche den kostenlosen Bezug einer der folgenden wissenschaftlichen Fachzeitschriften im Wert > 170 EUR/Jahr:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fortschritte Neurologie / Psychiatrie | <input type="checkbox"/> Aktuelle Neurologie |
| <input type="checkbox"/> Klinische Neurophysiologie, EEG-EMG | <input type="checkbox"/> Psychiatrische Praxis |
| <input type="checkbox"/> Die Rehabilitation | <input type="checkbox"/> Psychotherapie im Dialog |
| <input type="checkbox"/> PpMP – Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie | <input type="checkbox"/> Balint-Journal |

Es ist nur eine Auswahl pro Mitglied möglich.

Zum Eintritt erhalte ich die BVDN-Abrechnungskommentare (EBM, GOÄ, Gutachten, IGeL, Richtgrößen etc.).

- NERFAX-Teilnahme gewünscht

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

– Für den BDN und BVDP obligatorisch –

Hiermit ermächtige ich den BVDN/BDN/BVDP (nicht Zutreffendes ggf. streichen) widerruflich, den von mir zu entrichtenden jährlichen Mitgliedsbeitrag einzuziehen.

Konto-Nr.: _____

Geldinstitut: _____ BLZ _____

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Einen Widerruf werde ich der Geschäftsstelle des Berufsverbandes mitteilen.

Name: _____

Adresse: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Praxisstempel (inkl. KV-Zulassungs-Nr.)